

N° 1784

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 octobre 2023

## AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES,  
DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU CONTRÔLE BUDGÉTAIRE  
SUR LE PROJET DE LOI de *financement* de la *sécurité sociale* pour **2024** (n° 1682),

PAR M. MICHEL LAUZZANA

Député

---



## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	6
<b>PREMIÈRE PARTIE : L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL ET LES RECETTES...</b>	9
<b>I. LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX : UN DÉFICIT DIVISÉ PAR DEUX EN 2023, UNE SITUATION CONTRASTÉE ENSUITE</b> .....	9
<b>A. L'ARTICLE LIMINAIRE</b> .....	11
1. Un enrichissement de la LFSS sur le champ des administrations de sécurité sociale dans leur ensemble .....	12
2. Une situation excédentaire pour les exercices en cours et à venir .....	13
<b>B. UN SOLDE POUR 2023 MARQUÉ PAR UNE CONJONCTURE EN VOIE DE NORMALISATION ET PAR LE RENFORCEMENT DES SOLIDARITÉS AU PROFIT DES ASSURÉS</b> .....	14
1. Une croissance modérée et des prix sous tension .....	14
2. Le solde rectifié pour les régimes obligatoires de base en 2023 .....	15
3. Un surcroît de recettes plus important que celui des dépenses .....	17
<b>C. DES ORIENTATIONS RÉALISTES POUR 2024 ET AU-DELÀ</b> .....	19
1. Une activité économique solide et une inflation moins vive .....	19
2. Le solde prévisionnel pour les régimes obligatoires de base en 2024 .....	21
<b>D. UNE GESTION RESPONSABLE ET PERFORMANTE DE LA DETTE</b> .....	23
1. La gestion différenciée du flux et du stock de dette avant la crise .....	23
a. Les déficits accumulés dans le bilan du régime général .....	23
b. Les passifs transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale .....	25
2. La fin des transferts engagés pendant la crise du covid-19 .....	27
a. Le cadre constitutionnel .....	27
b. La reprise de 136 milliards d'euros en plusieurs étapes .....	28
c. La cible d'une extinction en 2033 tributaire des conditions de marché .....	29
<b>II. LES RECETTES : UN PAYSAGE PLUS SÛR POUR LES PARTICULIERS, DES ENCADREMENTS POUR LES PROFESSIONNELS</b> .....	31
<b>A. LA FIABILISATION DU RECOURS À DES SERVICES À LA PERSONNE</b> ..	32
1. La sécurisation de l'avance immédiate du crédit d'impôt .....	33
2. L'adaptation du calendrier .....	33

3. La facilitation du contrôle des actes abusifs .....	34
<b>B. TROIS MESURES DE RÉGULATION DES ENTREPRISES .....</b>	<b>36</b>
1. La clause de sauvegarde pharmaceutique .....	36
a. Un ajustement pour 2023 .....	36
b. Une mise en cohérence de plusieurs caractéristiques pour 2024.....	38
2. Le renforcement des obligations des plateformes numériques .....	39
3. L’annulation de la prise en charge partielle des cotisations des professionnels de santé sanctionnés pour fraude .....	41
<b>III. LES MOUVEMENTS FINANCIERS AU SEIN DE LA SPHÈRE SOCIALE OU ENTRE CELLE-CI ET L’ÉTAT .....</b>	<b>44</b>
<b>A. LES TRANSFERTS ENTRE BRANCHES ET ORGANISMES.....</b>	<b>44</b>
1. De nouvelles étapes de simplification en matière de collecte.....	44
2. L’adaptation des mécanismes d’équilibrage des régimes spéciaux.....	47
3. L’ajustement de la clef d’attribution des taxes affectées .....	48
4. La réduction d’une dotation versée à l’assurance chômage.....	49
<b>B. LES RELATIONS FINANCIÈRES AVEC L’ÉTAT.....</b>	<b>53</b>
1. La compensation des allègements sociaux .....	53
a. Les grands principes .....	53
b. Le schéma de compensation.....	54
2. La place de l’impôt dans les finances sociales.....	56
<b>SECONDE PARTIE : LES DÉPENSES .....</b>	<b>59</b>
<b>I. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE .....</b>	<b>61</b>
<b>A. EN 2022, DES DÉPENSES SE SITUANT LARGEMENT AU-DESSUS DE LA PRÉVISION INITIALE .....</b>	<b>62</b>
<b>B. EN 2023, UNE MOINDRE CROISSANCE DES DÉPENSES .....</b>	<b>63</b>
<b>C. UN ONDAM EN PROGRESSION TÉMOIGNANT DU RETOUR D’UNE TRAJECTOIRE TRÈS DYNAMIQUE DES DÉPENSES HORS CRISE .....</b>	<b>65</b>
1. Un ONDAM pour 2024 fixé à 254,9 milliards d’euros .....	65
2. Les mesures nouvelles ayant un effet en dépenses .....	67
a. Le renforcement de la prévention et de l’accès aux soins.....	68
b. Lutter contre la fraude aux arrêts de travail .....	77
c. Limiter les effets du secteur de la santé sur l’environnement .....	80
d. Assurer l’accès aux médicaments et aux produits innovants .....	81
<b>II. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE VIEILLESSE .....</b>	<b>86</b>
<b>A. EN 2022, DES DÉPENSES FORTEMENT AFFECTÉES PAR LA REVALORISATION DES PENSIONS .....</b>	<b>86</b>
<b>B. EN 2023, UNE CROISSANCE DES DÉPENSES QUI RALENTIT LÉGÈREMENT .....</b>	<b>87</b>

C. DES EFFETS MARQUÉS DE L'INFLATION EN 2024 ET DES DÉPENSES STRUCTURELLEMENT EN CROISSANCE .....	88
1. L'objectif de dépenses et les dépenses du FSV .....	88
2. L'évolution des dépenses après 2024 .....	89
3. Une mesure nouvelle d'adaptation de la réforme des retraites à certains territoires d'outre-mer .....	90
<b>III. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE .....</b>	<b>91</b>
A. EN 2022, DES DÉPENSES MARQUÉES PAR UN FORT DYNAMISME DES PRESTATIONS .....	91
B. EN 2023, UN ACCROISSEMENT DES DÉPENSES DE PRESTATIONS PORTÉ PAR L'EFFET PRIX .....	92
C. EN 2024, DES DÉPENSES DYNAMIQUES EN L'ABSENCE DE MESURES NOUVELLES .....	93
1. Les déterminants de l'évolution hors mesures nouvelles .....	93
2. Des mesures prises en LFSS pour 2023 ayant des incidences sur les dépenses dans les années à venir .....	94
<b>IV. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES .....</b>	<b>95</b>
A. DES DÉPENSES DE LA BRANCHE EN PROGRESSION EN 2022 .....	95
B. UNE INCIDENCE IMPORTANTE DE LA REVALORISATION SUR LES DÉPENSES DE LA BRANCHE EN 2023 .....	95
C. EN 2024, UN ACCROISSEMENT DE LA DÉPENSE DANS LA CONTINUITÉ DES EXERCICES PRÉCÉDENTS .....	96
1. Des dépenses qui poursuivent une croissance plutôt soutenue .....	96
2. Une mesure nouvelle ayant des incidences en dépenses .....	97
<b>V. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE AUTONOMIE .....</b>	<b>98</b>
A. EN 2022, DES DÉPENSES CONSTATÉES PROCHES DE L'OBJECTIF RECTIFIÉ .....	98
B. UNE AUGMENTATION FRANCHE DES DÉPENSES DE LA BRANCHE EN 2023 .....	100
C. EN 2024, DES DÉPENSES PORTÉES PAR DES ÉVOLUTIONS TENDANCIELLES ET DES MESURES NOUVELLES .....	101
1. Une hausse des dépenses s'expliquant en partie par le taux de reconduction .....	101
2. Les mesures nouvelles ayant un effet en dépenses .....	102
<b>EXAMEN EN COMMISSION .....</b>	<b>107</b>
<b>LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES .....</b>	<b>137</b>

## INTRODUCTION

Ce rapport présente, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire, l'avis de M. Michel Lauzzana sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024.

- Sur la forme, il s'agit du premier PLFSS à voir s'appliquer intégralement les dispositions de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022, laquelle a révisé en profondeur la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS).

En effet, la LFSS pour 2023, tout en traduisant déjà certaines innovations de la réforme engagée par M. Thomas Mesnier, ancien rapporteur général de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, comme la présence d'un article liminaire ou le dépôt conjoint de nouvelles annexes, comportait encore quatre parties, la première étant relative à la clôture de l'exercice 2021.

Le Parlement avait ensuite eu l'occasion d'examiner, sinon d'adopter en séance publique <sup>(1)</sup>, le premier projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (PLACSS) de l'histoire, afférent à l'année 2022.

Ainsi, les LFSS ne comprennent désormais plus que trois parties : une partie modifiant l'équilibre pour l'exercice en cours – ce à quoi peuvent également procéder les lois de financement rectificatives de la sécurité sociale (LFRSS), catégorie à laquelle il n'a été recouru que trois fois <sup>(2)</sup> – et deux parties respectivement consacrées aux recettes puis aux dépenses de celui à venir.

- Sur le fond, le texte dont le Gouvernement demande l'approbation pour 2024 est marqué par sa forte ambition :

- la confirmation d'un net redressement des comptes sociaux à raison de la résorption de la crise liée au covid-19, avec un déficit passant de 19,7 milliards d'euros à 8,8 milliards d'euros entre 2022 et 2023, puis l'amorce d'un retournement de la trajectoire, avec un déficit attendu à 11,2 milliards d'euros en 2024 puis 17,9 milliards d'euros en 2027, sous le double effet de l'inflation et de l'ouverture massive de nouveaux droits pour les assurés ;

*\* en recettes (630,7 milliards d'euros attendus en 2024)*

- la sécurisation de l'avance de trésorerie relative au crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile (article 5) ;

---

(1) Avis n° 1293 de M. Michel Lauzzana et rapport n° 1302 de Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 31 mai 2023.

(2) Lois n°s 2011-894 du 28 juillet 2011 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011, 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 et 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 (avis n° 771 de Mme Marina Ferrari, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 27 janvier 2023, et rapport n° 814 de Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale 1<sup>er</sup> février 2023).

– la lutte contre l’insuffisante déclaration de leurs cotisations par les utilisateurs de plateformes numériques (article 6) ;

– la suppression, en cas de fraude, de la prise en charge par l’assurance maladie des cotisations de certains professionnels de santé (article 7) ;

– l’annulation de la centralisation du recouvrement de certains prélèvements et la rationalisation de diverses procédures déclaratives (article 8) ;

– la simplification des relations financières entre la branche vieillesse du régime général et cinq régimes spéciaux, dans le contexte de la réforme du système de retraites commençant à entrer en vigueur (article 9) ;

– l’actualisation de la répartition des recettes affectées par l’État aux ROBSS au regard des charges de chaque risque (article 10) ;

– l’alignement entre les médicaments et les dispositifs médicaux pour la détermination de l’impôt qui régule leurs remboursements (article 11) ;

– des flux de trésorerie exigés par la LOLFSS (articles 12 à 16) ;

*\* en dépenses (640 milliards d’euros attendus en 2024, dont 252 milliards d’euros pour l’assurance maladie)*

– le renforcement de la prévention avec le déploiement d’une campagne de vaccination contre le papillomavirus (article 17), le remboursement des préservatifs pour toutes les personnes de moins de 26 ans (article 18), la lutte contre la précarité menstruelle (article 19) ainsi que la montée en charge des bilans de prévention (article 20) ;

– l’amélioration de l’accès aux soins avec la simplification de l’attribution de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires de certains minima sociaux (article 21) et la poursuite des prises en charge innovantes issues des expérimentations prévues à l’article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (article 22) ;

– la lutte contre les tensions d’approvisionnement en limitant l’utilisation de médicaments lorsqu’elle n’est pas indispensable (article 33), en incitant au maintien sur le marché des produits matures (article 36) ainsi qu’en étendant la possibilité de produire certains médicaments en établissements de santé et en pharmacies d’officine (article 32) ;

– le soutien à l’innovation dans le secteur des produits de santé en facilitant l’inscription d’un acte en lien avec dispositifs médicaux (article 34) et en améliorant les dispositifs d’accès dérogatoires aux médicaments (article 35) ;

– la transformation du financement des établissements de santé (article 23), de celui de l’établissement français du sang (article 31) et de celui des EHPAD pour les conseils départementaux volontaires (article 37) ;

– la modernisation du système de santé en optimisant le fonctionnement de la permanence des soins dentaires (article 24), en élargissant les compétences des pharmaciens en matière de délivrance d’antibiotiques (article 25) et en étendant le champ des actes pouvant être effectués par les infirmiers qualifiés en santé au travail (article 26) ;

– la lutte contre la fraude par le renforcement des contrôles des arrêts de travail non justifiés (article 27) et des arrêts de travail prescrits en téléconsultation (article 28) ;

– la prise en compte de la question écologique par la réduction des effets sur l’environnement du secteur des dispositifs médicaux (article 29) et le développement des transports sanitaires partagés (article 30) ;

– la création d’un service public de repérage précoce, de diagnostic et d’accompagnement pour les enfants de moins de six ans en situation de handicap (article 38) ;

– l’amélioration de la réparation du préjudice du déficit fonctionnel permanent (article 39) ;

– diverses coordinations liées à la réforme des retraites à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon (article 40).

\*

\* \*

Conformément à l’article L.O. 111-8 du code de la sécurité sociale, « *en vue de l’examen et du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale de l’année, et sans préjudice de toute autre disposition relative à l’information et au contrôle du Parlement, les commissions de l’Assemblée nationale et du Sénat saisies au fond de ce projet et les autres commissions concernées adressent au Gouvernement, avant le 10 juillet de chaque année, des questionnaires relatifs à l’application des lois de financement de la sécurité sociale. Celui-ci y répond par écrit au plus tard le 8 octobre* ».

À cette date, seules cinq des vingt-quatre réponses attendues (soit 20,8 %) avaient été transmises au rapporteur pour avis.

\*

\* \*

*Nota bene* : dans les tableaux et graphiques du présent rapport pour avis, des effets d’arrondis ou de transferts peuvent expliquer que les totaux soient légèrement inférieurs ou supérieurs à l’addition des agrégats qu’ils retracent.

## PREMIÈRE PARTIE : L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL ET LES RECETTES

La présente partie porte sur les **articles liminaire, 1<sup>er</sup> et 4 à 16** du PLFSS et analyse les perspectives d'ensemble pour le budget de la sécurité sociale (**I**), les principales mesures s'agissant des recettes (**II**) et les mouvements entre les branches et l'État ou entre ces branches elles-mêmes (**III**).

Les articles 2 et 3, relatifs aux dépenses de la branche maladie, de même que les articles 17 à 49, sont abordés dans la seconde partie du rapport pour avis.

### I. LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX : UN DÉFICIT DIVISÉ PAR DEUX EN 2023, UNE SITUATION CONTRASTÉE ENSUITE

Il convient de rappeler que la révision organique du 14 mars 2022 a mis un terme à la convention suivant laquelle le solde de la sécurité sociale s'entendait comme l'addition de celui des branches du seul régime général et du fonds de solidarité pour la vieillesse (FSV). Les chiffres les plus usuels ne représentaient donc qu'environ 80 % des ressources et des charges de la LFSS. Afin d'avoir une vision consolidée des recettes et dépenses sociales, le choix a été fait que l'ensemble constitué des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) et du FSV soit la nouvelle référence. Ces premiers regroupent les régimes couvrant les assurés contre les cinq risques que sont la maladie, les accidents du travail et maladies professionnelles, les coûts engendrés par la famille ou la vieillesse et la perte d'autonomie <sup>(1)</sup>. Le plus important de ces ROBSS est le régime général des salariés du privé, qui couvre 88 % de la population. Toutefois, il existe aux côtés de ce dernier d'autres régimes : les deux régimes qui couvrent les exploitants et les salariés agricoles, les deux régimes des indépendants et les différents régimes spéciaux <sup>(2)</sup>, comme celui des fonctionnaires, de la Société nationale des chemins de fer (SNCF), des clercs de notaires, des ouvriers des mines ou des marins <sup>(3)</sup>. Le régime général n'a donc plus vocation à être abordé de façon distincte que s'il est touché par une disposition *ad hoc*, ainsi que dans les annexes du PLFSS.

---

(1) La dernière branche a été créée par les lois organique et ordinaire n<sup>os</sup> 2020-991 du 7 août 2020 et 2020-992 du même jour relatives à la dette sociale et à l'autonomie, ainsi que par la loi n<sup>o</sup> 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

(2) Caractérisés par leur institution avant la prise par le Gouvernement provisoire de la République française de l'ordonnance n<sup>o</sup> 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale, les régimes spéciaux sont pour la plupart d'entre eux mentionnés à l'article 177-1 du code de la sécurité sociale.

(3) D'après la CCSS, « outre le régime général, qui assure l'ensemble des salariés du secteur privé et, selon les risques, d'autres populations, il existe onze régimes servant des prestations maladie. [...] Par ailleurs, certains régimes ont une branche maladie qui ne retrace que des prestations d'invalidité servies avant l'âge légal de départ en retraite : fonction publique d'État, Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales, Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État, Caisse nationale des industries électriques et gazières. La branche vieillesse est la plus éclatée : 25 régimes de base subsistent. La branche famille est la plus intégrée. Certains régimes gèrent plusieurs branches à la fois, d'autres ne couvrent qu'un seul risque ; une même population peut ainsi relever de plusieurs régimes. Enfin, certaines populations ne relèvent pas d'un régime de sécurité sociale pour certains risques (AT-MP ou indemnités journalières maladie). Le plus souvent, elles bénéficient d'une couverture de l'employeur ».

● Au cours des deux dernières décennies, il est possible de distinguer les périodes suivantes :

– déficitaire depuis 2002, le résultat avait connu un premier point bas lors de la crise de 2009 et 2010, avec un passif de 24,9 puis 29,6 milliards d’euros ;

– le solde s’était ensuite amélioré jusqu’en 2018, une fois les difficultés sur les marchés bancaires surmontées et d’importantes réformes engagées ;

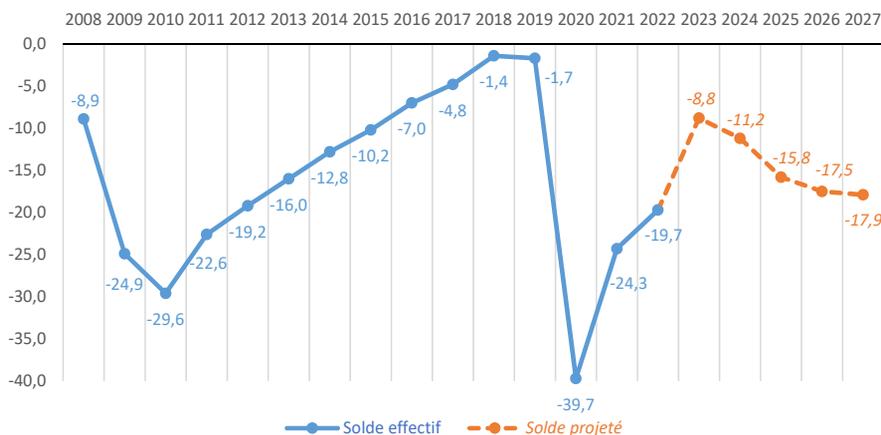
– alors que la sécurité sociale devait se rapprocher de l’équilibre à l’horizon de 2023, la crise liée à l’épidémie de covid-19 avait bouleversé ces perspectives, de sorte que le déficit s’était établi à 39,7 milliards d’euros en 2020 ;

– un redressement s’est alors produit jusqu’à l’exercice en cours, avec une amélioration du solde par un facteur de 4,5 en trois ans, pour un résultat déficitaire de 8,8 milliards d’euros en 2023, imputable aux branches maladie et vieillesse ;

– enfin, la persistance de nouvelles tensions conjoncturelles et la montée en charge progressive de nouveaux droits pour les assurés, plus rapide que celle des économies que permettront les réformes passées ou à venir, comme celle du système de retraites, entraînent une nouvelle dégradation, avec un déficit qui devrait atteindre 11,2 milliards d’euros en 2024 et 17,9 milliards d’euros en 2027. Ainsi que le souligne l’annexe A du PLFSS, « [la] normalisation [de l’inflation] produirait ses effets dans deux temporalités distinctes sur les dépenses et les recettes : les dépenses réagissent avec un délai de l’ordre d’une année du fait des règles de revalorisation automatique des prestations, tandis que les recettes réagissent plus instantanément ; il s’ensuit un effet retard favorable au solde dans les périodes de hausse de l’inflation, mais défavorable en période de baisse ».

### ÉVOLUTION DU DÉFICIT AGRÉGÉ DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE DE 2008 À 2027

(en milliards d’euros)



Source : commission des finances d’après les annexes B des LFSS pour 2010 à 2023 et du PLFSS pour 2024.

Contrairement à ce que traduit l'analyse du projet de loi relatif aux résultats de la gestion et portant approbation des comptes <sup>(1)</sup> concernant l'État, il convient de rappeler que **la différence constatée d'une LFSS à une autre (puis à une LACSS) ne saurait s'assimiler à une sur-exécution ou une sous-exécution**. En effet, les 1° à 3° de l'article L.O. 111-3-5 du code de la sécurité sociale disposent que la LFSS « fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des ROBSS ; fixe, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble ROBSS [...] ; fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs » <sup>(2)</sup>. Dès lors, **le montant des crédits inscrits dans la LFSS présente un caractère indicatif et non limitatif** – ce que traduit l'usage du mot « objectifs » plutôt que celui de « plafonds » par le législateur organique –, une part essentielle des charges correspondant à des dépenses dites de guichet, dont les assurés ont le droit de bénéficier.

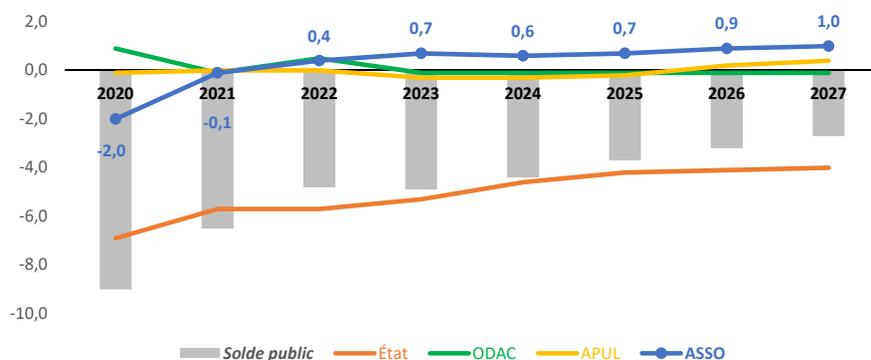
Le projet de loi de financement pour 2024 comprend pour la deuxième fois un article liminaire (A). Le solde des ROBSS et du FSV se dégrade en 2023 par rapport à l'estimation des dernières LFSS puis LFRSS (B), puis se verrait, à partir de 2024, affecté par des charges progressant plus vite que les produits (C), cependant que se poursuivrait le schéma d'apurement de la dette sociale (D).

## A. L'ARTICLE LIMINAIRE

La disposition qui précède les trois parties de la LFSS apporte d'utiles éléments concernant un périmètre plus large que les régimes de base (1). Il traduit un solde nettement positif pour l'exercice en cours et à venir (2). Ce profil distingue la sphère sociale de l'État et des collectivités territoriales.

### DÉCOMPOSITION DU SOLDE EFFECTIF ET PROJETÉ PAR SOUS-SECTEUR DE 2020 À 2027

(en points de PIB)



Source : programme de stabilité pour les années 2023 à 2027 et projet de LPFP pour les années 2023 à 2027.

(1) La loi organique n° 2021-1836 du 28 décembre 2021 relative à la modernisation de la gestion des finances publiques a substitué à compter de 2023, cet intitulé à celui de « loi de règlement du budget ».

(2) Ces dispositions formaient antérieurement le D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

## 1. Un enrichissement de la LFSS sur le champ des administrations de sécurité sociale dans leur ensemble

Créé par la loi organique de 2022, le nouvel article L.O. 111-3-2 du code de la sécurité sociale dispose que « *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* ». Une telle configuration rapproche la LFSS de la LACSS mais la distingue des lois de finances – initiales ou rectificatives –, ainsi que des LFRSS, dont l'article liminaire concerne l'ensemble des administrations publiques (APU), conformément à l'article 1<sup>er</sup> H de la LOLF <sup>(1)</sup>.

Il convient de faire le départ entre l'agrégat européen des administrations de sécurité sociale (ASSO), plus large que la sécurité sociale au sens du dix-septième alinéa de l'article 34 de la Constitution – et à plus forte raison à celui de la LOLF –, et les régimes obligatoires de base (ROBSS) et leurs satellites, objet principal du présent rapport pour avis.

Les ASSO sont l'un des sous-secteurs d'administration publique (APU) du système européen des comptes nationaux (SEC) établi par la direction générale des statistiques de la Commission européenne (EUROSTAT).

Elles regroupent deux catégories :

– les régimes de sécurité sociale, qui « *couvrent l'ensemble de la collectivité ou d'importantes parties de celle-ci et qui sont imposés, contrôlés et financés par les administrations publiques* » et ne constituent donc que le volet public de l'assurance sociale – soit les « *régimes dans lesquels les participants sont obligés de souscrire une assurance, ou incités à le faire, par un tiers en vue de se prémunir contre certains risques sociaux ou certaines situations qui peuvent affecter négativement leur bien-être ou celui des personnes à leur charge* » –, au sein desquels la nomenclature française distingue vingt-neuf ROBSS, ainsi que les régimes de retraite complémentaire obligatoires (comme l'Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres, l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (AGIRC-ARRCO) pour les salariés du secteur privé et l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC) pour une large partie des agents publics non titulaires) et également l'assurance chômage ;

– les organismes dépendant des assurances sociales (ODASS), comprenant les hôpitaux publics et des satellites très variés d'un pays à l'autre, avec en France, par exemple, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), les fonds de solidarité pour la vieillesse (FSV), de réserve pour les retraites (FRR), d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ou de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

---

(1) Cette disposition reprend et adapte l'ancien article 7 de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, désormais abrogée.

## 2. Une situation excédentaire pour les exercices en cours et à venir

D'après l'article liminaire du PLFSS, les ASSO afficheraient un excédent de 0,7 point de PIB en 2023 puis de 0,6 point de PIB en 2024.

Le projet de LPFP pour les années 2023 à 2027, révisé dans le cadre de son examen en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale en septembre 2023, prolonge la prévision pour les trois derniers exercices et indique la décomposition du solde des ASSO entre ses composantes conjoncturelle, structurelle ou ponctuelle et temporaire – ce dernier volet étant souvent désigné par l'anglais « *one-off* ». Il paraît utile d'exprimer également ces données en valeur : l'excédent passerait de 20,8 milliards d'euros en 2023 à 32,4 milliards d'euros en 2027.

### PRÉVISIONS DE RECETTES, DE DÉPENSES ET DE SOLDE DES ASSO DE 2022 À 2027

(en points de PIB ; valeur en milliards d'euros courants en base 2022)

	2022		2023		2024		2025		2026		2027	
	PIB	Val.										
Recettes	27,1	714	26,6	751	26,6	779	26,4	800,2	26,3	X	26,2	849
Dépenses	26,7	704	25,9	730	26,0	761	25,7	779	25,4	798	25,2	817
<b>Solde</b>	<b>+ 0,4</b>	<b>+ 10,0</b>	<b>+ 0,7</b>	<b>+ 20,8</b>	<b>+ 0,6</b>	<b>+ 17,3</b>	<b>+ 0,7</b>	<b>+ 21,2</b>	<b>+ 0,9</b>	<b>+ 28,3</b>	<b>+ 1,0</b>	<b>+ 32,4</b>
Conj.	- 0,2		- 0,3		- 0,3		- 0,2		- 0,1			0,0
Struct.	+ 0,6		+ 1,0		+ 0,8		+ 0,9		+ 0,9		+ 1,0	
Temp.	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	

Source : PLACSS pour 2022 ; PLF et PLFSS pour 2024 ; rapport annexé au projet de LPFP pour les années 2023 à 2027.

L'exposé de l'article liminaire du PLFSS souligne que « *les excédents de la CADES – 18,3 milliards d'euros en 2023 – contribuent largement au solde positif de l'ensemble de ce secteur* ». S'y ajoutent les résultats positifs des régimes de retraite complémentaire, globalement stable autour de 0,3 % du PIB sur la période, et de l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNÉDIC), association paritaire chargée de l'indemnisation des demandeurs d'emploi, qui passeraient de 0,1 % à 0,4 % du PIB entre le début et la fin de la programmation, aux termes du rapport annexé au projet de LPFP, tel qu'amendé par le Gouvernement lors de son examen en nouvelle lecture <sup>(1)</sup>.

### PRÉVISIONS DE RECETTES, DE DÉPENSES ET DE SOLDE DES RÉGIMES DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE LÉGALEMENT OBLIGATOIRES (a) ET DE L'UNÉDIC (b) DE 2022 À 2027

(en points de PIB ; en valeur)

	2022		2023		2024		2025 (p)		2026 (p)	2027 (p)
	PIB	Val.	PIB	Val.	PIB	Val.	PIB	Val.		
Recettes (a)	3,9		3,9		3,9		3,8		3,8	3,8
Dépenses (a)	3,6		3,6		3,6		3,6		3,6	3,5
<b>Solde (a)</b>	<b>+ 0,3</b>		<b>+ 0,3</b>		<b>+ 0,3</b>		<b>+ 0,2</b>		<b>+ 0,3</b>	<b>+ 0,3</b>
Recettes (b)	1,6	44,4	1,6	46,6	1,5	48,2	1,5	49,5	1,5	1,5
Dépenses (b)	1,5	40,1	1,5	42,2	1,4	42,9	1,3	40,8	1,1	1,1
<b>Solde (b)</b>	<b>+ 0,1</b>	<b>4,3</b>	<b>+ 0,1</b>	<b>4,4</b>	<b>+ 0,1</b>	<b>5,4</b>	<b>+ 0,2</b>	<b>8,7</b>	<b>+ 0,3</b>	<b>+ 0,4</b>

Source : rapport annexé au projet de LPFP pour les années 2023 à 2027 ; UNÉDIC (pour 2022 à 2025).

(1) Rapport n° 1675 de M. Jean-René Cazeneuve, rapporteur général, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 26 septembre 2023.

## B. UN SOLDE POUR 2023 MARQUÉ PAR UNE CONJONCTURE EN VOIE DE NORMALISATION ET PAR LE RENFORCEMENT DES SOLIDARITÉS AU PROFIT DES ASSURÉS

Il convient de rappeler que le solde des ROBSS et du FSV pour 2022 devait être arrêté par le PLACSS afférent à cet exercice. Rejeté par les deux assemblées au printemps 2023, le texte faisait état d'un déficit de 19,6 milliards d'euros.

En raison d'un contexte économique toujours affecté par la hausse des prix, conséquence des difficultés d'approvisionnement observées lors de la reprise après la pandémie et renforcées avec l'invasion de l'Ukraine par la Russie (1), les déficits des régimes obligatoires de base pour l'exercice en cours seraient significativement aggravés par rapport à leur niveau prévu par les dernières LFSS et LFRSS (2).

### 1. Une croissance modérée et des prix sous tension

Après une hausse du produit intérieur brut (PIB) de 6,8 % en 2021 et de 2,5 % en 2022, signe d'une reprise vigoureuse après la crise liée à l'épidémie de covid-19, la prévision de croissance sur laquelle reposent le PLF et le PLFSS pour 2024 s'établit à 1 % en volume pour 2023 ou, compte tenu d'une inflation en année pleine attendue à 4,9 %, à 6,8 % en valeur.

Sont ainsi confirmées les hypothèses que le Gouvernement avait soumises à la Commission européenne au titre du programme de stabilité (PSTAB) pour les années 2023 à 2027, alors que le Haut Conseil des finances publiques (HCFP), saisi en avril sur le fondement du VIII de l'article 61 de la LOLF avait alors estimé qu'elles étaient, respectivement, « *pas hors d'atteinte, mais semblant optimistes* » et « *un peu sous-estimées* ». Dans son avis du 22 septembre dernier, rendu en application du IV du même article 61, le HCFP a jugé « *plausible* » le scénario de l'exécutif pour l'année en cours quant au PIB, à l'indice des prix (IPC) et à la masse salariale, ainsi que « *vraisemblable* » celui sur les grands paramètres budgétaires.

#### VARIATION DES PRINCIPALES HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES RETENUES PAR LE GOUVERNEMENT POUR 2023

(en pourcentage)

	PLF et PLFSS pour 2023	PSTAB pour 2023 à 2027	PLF et PLFSS pour 2024
Produit intérieur brut (PIB)	+ 1,0 %	+ 1,0 %	+ 1,0 %
Masse salariale <sup>(1)</sup>	+ 5,0 %	+ 6,1 %	+ 6,3 %
Indice des prix à la consommation (IPC)	+ 4,2 %	+ 4,9 %	+ 4,9 %
IPC hors tabac (IPCHT)	+ 4,3 %	<i>n. c.</i>	+ 4,8 %
Consommation des ménages	+ 1,4 %	+ 0,2 %	- 0,2 %
Consommation des APU	+ 1,0 %	+ 1,3 %	+ 0,7 %
Investissement des entreprises	+ 0,9 %	+ 3,8 %	+ 3,2 %
Investissement des APU	- 1,6 %	+ 3,4 %	+ 5,7 %
Importations	+ 2,5 %	+ 3,1 %	+ 0,3 %
Exportations	+ 2,7 %	+ 3,5 %	+ 2,1 %

(1) : Il s'agit de la masse salariale des branches marchandes non-agricoles (BMNA).

Source : PLF et PLFSS pour 2023 (scénario conservé par le PLFRSS pour 2023) et 2024 ; PSTAB pour 2023 à 2027.

La commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), dans son dernier rapport, insiste sur le « *ralentissement de l'activité* », lequel s'explique par un « *environnement international peu porteur* » et la « *hausse des taux d'intérêt* » conduite par la Banque centrale européenne (BCE), la Réserve fédérale des États-Unis (FED) ou la Banque d'Angleterre (BoE). S'agissant de la masse salariale, elle attribue sa progression à la « *dynamique de l'emploi, certes moins marquée mais encore positive (+ 1,2 %)* », conjuguée à la hausse du salaire moyen (+ 5,1 %), dans laquelle le rapporteur pour avis voit tant les efforts des entreprises que le choix du législateur de nettement revaloriser plusieurs allocations de remplacement.

Inévitablement, le réajustement des perspectives de l'économie réelle a une incidence sur les finances sociales :

– d'un côté, les recettes inscrites dans le PLFSS reposent en grande partie sur l'activité, *via* les rémunérations au titre de la CSG et des cotisations sociales, ou *via* la consommation s'agissant de la TVA et des accises sur les tabacs ou l'alcool ;

– de l'autre, de nombreux dispositifs de solidarité sont indexés, pour tout ou partie, sur le coût de la vie, au premier titre desquels les pensions de retraite.

La CCSS estime ainsi qu'une variation d'un point de PIB correspond à près de 2,5 milliards de recettes tirées des cotisations ou de la contribution sociale généralisée (CSG) en plus ou en moins pour les ROBSS.

#### SENSIBILITÉ DES PRODUITS ET DES CHARGES DES ROBSS AUX PRINCIPALES HYPOTHÈSES ÉCONOMIQUES, BUDGÉTAIRES ET FISCALES

*(en millions d'euros)*

	CNAM maladie	CNAM AT-MP	CNAV	CNAF	CNSA	Régime général	Autres régimes vieillesse	Tous régimes
Masse salariale du secteur privé : impact d'une hausse de 1 % du taux de croissance sur les cotisations et la CSG	890	145	950	310	170	2 465		2 465
Dépenses maladie : impact d'une hausse de 1 % dans le champ de l'ONDAM	2 150	55			310	2 515		2 515
Inflation : impact (en année pleine) d'une hausse de 1 point du taux d'inflation sur la revalorisation légale des prestations	75	45	1 560	270	20	1 970	1 230	3 200
Consommation : impact d'une hausse de 1 % de la TVA	515					515		515

Source : *commission des comptes de la sécurité sociale.*

## 2. Le solde rectifié pour les régimes obligatoires de base en 2023

L'article 1<sup>er</sup> du PLFSS indique qu'à la fin de l'année en cours, les ROBSS seraient en déficit à hauteur de 9,6 milliards d'euros, et de 8,8 milliards d'euros en intégrant le résultat du FSV, en équilibre pour la deuxième année consécutive – son dernier excédent remontait à 2008.

La branche maladie aurait à elle seule un déficit de 9,5 milliards d'euros, minoré de 10,3 milliards d'euros par rapport à son niveau de 2022 mais majoré de 2,4 milliards d'euros et 1,6 milliard d'euros en comparaison avec les prévisions de la LFSS puis de la LFRSS pour 2023.

**SOLDE DES BRANCHES DES ROBSS ET DU FSV EN 2023**

(en milliards d'euros)

	Prévision LFSS pour 2023	Prévision LFRSS pour 2023	Rectification PLFSS pour 2024
Maladie	- 7,1	- 7,9	- 9,5
Accidents du travail et maladies pro.	+ 2,2	+ 2,2	+ 1,9
Vieillesse	- 3,6	- 3,8	- 1,9
Famille	+ 1,3	+ 1,3	+ 1,0
Autonomie	- 1,2	- 1,3	- 1,1
<b>Régimes obligatoires de base</b>	<b>- 8,4</b>	<b>- 9,5</b>	<b>- 9,6</b>
Fonds de solidarité vieillesse	+ 1,3	+ 1,3	+ 0,8
<b>ROBSS + FSV</b>	<b>- 7,1</b>	<b>- 8,2</b>	<b>- 8,8</b>

Source : annexes B des LFSS et LFRSS pour 2023 et du PLFSS pour 2024.

Les données du PLFSS pour 2024 concernant l'exercice 2023 montrent une consolidation de 10,8 milliards d'euros par rapport à la clôture des comptes de 2022, mais aussi une dégradation par rapport aux précédentes estimations soumises au Parlement. En ne prenant que la LFRSS comme référence, la CCSS estime que l'écart est favorable à hauteur de 2,3 milliards d'euros sur le plan des recettes mais défavorable pour les dépenses, avec 3,4 milliards d'euros de charges en surplus, dont 2,8 milliards d'euros pesant sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), du fait des hausses de salaires dans les établissements et du dynamisme des indemnités journalières (IJ) pour les soins de ville (*cf. infra*).

**DÉCOMPOSITION DES ÉCARTS ENTRE LES PRÉVISIONS DE LA LFSS POUR 2023, CELLES DE MAI 2023 ET CELLES DU PLFSS POUR 2024 AU TITRE DE 2023**

(en milliards d'euros)

	(A) Écart LFSS 2023 / CCSS mai 2023	(B) Écart CCSS mai 2023 / CCSS sept 2023
<b>(1) Prévisions lois de financement LFSS 2023 (A) ou CCSS de mai 2023 (B)</b>	<b>-7,1</b>	<b>-7,8</b>
<b>(2) Sous-total des recettes</b>	<b>2,9</b>	<b>2,3</b>
dont recettes sur revenus d'activité	2,1	3,7
dont secteur privé	1,1	2,0
dont indépendants	0,7	0,5
dont secteur public	-	1,1
dont recettes fiscales	0,3	-1,1
dont CSG remplacement	0,1	-
<b>(3) Sous-total des dépenses</b>	<b>-3,7</b>	<b>-3,4</b>
dont Ondam	-0,8	-2,8
dont prestations hors Ondam	-1,2	0,1
dont sous-compensation AG Unédic Agirc-Arrco	-1,1	-
dont GA et action sociale	-0,3	-0,4
<b>(4) = (2) + (3) Ensemble des révisions</b>	<b>-0,7</b>	<b>-1,0</b>
<b>(1) + (4) Solde actualisé CCSS mai 2023 (A) ou septembre 2023 (B)</b>	<b>-7,8</b>	<b>-8,8</b>

Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

En 2023, compte tenu de la population qu'il couvre et des mécanismes d'adossement qui lui incombent, le déficit du seul régime général serait de 8,4 milliards d'euros. Les régimes des indépendants (exploitants agricoles, CNBF, et CNAVPL) auraient un excédent de 0,8 milliard d'euros, les régimes des salariés tiers au régime général afficheraient un déficit de 2 milliards d'euros et les autres régimes spéciaux, par construction, connaîtraient un équilibre strict.

### 3. Un surcroît de recettes plus important que celui des dépenses

Le PLFSS pour 2024 indique que les recettes des ROBSS et du FSV représenteraient 602,1 milliards d’euros en 2023, soit 7,3 et 7,1 milliards d’euros de plus que les prévisions initiale (décembre 2022) puis rectifiée (avril 2023), tandis que les dépenses s’élèveraient à 610,9 milliards d’euros, soit 9 et 7,7 milliards d’euros au-dessus de chacune des deux précédentes cibles.

Par rapport à l’exercice 2022, les recettes progresseraient de 30,1 milliards d’euros, compensant le surcroît de dépenses à hauteur de 19,3 milliards d’euros.

#### RECETTES ET DÉPENSES DES BRANCHES DES ROBSS ET DU FSV EN 2023

(en milliards d’euros)

	Rectification PLFSS pour 2024		
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	234,1	243,7	- 9,5
Accidents du travail et maladies pro.	17,2	15,3	+ 1,9
Vieillesse	273,1	275,0	- 1,9
Famille	57,0	56,0	+ 1,0
Autonomie	36,8	37,9	- 1,1
<b>Régimes obligatoires de base</b>	<b>600,9</b>	<b>610,5</b>	<b>- 9,6</b>
Fonds de solidarité vieillesse	20,3	19,5	+ 0,8
<b>ROBSS + RSV</b>	<b>602,1</b>	<b>610,9</b>	<b>- 8,8</b>

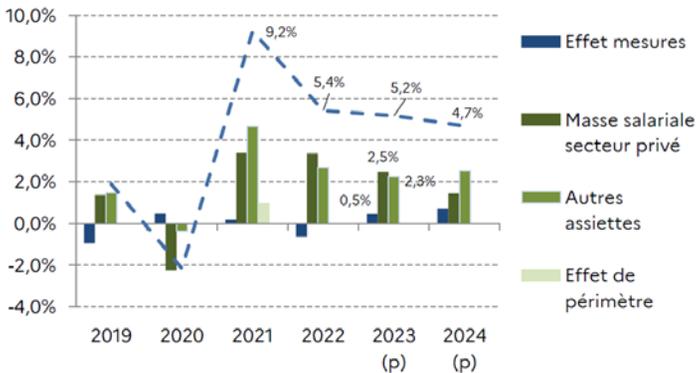
Source : annexes B des LFSS et LFRSS pour 2023 et du PLFSS pour 2024.

● À ce qui s’annonçait comme la sortie de la crise du covid-19, la LFSS pour 2022 envisageait une croissance des **recettes** de 3 % entre 2022 et 2023. La LFSS pour 2023 avait ajusté cette perspective dans le sens d’une progression de 4 %. La LFRSS pour 2023 faisait mention d’une hausse de 4,1 % entre 2022 et 2023.

La CCSS souligne, à l’appui des données du PLFSS pour 2024, que les recettes des ROBSS et du FSV croissent de 5,1 % entre 2022 et 2023.

#### DÉTERMINANTS DE L’ÉVOLUTION DES RECETTES DES ROBSS ET DU FSV DE 2019 À 2024

(en pourcentage)



Note : l’effet de périmètre en 2021 correspond à l’élargissement du champ du RG avec la création de la branche autonomie (+ 5,4 milliards d’euros, soit une contribution de 1,1 point à l’évolution globale des recettes).

Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

Tiré par une masse salariale en hausse de 6,3 %, le rendement des cotisations croîtrait cette année de 5,1 %. La CCSS note que leur hausse reste « freinée par le dynamisme des allègements généraux (10,0 %), mais aussi par la baisse des cotisations maladie des travailleurs non-salariés prévue dans la loi en faveur du pouvoir d'achat » votée au début de la législature, même si ces deux effets sont compensés par l'État.

Le mouvement serait le même pour les impositions de toutes natures affectées aux ROBSS (+ 5,2 %) : le produit de la CSG augmenterait de 4,7 %, dont 4,9 % pour sa fraction assise sur les revenus d'activité, contre 3,8 % pour celle assise sur les revenus de remplacement – au sein desquels 90 % correspondent aux pensions, lesquelles ont été revalorisées de 2,8 % en moyenne – et 5,3 % pour celle assise sur le capital ; parmi les autres recettes fiscales, le rendement de la TVA serait en hausse de 4,9 % et celui de la taxe sur les salaires de 7,2 %, mais les droits sur les tabacs reculeraient de 1,5 %.

### EFFET DES MESURES NOUVELLES SUR LES RECETTES DES ROBSS ET DU FSV EN 2023

(en milliards d'euros)

	CNAM	CNAM-AT	CNAF	CNAV	CNSA	FSV	Autres ROBSS	Total ROBSS+FSV
<b>Total toutes mesures en recettes</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>1,4</b>	<b>0,3</b>	<b>-0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,9</b>	<b>2,7</b>
Mesures antérieures ayant un impact en 2023	0,2	0,0	0,2	0,1	-0,2	0,0	0,6	0,9
Contribution supplémentaire au financement du volet investissement du Ségur de la santé par l'UE	0,5				-0,2			0,3
Mesures taxe véhicules de société (TVS)			0,0					0,0
Taxe sur les salaires	0,0		0,0	0,0	0,0			0,1
Effet retour sur les prélèvements sociaux de la revalorisation du point d'indice dans la fonction publique de 3,5% au 1er juillet 2022	0,3		0,1	0,1			0,6	1,1
Baisse de cotisation maladie des travailleurs non-salariés (loi pouvoir d'achat)	-0,6							-0,6
Mesures de la LFSS et de la LFRSS 2023	-0,4	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
Forfait social : suppression des indemnités de rupture conventionnelle de l'assiette				-0,1				-0,1
Contributions sur avantages de retraite : indemnités de rupture conventionnelles				0,1				0,1
Affectation de TVA en compensation de la baisse de cotisation maladie des travailleurs non-salariés	0,6							0,6
Compensation du bandeau LODEOM par TVA (effet exonérations)	-0,3							-0,3
Ajustement de la fraction de TVA pour compensation du bandeau LODEOM	0,3							0,3
Modification des clés d'affectation de la taxe sur les salaires	-1,1		1,1		0,1			0,0
Modification de la fiscalité sur les tabacs	0,1							0,1
Renforcement de la lutte contre la fraude et mesures sur le recouvrement	0,0		0,0	0,0				0,0
Renforcement des exonérations sur les tickets restaurant	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			-0,1
Transfert de taxes alcools au RCO agricole							0,0	0,0
Autres mesures	0,3	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,4	1,1
Effet retour sur les prélèvements sociaux des revalorisations transversales annoncées le 12 juin 2023	0,3		0,1	0,2	0,0		0,4	1,1

Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

● Les **dépenses**, analysées dans la seconde partie du présent rapport pour avis, croissent de 3,2 % en 2023 (contre des prévisions de 1,7 %, de 1,9 % et de 2,1 % figurant dans des LFSS pour 2022 et 2023 puis la LFRSS pour 2023).

Outre leur croissance spontanée (+ 2,5 points), elles sont marquées par :

– une baisse significative des charges liées à l'épidémie, passant de 11,7 milliards d'euros en 2022 à 0,9 milliard d'euros en 2023 (– 1,3 point) ;

– les franchises revalorisations discrétionnaires (+ 1,6 point).

L'ONDAM affiche un dépassement de 2,8 milliards d'euros.

## C. DES ORIENTATIONS RÉALISTES POUR 2024 ET AU-DELÀ

Les paramètres conjoncturels (1), conjugués aux mesures nouvelles étudiées infra, expliquent la nouvelle dégradation du solde des régimes de base (2).

### 1. Une activité économique solide et une inflation moins vive

Aux termes de la saisine du Haut Conseil des finances publiques par le Gouvernement, « en 2024, l'activité accélérerait à + 1,4 % avec, dans la continuité du deuxième semestre 2023, des dynamiques contrastées selon les postes de la demande ; le principal soutien à l'activité serait l'accélération progressive de la consommation des ménages en parallèle de la normalisation de l'inflation ; [...] l'inflation diminuerait sensiblement en 2024, à + 2,6 %, [ce qui] reposerait largement sur le ralentissement des prix alimentaires et manufacturés ; [...] la masse salariale ralentirait en 2024 (+ 3,6 %), [...] les réformes pour soutenir l'emploi (poursuite du déploiement de l'apprentissage, contracyclicité de l'assurance chômage et de la réforme des retraites notamment) ne commençant à produire des effets qu'en fin d'année ».

#### PRINCIPALES HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES RETENUES PAR LE GOUVERNEMENT POUR 2022 À 2027

(en pourcentage)

	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Évolution du PIB	+ 2,5 %	+ 1,0 %	+ 1,4 %	+ 1,7 %	+ 1,7 %	+ 1,8 %
Évolution du PIB potentiel	+ 1,25 %	+ 1,35 %	+ 1,35 %	+ 1,35 %	+ 1,35 %	+ 1,35 %
IPC hors tabac (IPCHT)	+ 5,3 %	+ 4,8 %	+ 2,5 %	+ 2,0 %	+ 1,8 %	+ 1,8 %
Solde commercial						
<i>Importations</i>	+ 8,8 %	+ 0,3 %	+ 3,1 %			
<i>Exportations</i>	+ 7,4 %	+ 2,1 %	+ 3,5 %			
Demande intérieure						
<i>Investissement des ménages</i>	- 1,2 %	- 5,0 %	- 2,2 %			
<i>Consommation des ménages</i>	+ 2,1 %	- 0,2 %	+ 1,8 %			
<i>Pouvoir d'achat</i>	+ 0,4 %	+ 0,4 %	+ 0,4 %			
<i>Investissement des entreprises</i>	+ 3,8 %	+ 3,2 %	+ 0,9 %			
<i>Investissement public</i>	+ 1,5 %	+ 5,7 %	+ 1,3 %			
Taux d'épargne						
<i>Ménages</i>	17,4 %	18,6 %	18,2 %			
<i>Entreprises</i>	22,2 %	23,4 %	23,0 %			
Taux de marge	31,7 %	32,6 %	32,7 %			
Salaire moyen par tête	+ 5,6 %	+ 5,3 %	+ 3,1 %			
Pouvoir d'achat	+ 0,4 %	+ 0,4 %	+ 0,4 %			
Masse salariale	+ 9,3 %	+ 6,5 %	+ 3,6 %	+ 3,4 %	+ 3,4 %	3,4 %

Source : rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la Nation pour 2024<sup>(1)</sup>.

Comme le souligne l'annexe A du PLFSS, « le retour progressif d'une inflation en dessous de 2 % après des niveaux de l'ordre de 5 % en 2022 et 2023 [...] produirait ses effets dans deux temporalités distinctes sur les dépenses et les recettes : les dépenses réagissent avec un délai de l'ordre d'une année du fait des règles de revalorisation automatique des prestations, tandis que les recettes réagissent plus instantanément ; il s'ensuit un effet retard favorable au solde dans les périodes de hausse de l'inflation, mais défavorable en période de baisse ».

(1) Le RESF est joint au PLF en application de l'article 50 de la LOLF.

Le HCFP juge « *élevée* » et « *optimiste* » l'hypothèse de croissance de l'exécutif pour 2024, mais « *plausible* » celle concernant l'inflation. Concernant la masse salariale, l'organisme indépendant juge que « *la prévision pourrait être atteinte, mais avec une croissance du salaire moyen plus haute et de l'emploi plus faible* » : cela tient à des différences d'interprétation quant au dynamisme du versement de la prime de partage de la valeur, en partie exonérée, et de la productivité, pour laquelle la France aurait moins que d'autres pays rattrapé le retard dû à la crise sanitaire. Sur la majeure part des autres chiffres, il relève que l'exécutif s'écarte avec volontarisme des projections des instituts de référence. La Banque de France, par exemple, envisage pour 2024 un taux de croissance limité à 0,9 %.

### HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES DE LA BANQUE DE FRANCE POUR 2022 À 2025

(en pourcentage)

	2022	2023	2024	2025
Évolution du PIB	+ 2,5 %	+ 0,9 %	+ 0,9 %	+ 1,3 %
Indice des prix à la consommation harmonisé (IPCH)	+ 5,9 %	+ 5,8 %	+ 2,6 %	+ 1,8 %
IPCH hors énergie et alimentation	+ 3,4 %	+ 4,2 %	+ 2,8 %	+ 2,1 %
Solde commercial				
<i>Importations</i>	+ 8,8 %	+ 0,4 %	+ 2,7 %	+ 2,6 %
<i>Exportations</i>	+ 7,4 %	+ 2,2 %	+ 2,8 %	+ 2,9 %
Demande intérieure				
<i>Investissement des ménages</i>	- 1,2 %	- 5,8 %	- 5,9 %	- 0,9 %
<i>Consommation des ménages</i>	+ 2,1 %	0,0 %	+ 1,8 %	+ 1,5 %
<i>Investissement des entreprises</i>	+ 3,9 %	+ 3,1 %	+ 0,6 %	+ 1,1 %
<i>Investissement public</i>	+ 1,5 %	+ 2,8 %	- 0,7 %	+ 4,0 %
<i>Consommation publique</i>	+ 2,6 %	+ 0,5 %	+ 0,6 %	+ 1,1 %
Situation des particuliers				
<i>Taux d'épargne des ménages</i>	17,5 %	18,2 %	17,4 %	16,8 %
<i>Salaire moyen par tête</i>	+ 5,6 %	+ 5,0 %	+ 4,2 %	+ 3,4 %
<i>Pouvoir d'achat</i>	+ 0,2 %	+ 0,9 %	+ 0,9 %	+ 0,7 %
Taux de marge des sociétés non-financières	31,7 %	32,8 %	31,6 %	32,1 %
Taux de chômage <sup>(1)</sup>	7,3 %	7,2 %	7,5 %	7,8 %

Source : projections macroéconomiques de la Banque de France (18 septembre 2023).

### HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES DES INSTITUTS DE PRÉVISION POUR 2023 ET 2024

(en pourcentage)

	2023		2024	
	PIB	IPC	PIB	IPC
Fonds monétaire international	+ 0,8 %	<i>n. c.</i>	+ 1,3 %	<i>n. c.</i>
INSEE	+ 0,9 %	+ 5,0 %	<i>n. c.</i>	
Commission européenne	+ 1,0 %	<i>n. c.</i>	+ 1,2 %	<i>n. c.</i>
<i>Consensus forecast</i>	+ 0,8 %	+ 5,0 %	+ 0,8 %	+ 2,7 %
Rexecode	+ 0,9 %	+ 5,1 %	+ 0,4 %	+ 3,0 %
OFCE	+ 0,9 %	+ 5,2 %	+ 0,8 %	+ 3,6 %
Banque de France <sup>(2)</sup>	+ 0,9 %	+ 5,8 %	+ 0,9 %	+ 2,6 %
OCDE	+ 1,0 %	+ 5,8 %	+ 1,2 %	+ 2,9 %

Sources : notes de conjoncture du FMI (25 juillet 2023), de l'INSEE (7 septembre 2023), de la Commission européenne (11 septembre 2023), du Consensus forecast (11 septembre 2023), de Rexecode (13 septembre 2023), de l'OCDE (19 septembre 2023), de l'OFCE (15 septembre 2023) et de la Banque de France (18 septembre 2023).

- (1) La Banque de France retient pour le chômage la méthodologie du Bureau international du travail (BIT).
- (2) L'IPCH permet d'apprécier les exigences en matière de stabilité des prix à l'échelle européenne. Dans l'IPC, seule la part des dépenses de protection sociale et d'éducation à la charge du consommateur sont prises en considération et le poids de l'énergie y est plus important, ce qui a pour effet de pondérer de façon différente la part respective des différentes catégories de dépense des ménages.

## 2. Le solde prévisionnel pour les régimes obligatoires de base en 2024

L'article 13 du PLFSS envisage que les cinq branches des ROBSS enregistrent en 2024 un déficit de 11,9 milliards d'euros, réduit à 11,2 milliards d'euros en y agrégeant le résultat positif du FSV. Les branches maladie et vieillesse portent l'intégralité du déficit (15,2 milliards d'euros en cumulé).

### SOLDE DES BRANCHES DU ROBSS ET DU FSV EN 2024

(en milliards d'euros)

	Prévision LFSS pour 2023	Prévision LFRSS pour 2023	Rectification PLFSS pour 2024
Maladie	- 5,3	- 6,2	- 9,3
Accidents du travail et maladies pro.	+ 2,6	+ 1,6	+ 1,2
Vieillesse	- 9,2	- 8,2	- 5,9
Famille	+ 0,8	+ 0,8	+ 0,8
Autonomie	+ 0,8	+ 0,7	+ 1,3
<b>Régimes obligatoires de base</b>	<b>- 8,5</b>	<b>- 11,4</b>	<b>- 11,9</b>
Fonds de solidarité vieillesse	+ 1,7	+ 1,8	+ 0,8
<b>ROBSS + FSV</b>	<b>- 10,3</b>	<b>- 9,6</b>	<b>- 11,2</b>

Source : annexes B des LFSS et LFRSS pour 2023 et du PLFSS pour 2024.

Un tel résultat traduit une amélioration notable par rapport au tendanciel calculé par la CCSS, d'après lequel le solde aurait été négatif de 12,1 milliards d'euros : dans un sens conservateur, elle envisageait 10,6 et 6,2 milliards d'euros de déficit pour les branches maladie et vieillesse mais, dans un sens optimiste, des excédents de 1,3 milliard d'euros pour la branche AT-MP, de 0,9 milliard d'euros pour la branche famille et de 1,7 milliard d'euros pour la branche autonomie.

D'après l'annexe 3 du PLFSS, la différence s'expliquerait à hauteur de 0,7 milliard d'euros par des économies, de 0,1 milliard d'euros par les mesures de lutte contre la fraude aux prélèvements, de 0,19 milliard d'euros par les recettes que transfère l'État et de 0,04 milliard d'euros par des flux avec d'autres ASSO.

### RECETTES ET DÉPENSES DES BRANCHES DES ROBSS ET DU FSV EN 2024

(en milliards d'euros)

	Rectification PLFSS pour 2024		
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	242,7	251,9	- 9,3
Accidents du travail et maladies pro.	17,1	16,0	+ 1,2
Vieillesse	287,8	293,7	- 5,9
Famille	58,8	58,0	+ 0,8
Autonomie	41,2	39,9	+ 1,3
<b>Régimes obligatoires de base</b>	<b>629,5</b>	<b>641,4</b>	<b>- 11,9</b>
Fonds de solidarité vieillesse	21,4	20,6	+ 0,8
<b>ROBSS + FSV</b>	<b>630,7</b>	<b>641,8</b>	<b>- 11,2</b>

Source : annexes B des LFSS et LFRSS pour 2023 et du PLFSS pour 2024.

En rupture avec la situation observée depuis 2012 – une fois mis à part les exercices 2019 et 2020 –, les données retenues par le Gouvernement dans le PLFSS montrent que la hausse des recettes serait moins forte que celle des dépenses, avec respectivement 28,6 milliards d'euros (+ 4,8 %) et 30,9 milliards d'euros (+ 5,1 %) de plus en 2024 qu'en 2023.

L'annexe 3 du PLFSS commente ainsi le ralentissement des recettes :

– les cotisations sociales brutes progresseraient de 4,7 %, dont 3,8 % pour celles des salariés et 1,7 % pour celles prises en charge par l'État, ce qui apparaît cohérent avec l'évolution de la masse salariale et la hausse du taux des cotisations bénéficiant à la CNRACL, prévue par la LFRSS pour 2023, pour un surcroît qui devrait atteindre 0,6 milliard d'euros ;

– la CSG serait en hausse de 6,4 %, avec une variation de 5,9 % pour celle assise sur les revenus d'activité, contre 7,1 % sur ceux de remplacement et 7,7 % sur ceux du patrimoine et de placement (avec une évolution de 10,3 % pour le patrimoine et de 5,5 % pour les placements) ;

– les autres impositions affectées à la sécurité sociale croîtraient de 4,8 %, avec un taux identique pour la TVA, de 3,5 % pour la taxe sur les salaires, de 6,0 % pour le forfait social et de 6,8 % pour la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S).

L'exercice 2024 sera marqué par l'entrée en vigueur de l'article 3 de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie<sup>(1)</sup>, qui abaisse de 0,60 % à 0,45 % la fraction du produit de la CSG sur l'ensemble de ses assiettes (à l'exception des sommes engagées ou produits réalisés à l'occasion de jeux de loterie ou de casino) affectée à la CADES et qui attribue cette même part de 0,15 % à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), pour un montant de 2,6 milliards d'euros.

**EFFET DES MESURES NOUVELLES ANTÉRIEURES À CELLES DU PLFSS POUR 2024  
SUR LES RECETTES DES ROBSS ET DU FSV EN 2024**

(en milliards d'euros)

	CNAM	CNAM-AT	CNAF	CNAV	CNSA	FSV	Autres ROBSS	Total ROBSS+FSV
<b>Total toutes mesures en recettes</b>	-0,1	-0,8	0,1	1,5	2,6	0,0	1,2	4,5
Mesures antérieures ayant un impact en 2024	-0,1	-0,8	0,1	1,5	2,6	0,0	1,2	4,5
Forfait social : Fin de l'exonération sur les abondements employeurs au FEE				0,1				0,1
Contribution supplémentaire au financement du volet investissement du Ségur de la santé par l'UE	-0,9					-0,1		-1,0
Effet retour sur les prélèvements sociaux des revalorisations transversales annoncées le 12 juin 2023	0,2		0,1	0,0	0,0		0,6	1,0
Hausse de taux de cotisations patronales à la CNRACL							0,6	0,6
Swap de taux de cotisations entre la CNAM-AT et la CNAV		-0,8		0,8				0,0
Baisse de cotisation maladie des travailleurs non-salariés (loi pouvoir d'achat)	0,3							0,3
Forfait social : suppression des indemnités de rupture conventionnelle de l'assiette				-0,5				-0,5
Forfait social : assujettissement de la PPV des entreprises de plus de 50 salariés				0,4				0,4
Contributions sur avantages de retraite : indemnités de rupture conventionnelles				0,8				0,8
Modification de la fiscalité sur les tabacs	0,3							0,3
Basculement de 0,15 point de CSG de la CADES vers la CNSA					2,6			2,6

Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

L'évolution des ressources et des charges resterait ensuite défavorable pendant deux ans, avec des premières et des secondes qui croîtraient respectivement de 3,0 % et 3,6 % en 2025, puis 3,0 % et 3,1 % en 2026, puis l'effet de ciseau s'effacerait légèrement avec une hausse de 2,89 % et 2,87 % en 2027, où le solde agrégé des ROBSS et du FSV atteindrait 17,5 milliards d'euros.

(1) Modification des 3° et 3° bis de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale.

## D. UNE GESTION RESPONSABLE ET PERFORMANTE DE LA DETTE

Répartie entre deux compartiments **(1)**, la dette sociale voit ses perspectives d'apurement en 2033 confirmées malgré le durcissement de l'environnement monétaire, ce qui démontre la qualité de la signature sociale française **(2)**.

### 1. La gestion différenciée du flux et du stock de dette avant la crise

La récurrence des soldes négatifs au cours des différents exercices annuels a entraîné, dès avant la survenue du covid-19, la constitution d'une dette pour l'ensemble des régimes de base. Celle-ci se décompose entre les déficits portés en trésorerie **(a)** et la dette reprise en vue de son amortissement **(b)**.

#### a. Les déficits accumulés dans le bilan du régime général

La première mission de l'ACOSS est la gestion centralisée des ressources du régime général : l'agence tient la trésorerie des cinq branches, porte une partie des déficits sociaux accumulés, pilote le réseau des URSSAF et verse à la CADES les ressources qui lui sont affectées (*cf. infra*).

Plus récemment, l'organisme a été chargé de participer au financement d'autres structures, dont la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA), la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer (CPRP-SNCF) et la CNRACL, ou d'opérer certaines actions de recouvrement pour le compte de l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNÉDIC), association paritaire chargée de l'assurance chômage.

Conformément au chapitre 9 *ter* du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, l'ACOSS couvre ses besoins par des emprunts auprès de banques ou de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), par des émissions de court terme sur les marchés, au moyen soit de *negotiable european commercial papers* (NeuCP), soit de *euro commercial papers* (ECP), ou, en application de l'article L. 225-1-3 du même code, par la rémunération de disponibilités que placeraient auprès d'elle d'autres entités de la sphère sociale. Pendant les dix derniers exercices, la part des titres de marché est passée de 57 % à 97 % de son encours annuel.

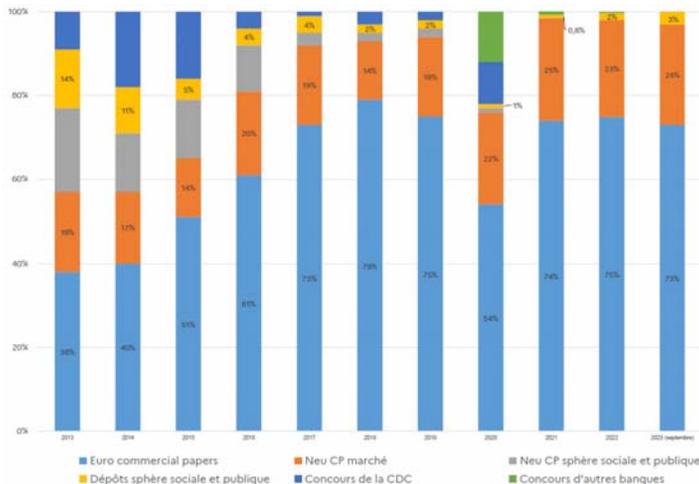
Aux termes de l'**article 15 du PLFSS**, cette habilitation à recourir à des ressources non permanentes sera plafonnée à 45 milliards d'euros au cours de 2024, soit un plafond identique à celui de 2023, mais diminué de près d'un tiers par rapport à celui de 2022 et de près de moitié par rapport à celui de 2021.

Les taux d'intérêt demandés à l'ACOSS sont repassés en territoire positif en septembre 2022 (malgré une moyenne de - 0,18 %) et devraient entièrement s'y maintenir (pour une moyenne respectivement projetée à un niveau entre + 3,63 % et 3,88 % en 2023 et + 3,75 % en 2024).

L'exercice en cours et celui à venir devraient être marqués par des besoins de trésorerie moyens de 19,8 milliards d'euros puis de 15,4 milliards d'euros.

**ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DE FINANCEMENT DE L'ACOSS DE 2013 À 2023 (haut)**  
**PRINCIPALES DONNÉES DE TRÉSORERIE POUR LE RG DE 2014 À 2023 (milieu)**  
**ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DU PROFIL DE TRÉSORERIE DU RG DE 2021 À 2023 (bas)**

(en pourcentage)

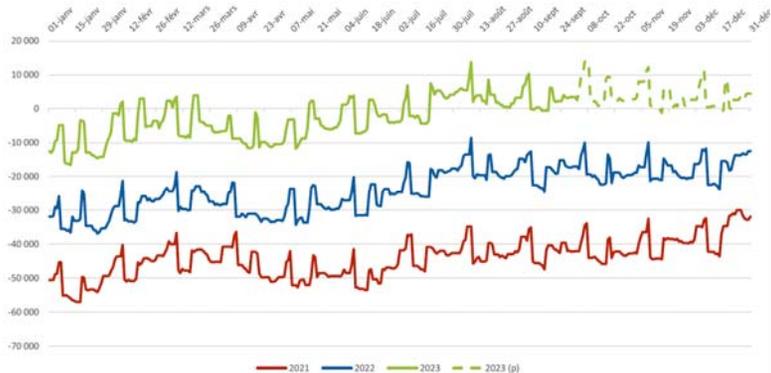


(en milliers d'euros)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (p)
Solde net moyen de trésorerie	- 22,2 Md€	- 26,4 Md€	- 19,9 Md€	- 19,1 Md€	- 18,2 Md€	- 18,9 Md€	- 42,5 Md€	- 31,9 Md€	- 23,8 Md€	- 1,3 Md€
Point haut annuel net	- 11,1 Md€ 7 février	- 16,2 Md€ 6 août	- 11,5 Md€ 6 octobre	- 7,3 Md€ 7 février	- 4,5 Md€ 7 nov.	- 9,0 Md€ 6 août	- 11,6 Md€ 6 mars	- 30 Md€ 24 déc.	- 8,6 Md€ 8 août	+ 13,9 Md€
Point bas annuel net	- 29,6 Md€	- 32,8 Md€	- 33,4 Md€	- 27,3 Md€	- 26,8 Md€	- 25,5 Md€	- 60,4 Md€	- 57,0 Md€	- 36,9 Md€	- 16,6 Md€
Encours maximum mobilisé	32,1 Md€	35,1 Md€	37,8 Md€	32,7 Md€	34,8 Md€	33,1 Md€	89,7 Md€	79,7 Md€	58,0 Md€	31,9 Md€
Résultat net de trésorerie	- 27,9 ME	16,4 ME	91,7 ME	125,7 ME	118,9 ME	119,9 ME	143,4 ME	271,3 ME	70,4 ME	- 20 ME à +20 ME

Note : l'encours maximum mobilisé ou point bas en « brut » comprend tous les financements mobilisés, y compris l'immobilisation de sommes sur des comptes de secours pour pallier d'éventuels incidents, ainsi que les sommes liées aux « surimmissions », notamment en amont de l'échéance des pensions.

(en milliers d'euros)



Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

### ***b. Les passifs transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale***

Créée en 1996 <sup>(1)</sup> et gérée par l'Agence France trésor (AFT), la caisse doit apurer la dette sociale suivant trois principes : elle bénéficie de ressources propres, la durée d'amortissement est limitée dans le temps, chaque nouveau transfert de dette doit être accompagné de recettes suffisantes.

D'abord, lui sont actuellement <sup>(2)</sup> affectés :

– l'intégralité du produit de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), pour un montant de 8,4 milliards d'euros en 2022, puis estimé à 8,9 milliards d'euros en 2023 et à 9,3 milliards d'euros en 2024 <sup>(3)</sup> ;

– le produit d'une fraction de la CSG sur les revenus d'activité, de remplacement et du capital et celui d'une fraction de la CSG sur les jeux, soit 9,9 milliards d'euros en 2022, 10,1 milliards d'euros en 2023 et 7,9 milliards d'euros en 2024 <sup>(4)</sup> ;

– un versement du fonds de réserve pour les retraites (FRR) à hauteur de 2,1 milliards d'euros, lequel passera à 1,45 milliard d'euros à compter de 2025 <sup>(5)</sup>.

Ensuite, l'ordonnance de 1996 dispose que la CADES disparaîtra à la date de l'extinction de ses missions. Initialement instituée pour treize ans et un mois, son existence a été prorogée à plusieurs reprises et ce terme est désormais fixé à 2033.

#### **ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES RESSOURCES DE LA CADES DE 2020 À 2025**

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances d'après les réponses de la Caisse d'amortissement de la dette sociale.

(1) Article 1<sup>er</sup> de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

(2) Le taux de la fraction de CSG affectée à la CADES était de 0,2 point aux termes de la LFSS pour 2009 puis de 0,48 point aux termes de la LFSS pour 2010. Par ailleurs, la CADES a bénéficié, entre 2011 et 2016, d'une quote-part du produit du prélèvement social sur les revenus du capital, pour 1,3 point et du même prélèvement sur les revenus du patrimoine et de placement aux taux successifs de 2,2 points, 3,4 points, 5,4 points et 4,5 points. Elle a bénéficié de plus-values immobilières diverses entre 1999 et 2003 (467,2 millions d'euros).

(3) Annexe 3 du PLFSS et tome I de l'annexe Voies et moyens du PLF pour 2024.

(4) Ibid. Le passage de 0,6 point à 0,45 point de la fraction de CSG sur les revenus d'activité, de remplacement et du patrimoine et de placement, tandis que la fraction de CSG sur les jeux demeure à 0,22 point, explique cette diminution en 2024.

(5) Troisième alinéa du I de l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale.

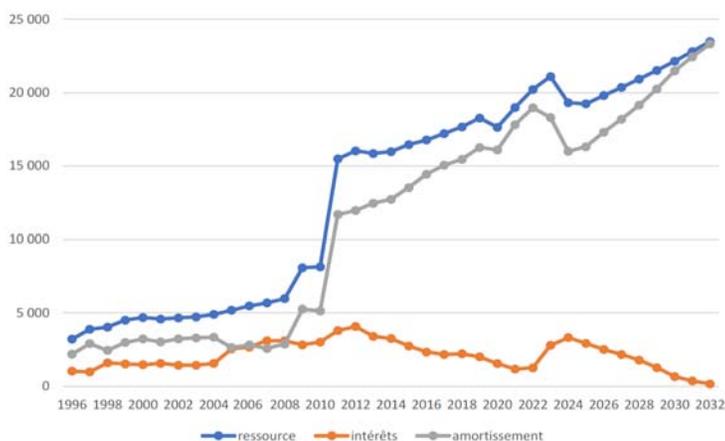
Enfin, le législateur organique de 2005 avait, afin de ne pas repousser l’horizon de remboursement, introduit l’exigence que « *tout nouveau transfert de dette à la CADES est accompagné d’une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d’amortissement de la dette sociale* »<sup>(1)</sup>.

Il est toutefois possible de déroger à cette exigence (*cf. infra*).

Alors que les années 2017 et 2018 n’avaient donné lieu à aucune attribution de passifs supplémentaires à la CADES, l’article 27 de la LFSS pour 2019 avait prévu, suivant les hypothèses positives retenues lors de sa préparation, une nouvelle et dernière reprise de dette par la caisse, pour un montant maximum de 15 milliards d’euros d’ici 2024, afin de couvrir les déficits des exercices 2014 à 2018 des branches maladie et vieillesse ainsi que du FSV. La CADES devait ainsi se voir affecter une fraction supplémentaire de CSG, dont le rendement était estimé à 1,5 milliard d’euros en 2020, puis 3,5 milliards d’euros en 2021 et 5 milliards d’euros en 2022. Néanmoins, comme la jurisprudence l’exige depuis 2010<sup>(2)</sup> : « *les LFSS ne peuvent pas conduire, par un transfert sans compensation au profit de ladite caisse d’amortissement de recettes affectées aux régimes de sécurité sociale et aux organismes concourant à leur financement, à une dégradation des conditions générales de l’équilibre financier de la sécurité sociale de l’année à venir* ». Au vu des mesures votées fin 2019 et de la dégradation de l’environnement économique général, cette exigence est apparue difficile à respecter. L’article 25 de la LFSS pour 2020 avait donc abrogé le II septies de l’article 4 de l’ordonnance de 1996, précitée, créé par l’article 27 de la LFSS pour 2019, afin d’annuler ces transferts de dette.

#### CHRONIQUE DES AMORTISSEMENTS DE DETTE PAR LA CADES DE 1996 À 2024 (p)

(en milliards d’euros)



Source : annexe 3 du PLFSS.

(1) Article 4 bis de l’ordonnance n° 96-50 précitée, créé par l’article 20 de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS).

(2) Conseil constitutionnel, décision n° 2010-620 DC du 16 décembre 2010, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

## CHRONIQUE DES TRANSFERTS EFFECTIFS DE DETTE À LA CADES DE 1996 À 2024

(en milliards d'euros)

Année de reprise de dette	Dettes reprises cumulées	Amortissement annuel	Amortissement cumulé	Situation nette de l'année
1996	23 249	2 184	2 184	-21 065
1997	25 154	2 907	5 091	-20 063
1998	40 323	2 444	7 535	-32 788
1999	42 228	2 980	10 515	-31 713
2000	44 134	3 226	13 741	-30 393
2001	45 986	3 021	16 762	-29 224
2002	48 986	3 227	19 989	-28 997
2003	53 269	3 296	23 285	-29 984
2004	92 366	3 345	26 630	-65 736
2005	101 976	2 633	29 263	-72 713
2006	107 676	2 815	32 078	-75 598
2007	107 611	2 578	34 656	-72 955
2008	117 611	2 885	37 541	-80 070
2009	134 611	5 260	42 801	-91 810
2010	134 611	5 135	47 936	-86 675
2011	202 378	11 678	59 614	-142 764
2012	209 026	11 949	71 563	-137 463
2013	216 745	12 443	84 006	-132 739
2014	226 887	12 717	96 723	-130 164
2015	236 887	13 513	110 236	-126 651
2016	260 496	14 426	124 662	-135 834
2017	260 496	15 044	139 706	-120 790
2018	260 496	15 444	155 150	-105 346
2019	260 496	16 253	171 403	-89 093
2020	280 496	16 089	187 492	-93 004
2021	320 496	17 813	205 305	-115 191
2022	360 496	18 961	224 266	-136 230
2023 (prévisionnel)	387 728	18 302	242 568	-145 160
2024 (prévisionnel)	396 496	15 991	258 559	-137 937

Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

### 2. La fin des transferts engagés pendant la crise du covid-19

Indispensable afin de soulager la trésorerie des régimes, la reprise de passifs par la CADES engagée en 2020 répond à un cadre constitutionnel précis (*a*) avec trois échéances dont la dernière atteint son point de saturation (*b*). L'apurement de ces passifs a été reporté de neuf ans (*c*).

#### *a. Le cadre constitutionnel*

L'adoption d'une loi organique est indispensable afin de repousser le terme d'amortissement prévisionnel de la dette sociale et, par conséquent, la date d'extinction de la caisse et de perception de la CRDS.

Cela s'apparente à une « règle d'or » dont ne dispose pas l'État.

Fixée à 2009 lors de son institution (*cf. supra*), la durée de vie de la CADES a déjà été reportée à plusieurs reprises au moyen de LFSS, qui sont, en dépit de leur procédure d'examen spécifique, de rang ordinaire.

Toutefois, en 2005, le Conseil constitutionnel a confirmé que le nouvel article 4 *bis* de l'ordonnance n° 96-50 précitée, créé par l'article 20 de la loi organique modifiant la loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux LFSS (LOFSS) et en vertu duquel « *tout nouveau transfert de dette à la CADES est accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale* », était de caractère organique <sup>(1)</sup>.

Dès lors, seule une loi organique peut comporter des dispositions conduisant à accroître la durée d'amortissement de la dette sociale.

Cette jurisprudence a été confirmée en 2010 <sup>(2)</sup> et la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 a pu autoriser la LFSS pour 2011 à prévoir, par une dérogation *ad hoc*, une nouvelle prolongation de quatre ans de la durée d'amortissement de la dette reprise par la CADES <sup>(3)</sup>.

### ***b. La reprise de 136 milliards d'euros en plusieurs étapes***

L'article 1<sup>er</sup> de la **loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie** rétablit un II *septies* à l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

Il distingue trois échéances de transfert :

– au plus tard le 30 juin 2021 et dans la limite de 31 milliards d'euros, la CADES devra avoir couvert les besoins de l'ACOSS au 31 décembre 2019, soit 31 milliards d'euros, dont la moitié environ au titre de la branche maladie ;

– à compter de 2021 et dans la limite de 92 milliards d'euros, la CADES devra couvrir les déficits cumulés entre 2020 et 2023 par le régime général, le FSV et la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles ;

– à compter de 2021, la CADES versera à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) les « *sommes nécessaires pour assurer la couverture d'une partie, qui ne peut excéder un tiers, des échéances des emprunts contractés par les établissements publics de santé au 31 décembre 2019* » <sup>(4)</sup>.

Enfin, cet article dispose que le montant total des versements réalisés par la CADES à ces trois titres ne peut excéder 40 milliards d'euros par an.

---

(1) *Décision n° 2005-519 DC du 29 juillet 2005*, Loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

(2) *Décision n° 2010-620 DC du 16 décembre 2010*, précitée.

(3) *Article 1<sup>er</sup> de la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 et loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011*.

(4) *En pratique, en contrepartie de la signature de contrats dans les conditions prévues à l'article 50 de la LFSS pour 2021, les hôpitaux ont reçu des dotations de la CNAM, financées par la trésorerie ou des emprunts pour moins d'un an de l'ACOSS et enfin compensées à cette dernière par la CADES. Ce schéma complexe était nécessaire dans le cadre organique antérieur à sa réforme du 14 mars 2022. Depuis son entrée en vigueur, le 4<sup>o</sup> de l'article L.O. 111-3-6 et le 3<sup>o</sup> de l'article L.O. 111-3-8 du code de la sécurité sociale disposent que « peuvent figurer dans la partie de la LFSS comprenant les dispositions relatives à l'année en cours » ou dans celle concernant les « dépenses pour l'année à venir : [...] si elles ont pour effet de modifier les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, les dispositions ayant un effet sur : a) la dette des établissements de santé relevant du service public hospitalier ; b) la dette des établissements médico-sociaux publics et privés à but non lucratif financés en tout ou partie par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et soumis à un objectif de dépenses ».*

Comme l'indiquait le rapporteur pour avis lors de l'examen du PLACSS pour 2022 : « pour l'exercice en cours, le décret n° 2023-12 du 11 janvier 2023 a prévu sept versements d'un total de 27,23 milliards d'euros, dont 22,5 milliards d'euros pour les déficits de la branche maladie, 1,7 milliard d'euros pour ceux de la branche vieillesse et 3 milliards d'euros pour les emprunts des hôpitaux ; ainsi, avec 20 milliards d'euros repris en 2020, puis 40 milliards d'euros en 2021 et les montants susmentionnés pour 2022 et 2023, la reprise des déficits du régime général par la CADES est proche de son point de saturation et 8,8 milliards d'euros seulement pourraient encore être repris en l'état actuel de la législation organique, qu'il conviendrait de modifier pour toute prolongation ».

Au sujet de ce dernier montant, la Cour des comptes soulignait dans son dernier rapport sur l'application des LFSS qu'il couvrirait juste le solde prévisionnel des branches maladie et vieillesse du régime général attendu en 2024, mais qu'une solution devra être trouvée pour les déficits enregistrés depuis 2020 par la CNRACL et pour les futurs passifs qui, sinon, pèseront sur l'ACOSS. La Cour n'exclut pas un « nouvel allongement de la durée de vie de la CADES au-delà de 2033 ».

**RÉPARTITION PAR EXERCICE ET CATÉGORIES D'OPÉRATIONS DE LA REPRISE DE PASSIFS PAR LA CADES POUR L'APPLICATION DE LA LOI DU 7 AOÛT 2020**

(en milliards d'euros)

	2020	2021	2022	2023	Total
Déficits jusqu'au 31 décembre 2019	20,0	11,2	s. o.		31,2
Déficits pour 2020 (maladie et FSV)		23,8	9,1	0,0	32,9
Déficits pour 2021 (maladie)		0,0	25,9	0,2	26,1
Déficits pour 2022 (maladie et vieillesse)	s. o.	0,0	0,0	24,0	24,0
Dette hospitalière (dotations de la CNAM)		5,0	5,0	3,0	13,0
<b>Total</b>	<b>20,0</b>	<b>40,0</b>	<b>40,0</b>	<b>27,2</b>	<b>127,2</b>

Source : rapport de la Cour des comptes sur l'application des LFSS, mai 2023.

**c. La cible d'une extinction en 2033 tributaire des conditions de marché**

L'article 1<sup>er</sup> de la loi organique n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie dispose que la durée d'amortissement de la dette sociale ne peut être accrue au-delà du 31 décembre 2033. Dans la mesure où le I de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 précitée pose que la CRDS « est due jusqu'à l'extinction des missions » de la CADES, la nouvelle disposition prolonge également le prélèvement de cette contribution après 2024.

L'exposé des motifs de l'article 1<sup>er</sup> du projet de loi indiquait que ce transfert « permet à la CADES de bénéficier dès aujourd'hui des conditions de financement à long terme », alors que sa présence sur les marchés avait vocation à s'éteindre d'ici 2024. Le recul de son échéance d'extinction et le nouvel horizon de durée d'investissement ont renouvelé l'attractivité de la CADES sur les marchés.

Le programme de financement de 2023 a permis de lever 22,2 milliards d'euros à la remise du présent rapport. Le financement devrait atteindre 30 milliards d'euros au 31 décembre, dont 25 milliards d'euros à moyen et long termes et un encours anticipé de 5 milliards d'euros à court terme. Six opérations ont été réalisées, pour une maturité de trois à huit ans, et les deux premières de l'année ont

été marquées par l'enregistrement de livres d'ordres record sur les marchés de l'euro et du dollar, tant en valeur que sur le plan du nombre d'offreurs.

#### EMPRUNTS DE RÉFÉRENCE CLÔTURÉS PAR LA CADES EN 2023

	Montant	Marché	Livre d'ordres *	Maturité	Taux	Social bonds
10 janvier	5,0 Md€	Euro	31 Md€ (300)	2028	3,053 %	65 %
18 janvier	3,7 Md€	Dollar	4 Md€ (150)	2026	4,700 %	49 %
21 février	4,0 Md€	Euro	25 Md€ (240)	2030	3,173 %	58 %
16 mai	2,8 Md€	Dollar	4,5 Md€ (88)	2028	3,750 %	37 %
21 juin	3,0 Md€	Euro	11 Md€ (160)	2031	3,106 %	53 %
12 septembre	3,7 Md€	Dollar	11 Md€ (140)	2026	4,875 %	61 %

(\*) : figure entre parenthèses le nombre d'investisseurs.

Source : commission des finances d'après les réponses de la Caisse d'amortissement de la dette sociale.

L'annexe 2 du PLFSS indique que le taux de financement de la CADES s'est établi à 1,93 % en moyenne au 31 juillet 2023, ce qui marque un triplement par rapport au début de l'année 2022. Pour les seuls instruments fixes (76,6 % de l'encours) et au 30 juin, il atteignait 1,37 %, contre 3,3 % pour les bons révisables (20,7 %) et 2,79 % pour les obligations indexées (2,8 %).

L'article 1<sup>er</sup> du PLFSS rectifie à 18,3 milliards d'euros (contre un montant initial de 17,7 milliards d'euros) l'objectif d'apurement en 2023. L'article 14 fixe à 16 milliards d'euros l'objectif pour 2024, avec une charge d'intérêt respectivement estimée par la CADES, lors de l'audition de son président, à 2,8 milliards d'euros pour 2023 et 3,3 milliards d'euros pour 2024.

Ainsi, à la fin de 2024, auraient été amortis 258,6 milliards d'euros depuis la création de la CADES et resteraient à amortir 137,9 milliards d'euros.

La CCSS confirme que « dans un scénario médian, [...], la CADES amortirait au cours de l'année 2032 l'intégralité de la dette qui lui aura été transférée ; selon un scénario plus optimiste à 5 % de risque, la CADES pourrait amortir l'intégralité de la dette en 2031, contre 2033 pour un scénario plus pessimiste à 95 % de risque ».

\*

\* \*

À l'échelle des administrations de sécurité sociale dans leur ensemble, le rapport sur la dette des administrations publiques présenté par le Gouvernement en application du II de l'article 48 de la LOLF fait état d'un passif de 10,2 points de PIB en 2022, lequel passerait à 9,1 points en 2023 puis 8,4 points en 2024 et s'établirait à 5,1 points en 2027. Tel qu'arrêté par l'INSEE, la dette des ASSO atteignait 288,3 milliards d'euros au 31 mars 2023.

Une autre donnée en valeur intéressante aux yeux du rapporteur pour avis est l'endettement de l'UNÉDIC, qui gère les allocations de chômage <sup>(1)</sup> : après avoir connu une aggravation de 5 milliards d'euros en 2008 à 63,3 milliards d'euros en 2021, il atteindrait 51,2 milliards d'euros en 2024 et 32,4 milliards d'euros en 2026.

(1) UNÉDIC, Trajectoire financière de l'assurance chômage pour 2023 à 2026, 28 septembre 2023.

## II. LES RECETTES : UN PAYSAGE PLUS SÛR POUR LES PARTICULIERS, DES ENCADREMENTS POUR LES PROFESSIONNELS

L'année 2024 sera marquée par des réformes au profit du pouvoir d'achat des particuliers (A) et des relations entre les URSSAF et les entreprises (B).

Ces mesures nouvelles auront une incidence négative de 120 millions d'euros pour les recettes des seuls ROBSS au cours de l'exercice en cours, puis positive de plusieurs centaines de millions d'euros à compter du prochain exercice.

### INCIDENCE DES MESURES NOUVELLES EN RECETTES DU PLFSS POUR 2024 SUR LES BRANCHES DES ROBSS, LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES ET L'ÉTAT

(en millions d'euros)

		2023	2024	2025	2026	2027
<b>Article 4</b>	Maladie	- 120,0	+ 1,0	+ 1,0	+ 1,0	+ 1,0
<b>Article 5</b>	Maladie		+ 4,1	+ 4,1	+ 4,1	+ 4,1
	AT-MP		+ 0,5	+ 0,5	+ 0,5	+ 0,5
	Famille	s. o.	+ 1,1	+ 1,1	+ 1,1	+ 1,1
	Vieillesse		+ 4,2	+ 4,2	+ 4,2	+ 4,2
	Autonomie		+ 0,01	+ 0,01	+ 0,01	+ 0,01
	État		+ 684,0	- 196,0	- 97,0	- 833,0
<b>Article 6</b>	Maladie			+ 15,0	+ 27,0	+ 145,0
	AT-MP			+ 4,0	+ 8,0	+ 44,0
	Famille	s. o.	s. o.	+ 1,0	+ 1,0	+ 6,0
	Vieillesse			+ 8,0	+ 16,0	+ 83,0
	Autonomie			+ 1,0	+ 2,0	+ 12,0
	État			+ 20,0	+ 10,0	+ 55,0
<b>Article 7</b>	Maladie	s. o.	+ 2,0	+ 2,0	+ 2,0	+ 2,0
<b>Article 8</b>	ROBSS	s. o.	- 76,0	- 115,0	- 115,0	- 115,0
<b>Article 9</b>	Vieillesse (RG)	s. o.	s. o.	- 13,0	- 19,0	- 19,0
	Retraites compl.			- 13,0	- 19,0	- 19,0
	État			+ 26,0	+ 38,0	+ 38,0
<b>Article 10</b>	Maladie		+ 100,0	+ 100,0	+ 100,0	+ 100,0
	Famille	s. o.	- 92,0	- 92,0	- 92,0	- 92,0
	Vieillesse		+ 260,0	+ 399,0	+ 474,0	+ 586,0
	Autonomie		+ 341,0	+ 348,0	+ 356,0	+ 365,0
	Retraite compl. agricole		+ 35,0	+ 35,0	+ 35,0	+ 35,0
<b>Article 11</b>	Maladie	=	=	=	=	=
<b>Total pour les ROBSS</b>		<b>- 120,0</b>	<b>+ 545,91</b>	<b>+ 708,82</b>	<b>+ 770,91</b>	<b>+ 1 126,91</b>

Source : commission des finances d'après l'annexe 9 du PLFSS.

Il est rappelé que sont attendues en 2024 des recettes de 629,5 milliards d'euros au titre des ROBSS et de 630,7 milliards d'euros avec le FSV.

## A. LA FIABILISATION DU RECOURS À DES SERVICES À LA PERSONNE

Aux termes de l'article L. 7231-1 du code du travail, le champ des services à la personne comprend la garde d'enfants, l'assistance aux personnes âgées, handicapées ou ayant besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou dans son environnement, et les tâches ménagères ou familiales. L'article D. 7231-1 du même code soumet à agrément un certain nombre de ces activités.

Depuis 2006, l'article 199 *sexdecies* du code général des impôts prévoit un crédit au titre de l'impôt sur le revenu (IR), égal à 50 % des dépenses effectivement supportées par l'emploi d'un salarié à domicile <sup>(1)</sup>, dans la limite de 12 000 euros par foyer, majorée de 1 500 euros par enfant à charge ou pour tout autre membre du foyer âgé de plus de 65 ans, sans pouvoir excéder 15 000 euros. S'y ajoutent des taux réduits de TVA, ainsi que le versement par les départements, sous condition de ressources, de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Pour leur part, les travailleurs bénéficient d'exonérations sociales. Ce crédit d'impôt est la deuxième niche fiscale la plus coûteuse, avec un effort de 5,9 milliards d'euros en 2023 et 6,2 milliards d'euros en 2024.

Les LFSS pour 2020, 2022 et 2023 ont progressivement permis, pour reprendre l'exposé des motifs de l'article 12 du projet de loi devenu la première, de « rendre immédiate la perception des aides applicables au secteur des services à la personne, de manière à ce que les dépenses acquittées par les particuliers tiennent compte directement des aides dont ils bénéficient, qu'elles soient fiscales ou sociales », car l'acompte de 60 % perçu en mars d'une année au titre des dépenses exposées au cours de l'avant-dernière, institué aux articles 1665 *bis* et 1665 *ter* du code général des impôts avec le prélèvement à la source de l'IR, tout en soulageant déjà leur trésorerie, n'avait pas supprimé le décalage, allant de quelques semaines à un an et demi, entre le moment auquel les rémunérations étaient assumées par les ménages et celui de la minoration, voire de la suppression, de leur reste à charge.

À partir d'une expérimentation d'abord conduite auprès de quelques dizaines de particuliers volontaires à Paris et dans le Nord, puis élargie, les URSSAF peuvent maintenant soustraire le montant de l'éventuel crédit d'impôt ou de l'éventuelle allocation de celui des salaires et des cotisations à prélever sur le compte en banque de l'assuré au titre du chèque emploi service universel (CESU +) et de la garde d'un enfant de moins de six ans (PAJEMPLOI +) ; elles le pourront ultérieurement pour d'autres dispositifs (*cf. infra*).

---

(1) L'article 3 de la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022 a sécurisé le champ des prestations ouvrant droit à cet allègement : la doctrine administrative (ancien paragraphe n° 80 de l'instruction n° BOI-IR-RCI-150-10, publiée au Bulletin officiel des finances publiques le 20 septembre 2017) admettait l'éligibilité des dépenses exposées en paiement de prestations réalisées à l'extérieur du domicile, dès lors qu'elles étaient comprises dans une offre globale incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile et d'activités accessoires, mais le juge administratif (Conseil d'État, 3<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> ch. réunies, 30 novembre 2011, Société Les jardins d'iroise d'Auch, req. n° 442046, concl. M. R. Victor, pub. au Recueil) avait annulé cette interprétation favorable pour excès de pouvoir au motif que « les commentaires attaqués ajout[ai]ent à la loi dont ils [avaient] pour objet d'éclairer la portée ».

En juillet 2023, près de 300 000 particuliers-employeurs inscrits au CESU+ et 500 000 particuliers faisant appel à l'un des 8 300 organismes de service à la personne proposant le service bénéficient de cet allègement de leur trésorerie.

L'article 12 du PLFSS prévoit de renforcer les contrôles s'agissant des prestataires en ligne (1), de reporter la mise en place de l'avance pour trois types d'aide (2) et de réformer la procédure de sanction des abus de droit (3).

### 1. La sécurisation de l'avance immédiate du crédit d'impôt

Des pratiques frauduleuses de la part de certains prestataires ont été détectées par les agents chargés du recouvrement, lesquelles motivent l'exécutif à proposer trois réformes.

Il s'agit d'abord de conditionner l'accès au dispositif pour les prestataires à la présentation d'une première déclaration sociale et fiscale, ainsi que de garanties financières en prévision des hypothèses de récupération forcée, pour éviter ce que l'annexe 9 désigne comme la « *création de structures opaques et temporaires ayant pour objectif le seul paiement par l'État de prestations fictives* ».

Le texte vise ensuite à mettre un terme au schéma qui permet aux entreprises de percevoir directement de l'URSSAF les montants leur restant dus après déduction des aides et aux particuliers de voir leur charge fiscale et sociale avant même que l'acquittement de la facture ait pu être vérifié. Par ailleurs, un acte réglementaire abaissera de 6 000 euros à 3 000 euros le plafond de l'avance immédiate, ce qui restera très supérieur au montant moyen constaté, lequel s'élève à 1 200 euros, soit l'équivalent de 2 400 euros de dépenses effectives : il est estimé que plus de neuf ménages sur dix continueront à ne pas saturer ce maximum.

### 2. L'adaptation du calendrier

En raison du besoin de consolider les échanges automatiques d'informations entre les départements et la branche autonomie, il est proposé, sans y mettre un terme pour les particuliers qui y participent déjà, de reporter la généralisation du mécanisme d'avance :

– à juin 2026 pour la garde d'un enfant de plus de six ans grâce à un emploi direct ou au placement dans un établissement d'accueil, au titre du crédit d'IR, mais aussi du complément de libre choix de mode de garde (CMG) ;

– à juin 2027 pour l'APA et la PCH, alors qu'il était initialement prévu que cela intervienne à une date fixée par décret sans dépasser décembre 2024.

Le premier décalage tient à ce que le CMG doit lui-même, d'après les annexes du PLFSS, connaître une importante réforme en 2025.

Le second s'explique par les leçons tirées de la phrase d'expérimentation depuis 2021 : comme le souligne l'annexe 9, « *pour les bénéficiaires de l'APA et de*

*la PCH dont les besoins sont réguliers, voire quotidiens, il est nécessaire de varier les intervenants pour assurer la continuité des aides et pallier les absences de leurs intervenants habituels, notamment en ayant recours à des salariés ou des organismes de remplacement dont l'absence d'inscription au service entraîne l'arrêt de l'avance immédiate et nécessite un retour aux anciennes modalités de versement de l'APA ou de la PCH par les départements » et « l'octroi rétroactif de l'APA ou de la PCH notamment en cas de changement des plans d'aides pour des particuliers ayant déjà bénéficié de l'avance immédiate sur une période passée engendre des re-calculs à la hausse ou à la baisse du reste à charge avec des indus ou trop-perçus qui constituent autant de "mauvaises surprises" pour les particuliers difficiles à résoudre à fonctionnement de ces prestations constant ».*

### **3. La facilitation du contrôle des actes abusifs**

Premièrement, diverses mesures augmentant la capacité des organismes de contrôle à agir et à prononcer des pénalités sont prévues, parmi lesquelles l'obligation pour les particuliers bénéficiant de l'avance d'utiliser des comptes domiciliés en France, la mise en place d'une procédure conservatoire temporaire permettant à l'URSSAF de suspendre les flux au profit des employeurs comme des prestataires afin de conduire des investigations, la majoration de 50 % de la sanction pour les sommes obtenues frauduleusement et l'attribution expresse du contentieux afférent au dispositif à la juridiction judiciaire.

Deuxièmement, en application du premier alinéa des articles L. 243-7-2 du code de la sécurité sociale et L. 725-25 du code rural et de la pêche maritime, les URSSAF, les CGSS et les caisses de MSA « *sont en droit d'écarter, comme ne leur étant pas opposables, les actes constitutifs d'un abus de droit, soit que ces actes aient un caractère fictif, soit que, recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes [...], ils n'aient pu être inspirés par aucun autre motif que celui d'éluder ou d'atténuer les contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles le cotisant est tenu [...] ou que le cotisant, s'il n'avait pas passé ces actes, aurait normalement supportées, eu égard à sa situation ou à ses activités réelles* »<sup>(1)</sup> et le quatrième alinéa des mêmes articles dispose qu'un tel abus est assorti d'une pénalité à hauteur de 20 % des sommes litigieuses.

La Cour de cassation a récemment jugé<sup>(2)</sup> que même sans appliquer une telle sanction, le refus de prendre un acte en compte ou le fait d'indiquer dans une lettre d'observations à l'assuré qu'est suspectée une soustraction à l'obligation de s'acquitter de prélèvements sociaux faisait implicitement mais nécessairement se placer l'organisme de recouvrement sur le terrain de la procédure de l'abus.

Sur le plan formel, cela n'est favorable ni à l'assuré ni à l'URSSAF, parce que nombreux sont les cas dans lesquels un agent remet en cause la véracité d'un

---

(1) Une définition analogue figure à l'article L. 64 du livre des procédures fiscales.

(2) Cass. 2<sup>ème</sup> chambre civile, 16 février 2023, pourvois joints n<sup>os</sup> 21-11 600, 21-12 005 et pourvois n<sup>os</sup> 21-18 322 et 21-17.207 (Mme Tuffreau, avocate générale référendaire) ; 11 mai 2023, pourvoi n<sup>o</sup> 21-17.226 (Mme Tuffreau, avocate générale référendaire).

document, requalifie un avantage ou retient une interprétation divergente de celle de l'employeur ou de l'employé sur la nature d'une somme versée sans pour autant les qualifier de fraude.

Sur le plan matériel, cela entraîne des lourdeurs car la procédure de l'abus de droit ouvre à l'assuré la possibilité de saisir un comité *ad hoc*, lequel ne serait pas assez dimensionné si cette jurisprudence était confirmée.

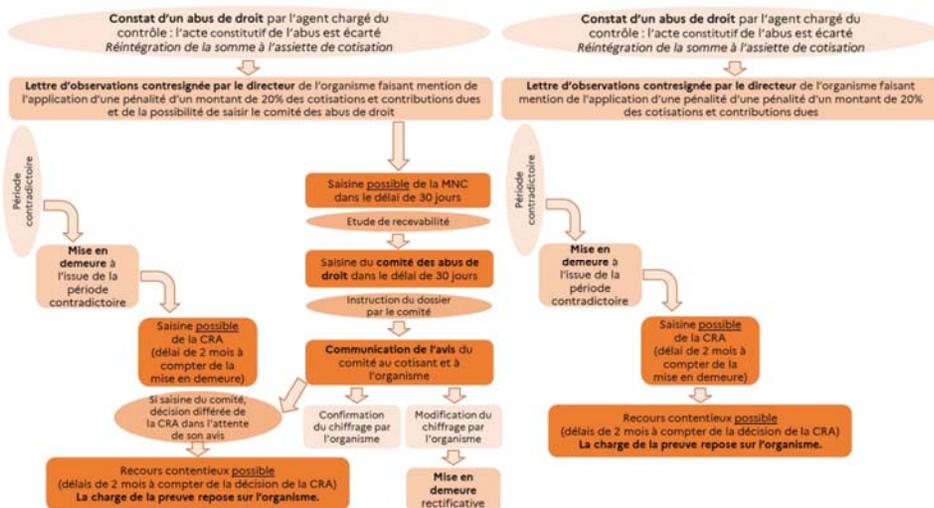
Le Gouvernement propose donc :

- de préciser aux articles L. 243-7 du code de la sécurité sociale et L. 724-11 du code rural et de la pêche maritime que les agents ne sont pas tenus par la qualification donnée par les personnes contrôlées aux faits qui leur sont soumis ;

- de transformer la procédure de l'abus de droit pour en faire une sanction administrative, en remplaçant la possibilité pour le cotisant de se tourner vers le comité susmentionné par celle de solliciter une prolongation du délai contradictoire, donc le cas échéant d'engager des voies précontentieuses ou contentieuses, et en simplifiant la saisine de la commission de recours amiable.

La pénalité de 20 % est maintenue.

#### PROCÉDURES ACTUELLE (g.) ET ENVISAGÉE (d.) AFFÉRENTES À L'ABUS DE DROIT



Source : annexe 9 du PLFSS.

L'effet financier de l'ensemble des modifications apportées par cet article serait un gain de 10 millions d'euros pour les ROBSS – montant estimé à partir du coût des décisions de la Cour de cassation pour le trimestre au cours duquel elles ont été rendues – et de 684 millions d'euros pour l'État en 2024. Son évolution pour les années suivantes dépendra du rythme d'appropriation de l'avance de trésorerie par les particuliers et les prestataires de services à domicile.

## B. TROIS MESURES DE RÉGULATION DES ENTREPRISES

La deuxième partie du PLFSS comprend aussi des mesures concernant les industries du secteur thérapeutique (1) et la probité déclarative des travailleurs des plateformes numériques (2) ou de certains praticiens de santé (3).

### 1. La clause de sauvegarde pharmaceutique

Dans le but de consolider le solde de la branche maladie – en contribuant au respect de l'ONDAM *a priori* et en lui apportant une recette *a posteriori* –, les entreprises commercialisant des médicaments et dispositifs médicaux (DM) sont assujetties à une contribution *ad hoc* : elle est qualifiée de clause de sauvegarde dans la mesure où son appel est déclenché lorsque, pour les premiers produits, le chiffre d'affaires tiré de leur vente, net des remises, dépasse un montant M et lorsque, pour les secondes, les remboursements de l'assurance maladie dépassent un montant Z.

Complémentaire aux négociations annuelles du Comité économique des produits de santé (CEPS) et de la CNAM avec les industriels, cet outil fiscal défini par la section 2 du chapitre 8 du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale voit l'un de ses paramètres rectifié pour l'année en cours (1) et connaît une rénovation de son assiette et de son mode de recouvrement pour celle à venir (2).

#### a. Un ajustement pour 2023

Il convient de rappeler les modifications apportées au calcul de la clause de sauvegarde par la LFSS en vigueur avant de présenter ce qu'envisage le PLFSS.

- Les articles 18 et 19 de la LFSS pour 2023 ont déjà amélioré le fonctionnement de la clause de sauvegarde.

Jusqu'à 2022, la contribution au titre du montant M pesait sur tous les laboratoires, même ceux dont les ventes n'avaient pas crû, ce qui était peu équitable et ne permettait pas une bonne promotion des médicaments moins rentables pour les entreprises mais avantageux pour les assurés et les comptes sociaux du fait de leur présence de longue date sur le marché ou de leur statut de générique.

Cet écueil a été corrigé : alors que, dans son ancienne rédaction, le troisième alinéa de l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale indiquait que la contribution était déterminée, par industriel, « au prorata de son chiffre d'affaires », il l'assied désormais « à concurrence de 70 %, au prorata de son chiffre d'affaires [...] et, à concurrence de 30 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires par rapport à l'année précédente » et, sauf si elles sont issues d'une scission ou d'une fusion, exonère partiellement les entreprises créées depuis moins d'un an, afin de ne pas pénaliser l'innovation.

Par ailleurs, les prévisions de chiffre d'affaires pour les producteurs, exploitants, importateurs ou distributeurs des spécialités remboursées pouvaient fortement différer de leur niveau effectif, sans correction automatique.

Afin d'améliorer l'estimation, ont été intégrés dans la détermination de M les chiffres d'affaires des laboratoires exploitant certains médicaments de la liste prévue à l'article L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale et donc pris en charge au titre des soins de suite et de réadaptation (SSR), ainsi que les acquisitions de Santé publique France pour la constitution de stocks stratégiques, exigés par l'État lorsqu'ils sont « *nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves* » au sens de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique.

En outre, pour inciter les laboratoires à respecter les délais de déclaration auxquels ils sont tenus par l'ACOSS au titre de l'article L. 138-15 du code de la sécurité sociale, la LFSS pour 2023 a institué une « *majoration forfaitaire [...] égale à 0,05 % du dernier chiffre d'affaires hors taxes total déclaré par l'entreprise, par période de quinze jours de retard, sans pouvoir être inférieure à 2 000 euros ni supérieure à 100 000 euros* », laquelle ne peut être récupérée dans l'hypothèse où la contribution de celle-ci se révélerait *in fine* nulle.

Il était enfin prévu que le Gouvernement remette au Parlement, au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2023, un « *rapport relatif à l'état et aux perspectives de la régulation économique du secteur pharmaceutique en France, en particulier s'agissant du mécanisme de clause de sauvegarde* ».

Le rapporteur pour avis constate qu'au sens strict cette transmission n'a pas eu lieu, mais qu'une mission « *chargée d'identifier les voies d'évolution possibles du système de financement et de régulation des produits de santé* »<sup>(1)</sup> a remis ses conclusions quelques semaines après le terme fixé et que ces dernières satisfont largement la demande d'information formulée par l'Assemblée nationale<sup>(2)</sup>.

● Initialement fixé à 24,6 milliards d'euros pour 2023, le montant M est porté à 24,9 milliards d'euros par l'**article 4 du PLFSS**.

Ce relèvement du seuil du fait générateur entraînerait pour la branche maladie une moindre recette de 120 millions d'euros pour l'année 2023.

Cette proposition prend en considération les analyses du rapport susmentionné quant au contexte inflationniste et au fait que les dépenses de spécialités pharmaceutiques sont tirées à la hausse par le vieillissement de la population et l'arrivée récente de nombreux médicaments innovants, lesquels augmentent mécaniquement mais opportunément le chiffre d'affaires.

Le rapporteur pour avis sera vigilant quant au fait qu'en contrepartie les industriels s'engagent à baisser leurs prix et à réguler les volumes mis en vente, avec une économie escomptée à 800 millions d'euros et 350 millions d'euros pour ces deux axes respectifs par le Gouvernement.

---

(1) *Rapport de la mission confiée par Mme la Première ministre à Mmes Agnès Audier, ingénieure en chef des mines, et Mathilde Lignot-Leloup, conseillère maître à la Cour des comptes, 29 août 2023.*

(2) *Amendement n° 430 de Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale, intégré au texte du PLFSS pour 2023 sur lequel le Gouvernement avait engagé sa responsabilité en première lecture sur le fondement du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution.*

### ***b. Une mise en cohérence de plusieurs caractéristiques pour 2024***

Outre l'actualisation des deux montants et de la désignation expresse de l'ACOSS comme organisme recouvrant la contribution, l'**article 11 du PLFSS** engage une harmonisation croisée du mode de calcul et du calendrier de paiement de cette contribution pour ce qui concerne les deux types de produits soumis à la clause.

- À compter de 2026, c'est-à-dire au titre des opérations financières effectuées en 2025, l'assiette de la contribution due au titre des médicaments est alignée sur celle applicable aux dispositifs médicaux (DM) : elle ne reposera plus sur les chiffres d'affaires déclarés mais sur les sommes effectivement remboursées par l'assurance maladie.

Il s'agit d'une simplification administrative aussi bien pour les laboratoires que pour l'ACOSS et le CEPS :

- est par construction supprimée pour les premiers l'obligation de dépôt d'un formulaire, chaque 1<sup>er</sup> avril, relatif au rendement de la commercialisation de médicaments au cours de l'exercice clos et pour les seconds celle tenant à sa vérification, toute erreur individuelle dans une direction ou l'autre fragilisant la détermination de la base appliquée ensuite à tout le secteur ;

- le solde des remboursements est connu de la CNAM, directement pour la part correspondant à des soins de ville, soit les médicaments délivrés dans les officines libérales ou par les pharmacies à usage intérieur (PUI) inscrits sur la « *liste en sus* » grâce à leur caractère innovant, ou par l'intermédiaire de l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour celle concernant les établissements de santé et de Santé publique France dans des cas particuliers.

La proratisation présentée *supra* sera appliquée à une somme égale, aux termes de la future rédaction du I de l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale, à « *90 % de la différence entre le montant remboursé et le montant M* ».

Par cohérence, le plafonnement de la contribution due par chaque redevable à 10 % de son chiffre d'affaires au titre des médicaments inclus dans l'assiette sera remplacé par un écrêtement à 12 % du montant remboursé pour ses ventes.

- En sens inverse, le calendrier de collecte à raison de la vente de DM bénéficiant d'une prise en charge par la sécurité sociale sera harmonisé sur les paramètres déjà retenus pour les médicaments, avec une mise en paiement le 1<sup>er</sup> novembre de l'année civile suivant celle au titre de laquelle elle est exigée au lieu du 1<sup>er</sup> juillet, après une notification le 1<sup>er</sup> octobre. Le rapporteur spécial juge opportune cette uniformisation qui, à recette inchangée, soulage la trésorerie d'une filière exposée à la concurrence.

Il espère que, combinées, les deux modifications ne rendront plus nécessaires les dérogations au calendrier prévu par la loi : l'annexe 9 souligne que

pour 2021, les déclarations sur les médicaments ont été acceptées plus tardivement que le 1<sup>er</sup> avril 2022, si bien que la date limite de paiement a aussi été repoussée du 1<sup>er</sup> novembre de la même année au 31 mars 2023.

- Sur ces nouvelles bases, les montants M et Z sont respectivement fixés pour 2024 à 26,4 milliards d’euros et 2,31 milliards d’euros.

Le premier a été déterminé à partir des concertations menées dans le cadre de la conférence stratégique sur les industries de santé (CSIS) de 2021, mais recalculé pour que malgré le changement d’assiette le nouveau seuil de déclenchement produise une recette équivalente à celle qu’aurait, toutes choses égales par ailleurs, généré l’ancien système et le second l’a été en appliquant à sa valeur de 2023 un taux d’évolution de 4,5 %. Ce dernier point traduit la pleine compréhension par le Gouvernement des arguments évoqués par les fabricants de DM devant la mission qui a travaillé à l’initiative de la Première ministre, car la trajectoire envisagée antérieurement était de faire baisser les seuils en 2024, donc d’activer plus rapidement la clause, étant rappelé que sa progression avait été de 3 % entre 2021 et 2022 puis entre 2022 et 2023.

Au total, l’annexe 9 du PLFSS estime que la réforme « *se fera à rendement constant* », même si des gains indirects sont à envisager du fait de la rationalisation des étapes de recouvrement.

Certes, des variations sont possibles d’un laboratoire à l’autre :

- soit à raison de la composition de son catalogue, car un médicament peut avoir un prix de vente élevé mais un remboursement essentiellement assumé par les complémentaires santé si son service médical rendu (SMR) est bas ;

- soit à cause du décalage entre la vente d’un produit, par exemple auprès d’un grossiste qui l’attribuera à une pharmacie (fait générateur du chiffre d’affaires), et sa délivrance à un patient (fait générateur du remboursement).

Plus de 80 % des assujettis devraient voir, sur la foi des chiffres de 2021, leur charge baisser ou augmenter de moins de 10 % et que, parmi ceux dont la contribution devrait croître, cette croissance ne devrait pas excéder 20 %.

## **2. Le renforcement des obligations des plateformes numériques**

L’**article 6 du PLFSS** tend à appliquer une autre annonce de la feuille de route du Gouvernement contre les fraudes.

- Parmi les 2,44 millions de micro-entrepreneurs enregistrés au 1<sup>er</sup> janvier 2023, ceux considérés comme économiquement actifs, c’est-à-dire déclarant un chiffre d’affaires positif, étaient de 1,36 million.

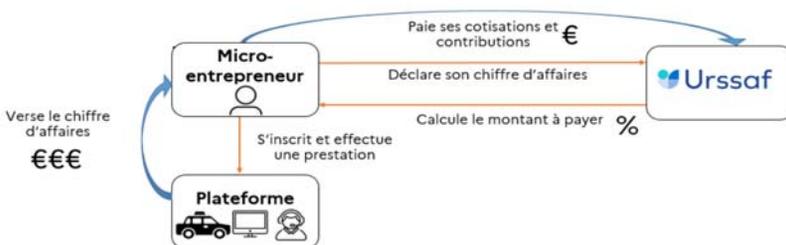
Ce statut permet des démarches simplifiées pour la création d’une entreprise et, aux termes notamment des articles 50-0 du code général des impôts et de la

section 3 du chapitre 3 du titre I<sup>er</sup> du livre IV du code de la sécurité sociale, le paiement des prélèvements obligatoires : accessible sous un seuil de chiffre d'affaires annuel de 188 700 euros pour les travailleurs dont l'activité principale est la vente de marchandises, d'objets, de fournitures de denrées ou la prestation d'hébergement et de 77 000 euros pour les prestations de service et les activités libérales qui, sinon, entraîneraient un assujettissement au titre des bénéficiaires industriels et commerciaux (BIC) ou non commerciaux (BNC), il s'accompagne d'un abattement forfaitaire de 71 %, 50 % ou 34 % sur le chiffre d'affaires réalisé à raison de ces trois types d'activité, ce qui allège les impôts directement assis sur lui, mais aussi ceux frappant des soldes intermédiaires de gestion (SIG) ultérieurs, ainsi que d'une franchise en base de TVA allant de 19 600 euros à 91 900 euros selon les cas, pouvant être portée entre 23 700 euros et 101 000 euros.

Le Haut Conseil pour le financement de la protection sociale (HCFiPS) estime que les utilisateurs d'une plateforme, définie par la première phrase du premier alinéa de l'article 242 bis du code général des impôts comme « l'entreprise, quel que soit son lieu d'établissement, qui [...] met en relation des personnes par voie électronique en vue de la vente d'un bien, de la fourniture d'un service ou de l'échange ou du partage d'un bien ou d'un service », représentent environ 10 % des micro-entrepreneurs. L'ACOSS indique pour sa part que 69 % d'entre eux déclarent des chiffres d'affaires inférieurs aux montants des transactions effectives et même que 55 % ne déclarent rien, ce qui correspondrait à 175 millions d'euros de cotisations éluées : outre le manque à gagner pour les finances publiques, il s'agit d'une forme de concurrence déloyale envers les indépendants de droit commun ou les salariés des secteurs en question, mais aussi d'une minoration des droits des micro-entrepreneurs des plateformes au cours de leur vie active et à son issue (indemnités journalières, prestations de maternité et de paternité, retraite, etc.).

Cette sous-déclaration structurelle, laquelle coïncide nécessairement en partie avec des pratiques frauduleuses, se comprend notamment au regard du circuit aujourd'hui applicable aux prélèvements sociaux des intéressés : ils s'en acquittent en principe personnellement chaque mois ou chaque trimestre sur un site internet, l'option de tierce déclaration, c'est-à-dire de mandat donné à la plateforme, ouverte par les deuxième et dernier alinéas de l'article L. 613-6 du code de la sécurité sociale n'étant pratiquement pas utilisée.

#### SCHÉMA DU MODE ACTUEL DE DÉCLARATION ET DE PAIEMENT DES COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS SOCIALES PAR LES MICRO-ENTREPRENEURS DES PLATEFORMES



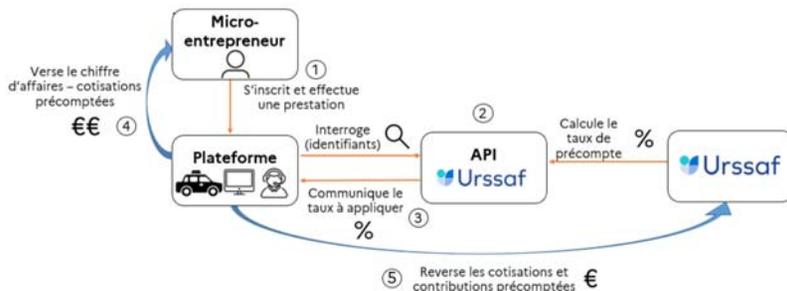
Source : annexe 9 du PLFSS.

● En conséquence, il est nécessaire de transformer la faculté de déclaration et de paiement *via* les opérateurs en obligation, sous peine d'une amende de 7 500 euros ou d'au plus 5 % du chiffre d'affaires selon les cas. Les plateformes se substitueront aux micro-entrepreneurs dans la relation avec l'organisme de recouvrement et leur verseront un chiffre d'affaires minoré.

Créé par le C du I de l'article 134 de la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022, l'article 1649 *ter* A du code général des impôts exige déjà de chaque plateforme sur internet qu'elle « *souscri[ve] auprès de l'administration fiscale une déclaration relative aux opérations réalisées par des vendeurs et prestataires par son intermédiaire* ».

Le 8° du I de l'article 98 de la LFSS pour 2023 a ensuite prévu que ce document soit communiqué par l'administration fiscale à l'ACOSS et à la CNAF, lesquelles peuvent à leur tour croiser son contenu avec les données de la MSA, compétente à Saint-Barthélemy, et des URSSAF. Toutefois, cette transmission ne comprend pas, en l'état, les informations permettant l'identification de chaque vendeur ou prestataire : le PLFSS résout cette difficulté, de même qu'il étend l'appariement aux caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et aux CAF de la Guadeloupe, de Saint-Martin, de la Guyane, de la Martinique et de La Réunion.

#### SCHÉMA DU MODE PROJETÉ DE DÉCLARATION ET DE PAIEMENT DES COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS SOCIALES PAR LES MICRO-ENTREPRENEURS DES PLATEFORMES



Source : annexe 9 du PLFSS.

Il est attendu de cette réforme, qui entrera en vigueur de manière échelonnée, un surcroît de recettes qui progresserait de 35 millions d'euros en 2025 à 200 millions d'euros en 2027.

### 3. L'annulation de la prise en charge partielle des cotisations des professionnels de santé sanctionnés pour fraude

Les rapports entre les caisses d'assurance maladie et les personnes exerçant certaines professions de santé sont définis par des conventions nationales conclues avec les organisations syndicales les plus représentatives. Le I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale dispose que leur durée ne peut excéder cinq ans et prévoit une liste d'items obligatoires, notamment en matière d'honoraires et d'organisation de l'offre (installation, exercice coordonné, etc.).

## PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS

	Base légale (code de la sécurité sociale)
Médecins généralistes et spécialistes	Article L. 162-5
Chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux *	Article L. 162-9
Infirmiers libéraux	Article L. 162-12-2
Masseurs-kinésithérapeutes	Article L. 162-12-9
Directeurs de laboratoires privés d'analyse médicale	Article L. 162-14
Directeurs d'entreprises de transport sanitaire	Article L. 322-5-2

(\*) : les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes sont aussi des auxiliaires, mais la ligne ne fait référence, pour les conventions, qu'aux orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues.

Source : commission des finances.

Aux termes du 5° de l'article L. 162-14-1, ces conventions « définissent les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans le cadre des activités de permanence des soins [...], des forfaits et suppléments versés au titre des soins de médecine d'urgence [...] et dans des structures dont le financement inclut leur rémunération » et « fixent les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge, le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice [...] ».

Cette prise en charge d'une fraction des cotisations des praticiens concernés a représenté une dépense de 3 milliards d'euros en 2022.

- Le même 5° dudit article L. 162-14-1 dispose certes déjà que « la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales [...] ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent », mais ce tempérament présente deux écueils :

- d'une part, ainsi que le souligne la direction de la sécurité sociale, les arrêts de prise en charge « n'interviennent que pour l'avenir et à l'issue de l'engagement d'une procédure conventionnelle souvent longue » ;

- d'autre part, ils ne s'appuient que sur la méconnaissance des stipulations générales des conventions, non sur des condamnations relatives aux prestations.

- **L'article 7 du PLFSS** vise à rectifier cette lacune.

Comme le rappelle son exposé, le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics, a présenté en mai 2023 une feuille de route sur la lutte contre les fraudes fiscales, douanières et sociales.

De la même façon que la loi permet déjà d'annuler des exonérations dont bénéficient les employeurs ou les travailleurs indépendants, il est ainsi proposé de

supprimer la participation de l'assurance maladie au paiement des cotisations sociales des professionnels de santé, en cas de fraude établie :

– sur la foi d'une pénalité décidée par le directeur de la caisse nationale ou locale concernée en matière de soins ou de protection contre les AT-MP ;

– sur celle d'une sanction prononcée par la formation disciplinaire de l'ordre national des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes ;

– ou sur celle de la condamnation par l'autorité judiciaire sur le fondement des articles 313-1, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal, c'est-à-dire au titre :

\* d'une « *escroquerie* » (usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité, abus d'une qualité vraie ou emploi de manœuvres malhonnêtes) ;

\* d'une « *altération de la vérité [...] dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée* » ;

\* du fait de se prévaloir d'un « *document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation* » que l'on s'est fait « *délivrer indûment par une administration* » ;

\* du fait de « *fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète* » en vue de recevoir pour soi ou autrui « *une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu* » ;

\* ou enfin de ceux tenant, qu'il en soit ensuite fait usage ou non, à « *établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts* », ainsi qu'à « *falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère* ».

L'annulation s'imputera sur la part des revenus obtenus frauduleusement.

Le montant correspondant sera recouvré dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article L. 113-4 du code de la sécurité sociale pour les remboursements indus à raison du non-respect des « *règles de tarification, de distribution ou de facturation des actes, prestations et produits figurant sur [diverses listes] ou des activités de télésurveillance médicale [...] et des frais de transport* » et de la « *facturation [...] d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés ou [...] alors que le professionnel fait l'objet d'une interdiction d'exercer son activité libérale* ».

Par cohérence, le PLFSS prévoit que les clauses des conventions relatives au paiement des cotisations par l'assurance maladie au lieu des professionnels ne s'appliquent que « *sous réserve que [les] honoraires ou revenus n'aient pas été frauduleusement perçus* ».

La mesure rapporterait 2 millions d'euros par an. Particulièrement attaché à l'exemplarité de comportement qui caractérise l'immense majorité des praticiens, le rapporteur pour avis se réjouit du signal fort qu'elle envoie aux Français.

### III. LES MOUVEMENTS FINANCIERS AU SEIN DE LA SPHÈRE SOCIALE OU ENTRE CELLE-CI ET L'ÉTAT

Le PLFSS répartit certaines ressources et certaines charges entre les organismes de sécurité sociale (A), ainsi qu'entre l'État et ces derniers (B).

Les développements ci-après n'abordent ni les cotisations que l'État paie en tant qu'employeur d'agents titulaires et contractuels, ni les prestations de sécurité sociale qu'il assume, ni les subventions d'équilibre ou les garanties qu'il apporte à différentes caisses ou satellites des ROBSS <sup>(1)</sup>.

#### A. LES TRANSFERTS ENTRE BRANCHES ET ORGANISMES

Ainsi que le rappelle la CCSS, « les régimes de sécurité sociale échangent d'importantes masses financières entre eux et avec d'autres organismes ; ces transferts poursuivent différents objectifs : il peut s'agir de transférer le financement d'une prestation d'un organisme à un autre, de prendre en charge des cotisations de catégories particulières d'affiliés, d'assurer l'équilibre comptable de régimes intégrés ou d'apporter des ressources à des fonds de financements ».

Leur volume et leur complexité excluent un commentaire à l'échelle du présent rapport pour avis.

Comme chaque année, ces transferts sont présentés de manière exhaustive dans l'annexe 3 du PLFSS.

Il importe néanmoins de s'intéresser à certaines modifications techniques quant au rôle des organismes de recouvrement (1) et de la CNAV pour le financement des régimes de retraite fermés par la récente réforme (2), à la répartition du produit de plusieurs taxes affectées (3) et aux relations avec l'UNÉDIC (4).

##### 1. De nouvelles étapes de simplification en matière de collecte

L'article 8 du PLFSS opère trois types d'ajustement.

- En premier lieu, il annule le transfert au réseau de l'ACOSS de la mission de recouvrer certaines contributions et cotisations dues à des régimes situés hors du champ de base du régime général : cette disposition figurait dans l'article 6 de la LFRSS pour 2023 mais a été censurée par le Conseil constitutionnel au motif qu'elle n'avait pas d'effet ou un effet trop indirect sur les comptes des ROBSS <sup>(2)</sup>.

---

(1) Cf. « jaune » Relations financières entre l'État et la protection sociale *annexé au PLF pour 2024*.

(2) *Décision n° 2023-849 DC du 14 avril 2023*, Loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, § 117 à 119.

Le rapporteur se permet donc de citer le commentaire de cette mesure déjà proposé à la commission des finances au début de l'année, lorsqu'elle s'était saisie pour avis du projet de réforme du système de retraites :

*« Constatant que l'éclatement de la collecte des prélèvements sociaux nuisait autant à sa lisibilité pour les assurés qu'aux comptes publics, car il augmente les frais de gestion et les risques d'erreur, le législateur a engagé un mouvement de centralisation au profit des URSSAF et, de façon subsidiaire, des caisses locales de la MSA ou des CGSS en ce qui concerne l'outre-mer.*

*« En 2020, le rapprochement a concerné les prélèvements dus à la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG), ainsi qu'au titre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH).*

*« La démarche s'est poursuivie en 2021 avec les recettes de l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM) et en 2022 avec celles la CNIEG, ainsi que la contribution à la formation professionnelle et la taxe d'apprentissage, dont le produit est centralisé par France compétences.*

*« Enfin, l'année 2023 verra l'intégration aux missions des URSSAF et des CGSS de l'appel des prélèvements bénéficiant à la CRPCEN, à la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC) et à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales (CIPAV).*

*« Il était prévu que l'unification touche aussi :*

*« – l'AGIRC-ARRCO ;*

*« – quatre régimes gérés par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), à savoir la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière (CNRACL), l'IRCANTEC, le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et l'Établissement pour la retraite additionnelle de la fonction publique (ERAFP).*

*« Des interrogations quant à l'interopérabilité des systèmes d'information et une certaine réticence des organisations syndicales et patronales avaient conduit à repousser cette dernière étape de 2022 à 2023 puis 2024 pour l'AGIRC-ARRCO et à 2025 pour les régimes adossés à la CDC. »<sup>(1)</sup>*

Malgré la réussite des précédents transferts, force a été, au début de l'année en cours, de constater que les organisations syndicales et patronales gérant le régime de retraite complémentaire du secteur privé abordaient le chantier les concernant avec réticence : le législateur a donc souhaité y renoncer, comme à celui relatif à la CDC qui appelait des travaux informatiques ne pouvant en être détachés.

---

(1) Avis n° 771 de Mme Marina Ferrari, précité.

Est donc prévu un rétablissement de diverses dispositions dans leur avant-dernière rédaction, issues pour l'essentiel de l'article 18 de la LFSS pour 2020 ou de ses modifications par les articles 6 et 7 de la LFSS pour 2023, emportant la suppression de celles qui entendaient alléger la charge déclarative des cotisants.

Ainsi que le souligne l'exposé des motifs, « *les différents organismes devront donc, dès lors qu'ils restent chacun compétents pour l'encaissement et le contrôle des sommes dues, garantir une réponse unifiée sur les questions juridiques communes et traiter de manière coordonnée les demandes de délais de paiement des entreprises ; en outre, une convention devra être conclue entre l'ACOSS, l'AGIRC-ARRCO et la CCMSA [sur les] opérations de vérification et de correction qu'ils sont amenés à réaliser sur les déclarations faites par les employeurs* ».

Ce cadre de coopération s'appliquera aux demandes de délais de paiement ou de plans d'apurement, aux rescrits et arbitrages sur des sujets communs aux régimes de base et complémentaire mais faisant l'objet de circulaires contradictoires à propos de certains plafonds ou allègements, à la prise en compte du résultat des contrôles effectués par un étage dans ceux de l'autre et, enfin, au format de la vérification de l'exactitude des déclarations sociales nominatives (DSN).

- En deuxième lieu, l'article 3 de l'ordonnance n° 2019-861 du 21 août 2019, prise sur le fondement de l'habilitation donnée par le I de l'article 41 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, a ouvert aux branches professionnelles la faculté de confier l'appel de leurs contributions conventionnelles, de l'ordre de 675 millions d'euros pour celles affectées à la formation et de 125 millions d'euros pour celles consacrées au dialogue social – aux URSSAF et à la MSA en lieu des places des opérateurs de compétence (OPCO) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Il apparaît que ce transfert ne serait possible sur la forme et justifié sur le fond que si les accords de branches étaient harmonisés sur la définition des règles de calcul des prélèvements et de gestion des prestations en question, limitant les marges de manœuvre des négociations conventionnelles puis imposant par ricochet à l'Association de gestion du fonds paritaire national (AGFPN) de réattribuer aux différentes branches les sommes leur revenant.

L'option de transfert est donc supprimée.

- En troisième et dernier lieu, le texte poursuit la rationalisation des procédures déclaratives des entreprises comme des particuliers :

– plutôt que désigner un mandataire, c'est-à-dire un salarié ou un tiers résidant sur le territoire national et « *personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues* » aux ROBSS, comme les y invitent l'article L. 243-1-2 du code de la sécurité sociale et l'article L. 741-1-1 du code rural et de la pêche maritime, les employeurs dont les sociétés ne comportent pas d'établissement en France bénéficieront d'un guichet unique inspiré de celui mis en place par l'Institut national de la propriété intellectuelle (INPI) ;

– sont étendues les prérogatives des URSSAF pour le recouvrement des prélèvements assis sur les revenus de remplacement et déclarés *via* le prélèvement à la source des revenus autres que ceux d’activité (PASRAU), car l’article 6 de la LFSS n’avait traité ni des rémunérations versées en cas pré-retraite ou en cessation anticipée d’activité, ni des cas particuliers de Mayotte et du régime local d’assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;

– enfin, divers problèmes de trésorerie sont résolus dans les relations entre le réseau de l’ACOSS et la MSA ou dans le prélèvement de la CSG sur les revenus de remplacement versés par les complémentaires agricoles comme Groupama.

## 2. L’adaptation des mécanismes d’équilibrage des régimes spéciaux

Au regard des dispositions de l’article 1<sup>er</sup> de la LFRSS pour 2023, lesquelles ont fait converger avec celles de droit commun les règles d’affiliation au système de retraite de cinq catégories d’assurés, l’**article 9 du PLFSS** révisé le circuit de financement des régimes des industries électriques et gazières (CNIEG), qui couvrent le personnel des sociétés Électricité de France (EDF), Engie, Enedis et de leurs réseaux de transport (RTE, GRDF, etc.), de la Régie autonome des transports parisiens (RATP), des clercs et employés de notaire (CRPCEN), de la Banque de France et des membres du Conseil économique, social et environnemental (CESE).

● La fermeture de ces régimes spéciaux pour les seuls assurés nouvellement recrutés dans les organismes privés ou publics concernés et leur affiliation, pour la branche vieillesse, au régime général <sup>(1)</sup> était une mesure de justice sociale que le rapporteur pour avis défend : non seulement les conditions de travail des assurés relevant des uns ou de l’autre de ces régimes se sont significativement rapprochées, mais le déficit qui les caractérise oblige le contribuable à assurer leur subventionnement, soit par l’affectation de recettes de l’État, soit par les dépenses de la mission *Régimes sociaux et de retraite* de son budget général <sup>(2)</sup>.

Mécaniquement, leur extinction place ces régimes dans une situation où le nombre de pensionnés n’a pas varié alors que le flux de cotisants s’est interrompu et il est nécessaire d’organiser leur intégration comptable au régime général, en leur attribuant, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025 et dans la proportion où leurs contributions et cotisations sociales propres, ainsi que leurs éventuelles réserves, ne seraient pas suffisantes, une unique dotation de la CNAV, qui se substitue à l’État.

Cette mesure, neutralisée pour le régime général grâce à la perception d’une fraction supplémentaire de TVA, représentera une simplification considérable en permettant de calculer d’un seul mouvement la compensation généralisée pour la vieillesse (CGV) prévue à l’article L. 134-1 du code de la sécurité sociale.

---

(1) Suivant la clause dite du grand-père, les salariés et agents embauchés avant le 1<sup>er</sup> septembre 2023 demeurent rattachés à leur régime propre.

(2) Annexe n° 38 de M. Benoît Mournet au rapport n° 1745 de M. Jean-René Cazeneuve, rapporteur général, sur le PLF pour 2024, enregistré à la présidence de l’Assemblée nationale le 14 octobre 2023.

Elle s'appliquera aussi aux régimes déjà fermés de la SNCF, des mines, de la Société d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes (SEITA) – opérant comme régime de l'État entre 1926 et 1976 –, des compagnies de chemins de fer des outre-mer ou d'Afrique du Nord et de l'ORTF, qui ont toujours des ayants droit.

La LFRSS pour 2023 entraînera pour l'AGIRC-ARRCO des gains nets jusqu'à la première génération partie à la retraite, puisqu'elle percevra les cotisations des nouveaux assurés sans enregistrer de charge supplémentaire. Une convention entre ce régime et l'ACOSS – ou un décret si la négociation devait ne pas aboutir – fixera les déterminants de la contribution de solidarité du premier envers le second, pour un montant de l'ordre de 13 millions d'euros en 2025.

● Seule la branche vieillesse des régimes spéciaux précités ayant été fermée par la réforme entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2023, tant leurs anciens que leurs nouveaux employés y demeurent rattachés pour le risque AT-MP.

Toutefois, la LFRSS pour 2023 a accru les droits des intéressés au titre de la pénibilité : alors qu'elle n'était antérieurement prise en compte qu'à raison de la possibilité de liquidations plus précoces que l'âge légal, elle le sera désormais par le bénéfice du compte personnel de prévention (C2P). Cet instrument régi par le chapitre III du titre VI du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code du travail est géré par la CNAM et financé par une majoration de 10 % du taux de cotisation pour ce risque : le PLFSS pour 2024 prévoit donc d'y assujettir les IEG, la RATP et la Banque de France, étant entendu que les clercs et employés de notaires et membres du CESE avaient déjà basculé dans le régime général pour la branche AT-MP.

### 3. L'ajustement de la clef d'attribution des taxes affectées

Qualifié d'article « *tuyau* », l'article 10 du PLFSS opère six corrections :

– l'assurance vieillesse des aidants et le partage des économies de la réforme des retraites sur la fonction publique d'État impliquent un transfert de taxe sur les salaires entre la CNAF et la CNSA et entre la CNAM et la CNAF ;

– le rendement supplémentaire de la taxe sur les véhicules de société (TVS), constituée en pratique par deux taxes sur l'affectation à des fins économiques des véhicules de tourisme, qu'entraînerait l'article 15 du PLF pour 2024 permet un partage de son produit entre la CNAF et la CNAM, sans perte pour la première ;

– deux fonds sans personnalité juridique disposaient de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), de sorte qu'elle est attribuée à la CNAM pour leur compte <sup>(1)</sup> ;

– deux concours de la CNSA aux départements, imputés sur les deux contributions de solidarité pour l'autonomie, voient leur plafonnement abaissé en volume pour le maintenir en valeur compte tenu de l'attribution à cette caisse de 0,15 point de CSG en provenance de la CADES (*cf. supra*) ;

---

(1) Deuxième alinéa du II de l'article 2 de la LOLF, entrant en vigueur à compter du dépôt du PLF pour 2025.

– l’extension de la retraite complémentaire agricole (RCO) entraîne un transfert des droits sur les alcools <sup>(1)</sup> depuis la branche vieillesse de base de la MSA.

**MODIFICATION DES TAUX ACTUELS ET À VENIR DES FRACTIONS DU PRODUIT D’IMPOSITIONS AFFECTÉES À CERTAINES BRANCHES DU RG OU D’AUTRES ROBSS**

(en pourcentage ; en milliards ou millions d’euros)

Affectataire	Taux actuel	Taux à venir	Produit en 2024	Incidence
<b>Taxe sur les salaires</b> <i>(article 231 du code général des impôts)</i>				
Branche vieillesse du RG	53,37 %	55,57 %	8,97 Md€	+ 290 M€
Branche famille du RG	16,87 %	16,36 %	2,64 Md€	– 92 M€
Branche maladie du RG	25,19 %	22,99 %	3,71 Md€	– 290 M€
Branche autonomie du RG	4,57 %	5,08 %	0,82 Md€	+ 92 M€
<b>Taxes sur l’affectation à des fins économiques des véhicules de tourisme</b> <i>(1° de l’article L. 421-94 du code des impositions sur les biens et services)</i>				
Branche maladie du RG	0,0 %	24,10 %	201 M€	+ 201 M€
Branche famille du RG	100,00 %	75,90 %	633 M€	=
<b>Taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d’assurance maladie complémentaire</b> <i>(article L. 862-4 du code de la sécurité sociale ; hors contrats mentionnés à son II bis)</i>				
Fonds de financement de la complémentaire santé solidaire (a)	<i>À hauteur de son déficit</i>	<i>Financement par la CNAM dans les mêmes conditions</i>	s. o.	s. o.
Fonds de financement de l’allocation suppl. d’invalidité (b)	<i>À hauteur de ses charges</i>			
Branche maladie du RG	<i>Solde après (a) et (b)</i>	100,0 % <i>(mais fléchage)</i>	5,45 Md€	
<b>Contribution et contribution additionnelle de solidarité pour l’autonomie</b> <i>(articles L. 137-40 et L. 137-41 du code de la sécurité sociale)</i> <i>et fraction de 1,93 % du produit de la contribution sociale généralisée</i> <i>(1° et 3° du I et II à III bis de l’article L. 136-8 du code de la sécurité sociale)</i> <i>après abattement du concours aux départements pour la prestation de compensation du handicap</i> <i>(b du 3° de l’article L. 223-8 et II de l’article L. 223-9 du code de la sécurité sociale)</i> <i>et après abattement du concours aux départements pour l’allocation personnalisée d’autonomie</i> <i>(a du 3° de l’article L. 223-8 et premier alinéa du I du code de la sécurité sociale)</i>				
Branche autonomie	90,30 % au minimum	90,74 % au minimum	34,25 M€	s. o.
<b>Accise sur les alcools perçue sur l’ensemble des catégories fiscales</b> <i>(chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services)</i>				
Branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles	26,02 %	24,51 %	604,50 M€	– 50 M€
<b>Accise sur les alcools perçue sur la seule catégorie des alcools</b> <i>(chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services)</i>				
Retraite complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles	27,38 %	28,89 %	636,10 M€	+ 50 M€

Source : commission des finances (calculs), d’après les annexes 3 et 9 du PLFSS, les réponses transmises à la CCMSA au questionnaire du rapporteur pour avis et le tome I de l’annexe Voies et moyens du PLF pour 2024.

**4. La réduction d’une dotation versée à l’assurance chômage**

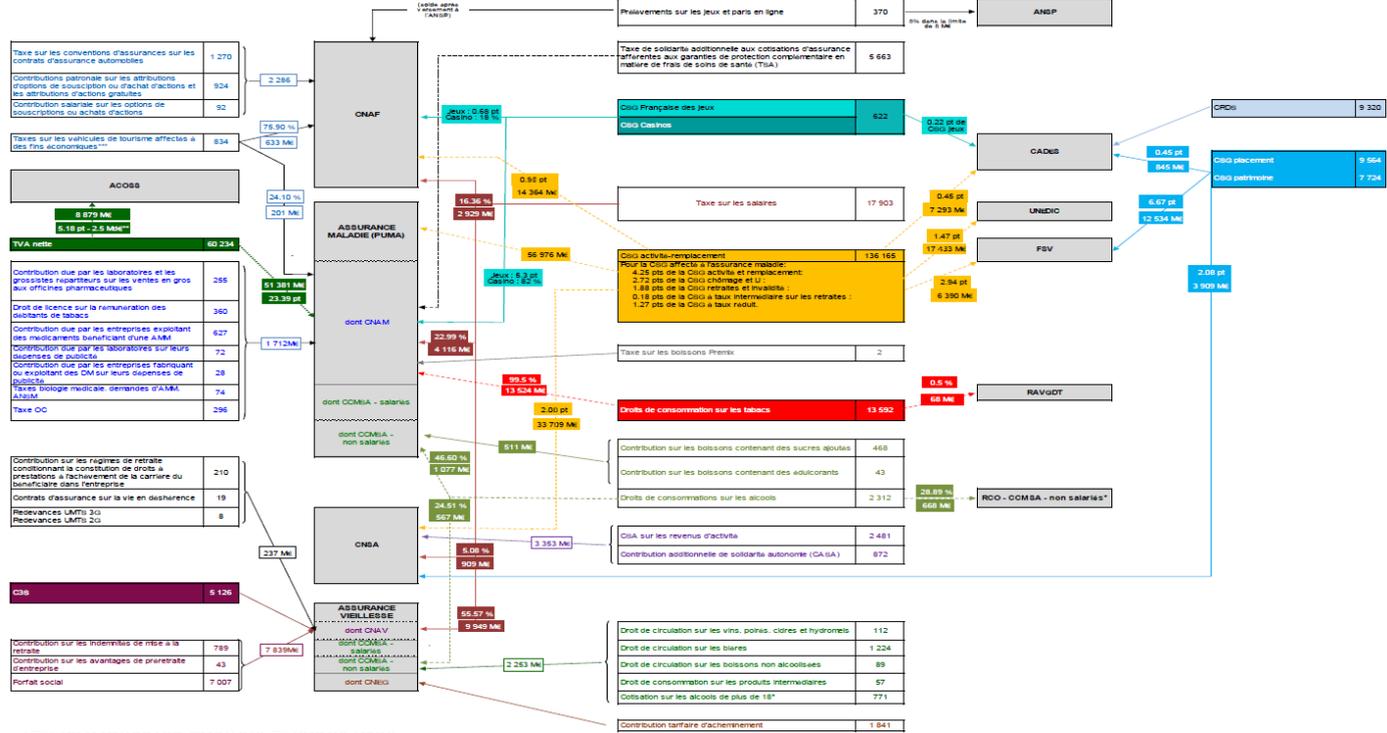
Aux termes du 7° bis de l’article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, l’ACOSS est chargée de compenser à l’UNÉDIC la perte de cotisations résultant de la réduction progressive des contributions à la charge de l’employeur dues au titre de l’assurance chômage prévue à l’article L. 241-13 du même code et assises sur les rémunérations inférieures à 1,5 fois le SMIC.

(1) L’article L. 313-15 du code des impositions sur les biens et services distingue diverses bières, vins, boissons fermentées et les produits comprenant de l’alcool éthylique non contenu dans une boisson).

L'**article 10 du PLFSS**, compte tenu de l'excédent du régime d'assurance chômage – estimée à 4,6 milliards d'euros en 2023 et à 11 milliards d'euros d'ici à 2027 – et des perspectives favorables sur le marché de l'emploi, propose que cette compensation ne soit plus intégrale mais plafonnée par voie réglementaire à compter de 2023. En 2023, la minoration serait de 2 milliards d'euros.

# SCHÉMA SIMPLIFIÉ DES TRANSFERTS DE RECETTES INTERNES À LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2024

(en millions d'euros)



\* Le RCO désigne le régime de retraite complémentaire obligatoire (RCO) des non-salariés agricoles.  
<sup>1</sup> Les 5.18 points de TVA sont affectés à l'ACOSS au titre de la mission de compensation des pertes de recettes liées à l'extension des étagements pluriannuels aux cotisations et contributions d'assurance chômage et de retraite complémentaire. La réduction de 2.5 Mkt correspond à la révision de ces modalités de compensation pour l'année.  
<sup>2</sup> À partir de 2024, la taxe sur les véhicules de société est remplacée par la taxe annuelle sur les émissions de CO2 et la taxe annuelle sur l'ancienneté du véhicule.

Source : annexe 3 du PLFSS pour 2024.



## B. LES RELATIONS FINANCIÈRES AVEC L'ÉTAT

Seront abordés le schéma de compensation des exonérations et réductions de prélèvements sociaux en 2024 **(1)**, puis le poids des impositions de toutes natures dans le financement de la sécurité sociale **(2)**.

### 1. La compensation des allègements sociaux

La doctrine sur ces neutralisations a progressivement évolué **(a)** ; il convient de présenter ses effets contemporains **(b)**.

#### a. Les grands principes

L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale prévoit que l'État attribue des recettes fiscales ou des crédits à la sécurité sociale afin de compenser : toute mesure de réduction ou d'exonération instituée à compter de l'entrée en vigueur de la loi dite Veil <sup>(1)</sup> ; toute mesure soit de réduction ou d'exonération de contributions, soit de réduction ou d'abattement d'assiette de cotisations ou contributions instituée à compter de l'entrée en vigueur de la loi du 13 août 2004 <sup>(2)</sup> ; toute mesure de transferts de charges.

Conformément à l'article L.O. 111-3-16 du code de la sécurité sociale, **il revient aux seules LFSS de créer ou modifier des réductions ou exonérations de cotisations ou de contributions non-compensées aux ROBSS ou établies pour une durée égale ou supérieure à trois ans** <sup>(3)</sup>.

Avec le principe de compensation intégrale évoqué *supra*, permettant une compensation à l'euro, les exonérations ont été neutralisées par des dotations budgétaires de 1994 à 2006. Après 2006, on relève l'utilisation croissante de recettes affectées, principalement des fractions de TVA.

Le principe de compensation pour solde de tout compte s'impose avec la LFSS pour 2011 et conduit à un traitement différencié : les exonérations générales sont compensées par l'affectation de recettes (ou la rebudgétisation de dépenses dans le cas du pacte de responsabilité), tandis que les exonérations ciblées sont compensées par l'utilisation de dotations. Depuis 2016, les exonérations ciblées sont compensées par l'affectation de crédits. Ces exonérations sont les seules qui restent concernées par le principe de compensation intégrale. Il faut cependant noter que l'ensemble des exonérations ciblées ne font pas l'objet d'une compensation.

La LFSS pour 2019 a consacré une évolution supplémentaire : le coût des allègements généraux aura vocation à être assumé, soit par l'État (en crédits ou en

---

(1) Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale.

(2) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

(3) Modifié par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, l'ancien IV de l'article L.O. 111-3 est devenu ce nouvel article L.O. 111-3-16 sur le fondement de la loi organique, précitée, du 14 mars 2022, laquelle a également prévu un monopole des LFSS pour les allègements sociaux de plus de trois ans.

recettes), soit par la sécurité sociale, en fonction de l'affectataire des recettes minorées, tandis que les allègements ciblés resteront en principe compensés <sup>(1)</sup>.

### ***b. Le schéma de compensation***

En ne retenant que les exonérations, c'est-à-dire les minorations de l'assiette ou du taux de tel prélèvement, le montant des allègements généraux et ciblés représente 67,2 milliards d'euros en 2022, puis de 73,2 milliards d'euros en 2023 et 76,2 milliards d'euros en 2024 <sup>(2)</sup>. Pour l'année à venir, 96,3 % des mesures ciblées seront compensées, laissant 6,6 milliards d'euros à la charge des ROBSS.

#### **MONTANTS DES ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX ET CIBLÉS (ROBSS) DE 2022 À 2024**

(en millions d'euros)

	2022	2023	2024
<b>Allègements généraux et mesures de modulation des taux</b>	<b>58 447</b>	<b>64 254</b>	<b>66 860</b>
Réduction générale sur la part patronale des cotisations	24 305	27 197	28 331
Baisse des cotisations d'allocations familiales	8 772	9 324	9 686
Baisse des cotisations d'allocations familiales (régimes spéciaux)	0	0	0
Baisse des cotisations d'assurance maladie (indépendants)	899	1 346	1 182
Baisse des cotisations d'allocations familiales (indépendants)	795	734	744
Baisse des cotisations d'assurance maladie (régimes spéciaux)	286	294	294
Baisse générale des cotisations d'assurance maladie	26 643	23 359	26 621
<i>dont fraction compensée, par dérogation, sur des crédits</i>	<i>253</i>	<i>s. o.</i>	<i>s. o.</i>
<b>Exonérations ciblées</b>	<b>8 724</b>	<b>8 955</b>	<b>9 350</b>
Exonérations ciblées compensées par le budget de l'État	6 185	6 303	6 568
Exonérations ciblées non compensées	2 538	3 652	2 782
<b>TOTAL</b>	<b>67 171</b>	<b>73 209</b>	<b>76 210</b>

Source : annexe 4 du PLFSS pour 2023.

En 2024, les allègements généraux et exonérations ciblées porteraient sur la branche maladie pour 39,6 milliards d'euros, sur la branche vieillesse pour 20,1 milliards d'euros, sur la branche famille pour 15,9 milliards d'euros, sur la branche autonomie pour 451 millions d'euros et, enfin, sur la branche AT-MP pour 184 millions d'euros.

Si l'on ajoute les exemptions d'assiette <sup>(3)</sup>, le total s'élève à 78,9 milliards d'euros en 2022, 85,3 milliards d'euros en 2023 et 88,4 milliards d'euros en 2024.

Après une période de baisse, le poids des compensations opérées par le budget général de l'État croîtrait pour la deuxième année consécutive.

(1) Cet ajustement s'est appuyé sur un rapport remis en octobre 2018 au Parlement en application de l'article 27 de la loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour 2018-2022. Seuls cinq dispositifs ciblés demeurent non compensés : la part salariale des heures supplémentaires, certains stages, les contrats d'insertion ou de sécurisation professionnelle et un levier pour les jeunes agriculteurs.

(2) Ce montant ne s'élevait qu'à 10 milliards d'euros au cours des années 1990, puis 20 milliards d'euros en 2010 et 33 milliards d'euros en 2018.

(3) L'annexe 4 du PLFSS définit les exemptions comme les « dispositifs qui dérogent au premier alinéa de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, selon lequel l'assiette des contributions sociales et, par renvoi de l'article L. 242-1, des cotisations de sécurité sociale du régime général sont composées de toutes les sommes, ainsi que les avantages et accessoires en nature ou en argent qui y sont associés, dus en contrepartie ou à l'occasion d'un travail [...], quelle qu'en soit la dénomination ».

D'après l'article 12 du PLFSS, l'effort serait de 7,1 milliards d'euros en 2024. Les trois principales hausses concernent des dispositifs ultramarins, l'apprentissage et les heures supplémentaires (pour respectivement 513 millions d'euros, 252 millions d'euros et 214 millions d'euros). Toutefois, l'annexe 4 souligne que « ces montants ne peuvent pas directement être rapprochés des coûts des exonérations [car] la compensation [...] correspond aux montants supplémentaires qui auraient été effectivement encaissés entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre en l'absence de mise en œuvre de l'exonération, tandis que les montants enregistrés dans les comptes des régimes [...] correspondent à leur valeur en droits constatés ».

**ALLÈGEMENTS CIBLÉS COMPENSÉS PAR DES CRÉDITS  
DU BUDGET GÉNÉRAL DE L'ÉTAT (ROBSS) DE 2022 À 2024**

*(en millions d'euros ; en droits constatés)*

	2022	2023	2024
Travail et emploi	4 043	4 285	4 467
Agriculture, alimentation, forêt et affaires rurales	387	416	436
Outre-mer	1 362	1 194	1 240
Culture	30	28	29
Écologie, développement et mobilité durables	71	76	80
Médias, livres et industries culturelles	10	11	11
Recherche et enseignement supérieur	278	289	302
Cohésion des territoires	4	3	2
Sport, jeunesse et vie associative	1	1	1
<b>Total (hors covid-19 : 44 millions d'euros en 2023)</b>	<b>6 185</b>	<b>6 303</b>	<b>6 568</b>

Source : annexe 4 du PLFSS pour 2024.

Trois nouvelles exonérations ont été créées en 2023.

L'article 4 de la LFRSS pour 2023 a prévu une exonération de CSG, de CRDS et des cotisations sociales pour les indemnités versées dans le cadre d'une rupture conventionnelle individuelle ou dans le cadre d'une mise à la retraite d'office par l'employeur, tandis que le volet patronal de ces prélèvements est fondu dans un taux unique de 30 %.

L'article 13 de la même loi a intégralement exonéré les cotisations de retraite, y compris pour l'étage complémentaire, dues au titre de l'année 2023 pour les médecins retraités poursuivant ou reprenant un exercice libéral et percevant moins de 80 000 euros de revenu.

Enfin, l'article 52 de la loi n° 2023-580 du 10 juillet 2023 visant à renforcer la prévention et la lutte contre l'intensification et l'extension du risque d'incendie dispose que les cotisations et contributions patronales dues au titre des rémunérations inférieures des sapeurs-pompiers volontaires (SPV) embauchés ou le devenant pour la première fois entre 2024 et 2026 sont exonérées, lorsque l'assiette est inférieure à 1,6 fois le SMIC et dans la double limite de 2 000 euros par salarié du secteur privé et 10 000 euros par an.

L'article 7 du PLF pour 2024 pérennise les exonérations de cotisations patronales dans les bassins d'emplois à redynamiser (BER) et les zones franches urbaines (ZFU), instituées par la loi de finances rectificative pour 2006.

## 2. La place de l'impôt dans les finances sociales

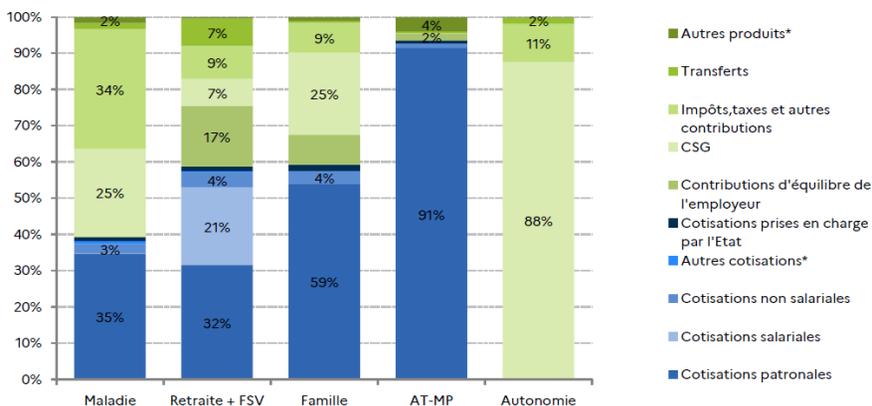
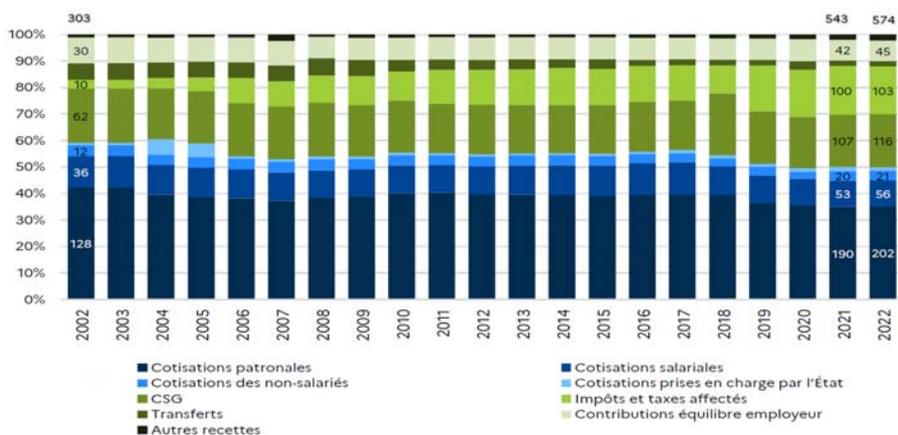
Depuis la fin de la Seconde guerre mondiale, la sécurité sociale était majoritairement (à hauteur de plus de 90 % jusqu'en 1990) financée par des cotisations assises sur le facteur travail, suivant une logique d'inspiration mutualiste parfois qualifiée de bismarckienne.

Les trente dernières années ont vu l'affectation croissante d'impositions de toutes natures (ITN) aux ASSO, avec la création de la CSG en 1991 et le transfert successif de prélèvements fiscaux comme la taxe sur les salaires (TS), divers droits d'accises, la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), etc.

Cet état de fait traduit l'évolution tendancielle vers un système de protection sociale dit *beveridgien*, même si la nature des recettes des branches varie en fonction du caractère professionnel ou solidaire des risques qu'elles couvrent.

### STRUCTURE DES RECETTES BRUTES DES ROBSS ET DU FSV DE 2002 À 2022

(en pourcentage)



Source : annexe 3 du PLFSS pour 2024.

● En 2024, le poids des cotisations dans les recettes des ROBSS et du FSV devrait être de 48,2 %, contre 38,4 % pour celui des impositions.

### DÉTAIL DES PRODUITS NETS DES ROBSS ET DU FSV DE 2021 À 2024

(en millions d'euros)

	2021	2022	%	2023 (p)	%	2024 (p)	%
<b>PRODUITS NETS</b>	<b>543 007</b>	<b>572 455</b>	<b>5,4</b>	<b>602 107</b>	<b>5,2</b>	<b>630 651</b>	<b>4,7</b>
<b>COTISATIONS, IMPÔTS ET CONTRIBUTIONS NETTES</b>	<b>521 016</b>	<b>548 012</b>	<b>5,2</b>	<b>574 029</b>	<b>4,7</b>	<b>601 056</b>	<b>4,7</b>
Cotisations sociales brutes*	263 667	278 971	5,8	293 103	5,1	304 161	3,8
Cotisations sociales salariés	243 458	257 809	5,9	271 613	5,4	281 814	3,8
Cotisations sociales non-salariés	17 611	18 475	4,9	18 729	1,4	19 563	4,5
Cotisations des inactifs	872	907	4,1	960	5,9	1 006	4,7
Autres cotisations sociales	1 727	1 780	3,1	1 801	1,1	1 778	-1,2
Cotisations prises en charge par l'État nettes	8 102	6 898	-14,9	6 635	-3,8	6 750	1,7
Contributions, impôts et taxes	207 068	218 722	5,6	229 425	4,9	242 399	5,7
CSG brute*	107 076	115 508	7,9	120 959	4,7	128 681	6,4
CSG sur revenus d'activité	71 426	77 279	8,2	81 025	4,8	85 843	5,9
CSG sur revenus de remplacement	21 968	22 856	4,0	23 747	3,9	25 435	7,1
CSG sur revenus du capital	13 249	14 822	11,9	15 607	5,3	16 801	7,7
CSG sur les jeux	434	551	++	580	5,3	603	3,9
Contributions sociales diverses	10 366	11 133	7,4	11 937	7,2	13 144	10,1
Forfait social	5 132	6 192	++	6 613	6,8	7 007	6,0
Contribution solidarité autonomie (CSA)	2 878	3 073	6,8	3 249	5,7	3 399	4,6
Autres	2 357	1 868	--	2 075	11,1	2 738	++
Impôts et taxes	89 625	92 081	2,7	96 529	4,8	100 574	4,2
Tabac	14 738	13 765	-6,6	13 701	-0,5	13 953	1,8
Taxe sur les salaires	15 380	16 159	5,1	17 386	7,6	17 993	3,5
TVA nette	44 312	46 443	4,8	49 232	6,0	51 615	4,8
CSSS (yc additionnelle)	3 664	4 278	16,8	4 800	12,2	5 126	6,8
Taxe alcools et boissons non-alcoolisées	4 432	4 201	-5,2	4 351	3,6	4 427	1,8
Autres recettes fiscales	7 098	7 235	1,9	7 060	-2,4	7 460	5,7
Contribution de l'employeur principal	42 323	44 560	5,3	46 319	3,9	49 353	6,6
Majorations et pénalités	289	155	--	242	++	298	++
Charges liées au non-recouvrement	-433	-1 294	++	-1 694	++	-1 905	12,4
Sur cotisations sociales	-276	-1 138	++	-893	--	-1 351	++
Sur CSG (hors capital)	-17	50	--	-590	--	-326	--
Sur autres produits	-140	-206	++	-212	2,8	-228	7,7
<b>TRANSFERTS NETS</b>	<b>11 272</b>	<b>11 449</b>	<b>1,6</b>	<b>12 668</b>	<b>10,6</b>	<b>12 088</b>	<b>-4,6</b>
Transferts avec régimes de base	925	327	--	113	--	100	-11,8
Transferts avec les fonds	1 441	761	--	1 394	++	1 397	0,2
Contributions publiques	7 627	8 991	17,9	9 664	7,5	8 974	-7,1
Transferts avec les complémentaires	1 278	1 369	7,1	1 497	9,4	1 617	8,0
<b>AUTRES PRODUITS NETS</b>	<b>10 720</b>	<b>12 994</b>	<b>++</b>	<b>15 410</b>	<b>18,6</b>	<b>17 508</b>	<b>13,6</b>

Source : annexe 3 du PLFSS pour 2024.

● L'article 32 du PLF pour 2024 prévoit une hausse de 0,09 point de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale, qui passerait à 28,57 % de son rendement, correspondant à 60,23 milliards d'euros, dont 23,39 % pour la branche maladie du régime général (51,38 milliards d'euros) et 5,18 % pour l'ACOSS au titre de sa mission de compensation des allègements généraux aux régimes de retraite complémentaire et à l'assurance chômage (8,88 milliards d'euros).

Compte tenu du relèvement à 64 ans de l'âge légal de départ à la retraite et de l'accélération de l'exigence d'une affiliation de 172 trimestres pour bénéficier d'un taux plein prévus par la LFRSS pour 2023, le solde du compte d'affectation spéciale *Pensions* s'améliore en 2024. Ainsi qu'il s'y était engagé, le Gouvernement reverse à la sécurité sociale cette économie de 194 millions d'euros. Le volume de cette réattribution fera l'objet d'une révision annuelle en fonction des ressources et des charges effectives du service des retraites de l'État (SRE).

Trois autres mesures périmétriques de modeste ampleur entrent dans le calcul de ce transfert de TVA :

- la reprise par l’assurance maladie de la compétence en matière de vaccination jusqu’à présent exercée à titre dérogatoire par le département du Pas-de-Calais, compensée par l’État pour un montant de 1,6 million d’euros ;

- le rattachement à la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances* du budget général de l’État de cinq emplois d’inspecteurs auparavant financés par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CGN), à hauteur de 0,9 million d’euros ;

- un financement *ad hoc* au titre du « Ségur de la santé » pour trois établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), soit 0,2 million d’euros.

Pour finir, en complément de la minoration de 2 milliards d’euros de la compensation versée en 2023 à l’UNÉDIC par l’ACOSS, pour le compte de l’État, prévue par l’article 10 du PLFSS et appelant une mesure miroir dans le projet de loi de finances rectificative ou de fin de gestion pour 2023 (*cf. supra*), l’article 32 du PLF envisage un moindre versement à ce titre de 2,5 milliards d’euros en 2024.

L’assurance chômage devrait en effet passer d’un déficit de 17,4 milliards d’euros en 2020 puis 9,3 milliards d’euros en 2021 à des excédents projetés entre 4,3 et 5,4 milliards d’euros de 2022 à 2024 puis de 8,7 milliards d’euros en 2025, grâce à la politique du Gouvernement favorables au travail, à la réforme de l’aide au retour à l’emploi et à la modulation de la durée d’indemnisation <sup>(1)</sup>.

Cette minoration de 2,5 milliards d’euros abondera la subvention de France compétences, opérateur de la mission *Travail et emploi*, pour soutenir la formation professionnelle et l’apprentissage.

#### TAUX DE LA FRACTION DE TVA AFFECTÉE À LA SÉCURITÉ SOCIALE DE 2013 À 2024

(en pourcentage [barres bleues] sur l’axe de gauche et en milliards d’euros [courbe orange] sur l’axe de droite)



Source : commission des finances d’après l’annexe 3 du PLFSS et le tome I de l’annexe Voies et moyens du PLF pour 2024.

(1) Décrets n°s 2021-346 du 30 mars 2021 et 2023-33 du 26 janvier 2023.

## SECONDE PARTIE : LES DÉPENSES

La présente partie porte analyse successivement les dépenses des différentes branches de la sécurité sociale : maladie (I), vieillesse (II), famille (III), accidents du travail et maladies professionnelles (IV) et enfin autonomie (V).

La répartition des dépenses entre ces branches est très inégale, de même que leur croissance respective.

### RÉPARTITION DES DÉPENSES PAR BRANCHE

(en millions d'euros ; en pourcentage)

	2021	2022	2023	2024	Évolution 2023-2024	Évolution 2021-2024
Maladie	235 416	242 178	243 657	253 224	3,9 %	7,6 %
AT-MP	13 879	14 456	15 319	15 874	3,6 %	14,4 %
Famille	48 885	51 367	56 006	58 028	3,6 %	18,7 %
Vieillesse	250 466	263 289	274 988	293 754	6,8 %	17,3 %
Autonomie	32 568	35 169	37 886	39 405	4 %	21 %
FSV	19 259	18 027	19 469	20 629	6 %	7,1 %
Consolidation des transferts	- 33 188	- 32 369	- 36 444	- 38 400	5,4 %	15,7 %
<b>ROBSS et FSV</b>	<b>567 285</b>	<b>592 117</b>	<b>610 879</b>	<b>642 514</b>	<b>5,2 %</b>	<b>13,27 %</b>

Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

**La hausse durable des dépenses de sécurité sociale sur la période récente témoigne du caractère essentiel de cette couverture pour les assurés.** Depuis 2018, de nombreuses réformes ont été engagées pour renforcer et consolider le système de protection sociale. Le Ségur de la santé a contribué à redonner de l'attractivité à un secteur particulièrement touché par la crise sanitaire. Ces accords ont conduit à une revalorisation de 183 euros nets par mois des personnels non médicaux des établissements de santé et des EHPAD, puis des agents et salariés des ESMS <sup>(1)</sup> et des travailleurs des métiers du secteur social et médico-social <sup>(2)</sup>. L'instauration d'un tarif plancher pour les soins à domicile par la LFSS pour 2022, ou encore le déploiement progressif des mesures de la stratégie « Ma santé 2022 », constituent également des mesures de renforcement et de modernisation du système de protection sociale.

**Les dépenses des régimes de base et du FSV ont fortement augmenté en 2020 (+ 5,3 %) et 2021 (+ 5,7 %),** après avoir connu une progression moyenne modérée de 1,7 % en valeur entre 2012 et 2019. En 2022, les dépenses ont continué

(1) En application des accords dits Laforcade du 28 mai 2021.

(2) Annoncée lors de la conférence des métiers du 18 février 2022.

de croître, mais de façon moins soutenue que les années précédentes, à hauteur de 4,4 %. Si les incidences budgétaires de la crise sanitaire restent importantes, **l'année 2022 marque la normalisation progressive de la croissance des dépenses des ROBSS.**

Depuis 2020, le dynamisme des dépenses s'explique par plusieurs facteurs :

- la crise sanitaire liée au covid-19 ;
- les revalorisations décidées dans le cadre du « Ségur de la santé » ;
- la création de la cinquième branche en 2021 ;
- la forte inflation et ses effets sur les prestations versées à partir de 2022.

**En 2023, les dépenses ont continué de progresser mais à un rythme moins soutenu que l'année précédente (+ 3,2 %) en raison d'une nette diminution des dépenses en lien avec la crise sanitaire.** En prévoyant une dépense totale de 601,8 milliards d'euros, le PLFSS pour 2023 a poursuivi le mouvement de réforme par des mesures de lutte contre la désertification médicale, de renforcement du volet prévention du système de santé mais aussi de pertinence des soins afin d'assurer une meilleure maîtrise des dépenses.

**En retranchant les effets des mesures nouvelles du PLFSS pour 2024, les dépenses redeviendraient plus dynamiques (+ 5,2 %) avec l'effet des revalorisations salariales en année de pleine et des mécanismes d'indexation des prestations sur l'inflation.** Les mesures prévues en dépenses dans le PLFSS 2024 traduisent l'effort massif en faveur du système de santé afin de garantir à tous les Français un accès à des soins de qualité. Si le PLFSS pour 2024 comporte de nombreuses mesures visant à moderniser le système de santé, il consacre également la montée en charge progressive de la branche autonomie.

**La programmation des dépenses de sécurité sociale dans le projet de loi  
de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027 considéré  
comme adopté par l'Assemblée nationale**

Le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027 prévoit en son article 17, de la même manière que la précédente loi de programmation, la trajectoire de l'objectif de dépenses des ROBSS pour les années 2023 à 2026. D'après cet article, les dépenses des ROBSS et du FSS devraient atteindre 610,9 milliards d'euros en 2023, 641,8 milliards d'euros en 2024, 665,2 milliards d'euros en 2025, 685,8 milliards d'euros en 2026 et 705,4 milliards d'euros en 2027. Cette augmentation en euros courants se traduit par une stabilisation des dépenses des ROBSS dans le PIB autour de 21,8 %.

## I. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE

Les dépenses de santé sont appréhendées par le biais de deux indicateurs aux périmètres différents.

- La branche maladie des ROBSS couvre l'ensemble des dépenses de santé réalisées par les différentes caisses de sécurité sociale, en premier lieu la CNAM et son réseau de 102 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Depuis 2017, la branche maladie du régime général des salariés du privé gère également les dépenses de santé des fonctionnaires. D'autres régimes spéciaux disposent de leur propre caisse d'assurance maladie : c'est le cas par exemple de la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la société nationale des chemins de fer français (CPRP SNCF) pour les assurés du régime spécial de la SNCF ;

- L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), instauré par la loi organique du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, est composé de six sous-objectifs. Il se distingue des dépenses de santé des ROBSS par son périmètre. Si l'ensemble des ROBSS sont intégrés dans le calcul de l'ONDAM, le périmètre de ce dernier est interbranches : il excède le périmètre strict de la branche maladie, pour inclure également des dépenses d'indemnités relevant de la branche AT-MP et, depuis 2021, l'ensemble du financement par la nouvelle branche autonomie des établissements médico-sociaux (objectif global de dépenses (OGD)).

*A contrario*, alors que la branche maladie intègre quatre risques (maladie, maternité, invalidité et décès), l'ONDAM n'inclut pas l'intégralité des dépenses de la branche maladie : il exclut par exemple les indemnités journalières de maternité et les prestations invalidité et décès. Sont également exclues de l'ONDAM les charges de gestion de la branche. Enfin, l'ONDAM tient compte des recettes atténuatives venant minorer la norme de dépenses, comme les remises sur les produits de santé ou les taxes sur les organismes complémentaires (OC) <sup>(1)</sup>.

---

(1) Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), Rapport sur la régulation du système de santé, 27 mai 2021.

## COMPOSITION DE L'ONDAM ET DES COMPTES DES BRANCHES

Branche maladie, maternité, invalidité décès	Branche AT-MP	Branche Autonomie	
<p><b>I. Prestations sociales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Prestations en espèce = II maternité</li> <li>❖ Prestations invalidité décès</li> <li>❖ Prestations extra-légales (action sanitaire et sociale)</li> <li>❖ Actions de prévention hors FIR</li> <li>❖ Autres prestations</li> </ul> <p><b>II. Charges techniques</b></p> <p><b>III. Diverses charges</b></p> <p><b>IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM</b></p> <p><b>V. Charges financières</b></p>	<p><b>I. Prestations légales maladie et maternité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Prestations en nature maladie – maternité – incapacité temporaire*</li> <li>❖ Remises conventionnelles pharmaceutiques</li> <li>❖ Participation des assurances complémentaires à la rémunération du forfait médecin traitant</li> <li>❖ Prestations en espèce (hors II maternité), prestations en espèce suite à AT</li> </ul> <p><b>II. Charges techniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement</li> <li>❖ Prise en charge des cotisations des professionnels libéraux et en centres de santé</li> <li>❖ Autres transferts (ABM, ATIH, FAC dont ANOPC...)</li> </ul> <p><b>III. Diverses charges</b></p> <p><b>IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM</b></p> <p><b>V. Charges financières</b></p>	<p><b>I. Prestations pour incapacité temporaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Prestations en nature</li> <li>❖ Prestations en espèce suite AT</li> </ul> <p><b>I. Prestations pour incapacité permanente</b></p> <p><b>II. Charges techniques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ prise en charge des cotisations ACAATA (Allocation de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante)</li> <li>❖ Dotations aux fonds amiante</li> </ul> <p><b>III. Diverses charges</b></p> <p><b>IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM</b></p> <p><b>V. Charges financières</b></p>	<p><b>I. Prestations maladie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Prestations en nature exécutées en ESMS-PA</li> <li>❖ Prestations en nature exécutées en ESMS-PH</li> </ul> <p><b>II. Charges techniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement</li> </ul> <p><b>I. Prestations autonomie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Prestations en espèces (AEEH, congé proche aidant)</li> <li>❖ Action de prévention, formation</li> <li>❖ Plan d'aide à l'investissement</li> </ul> <p><b>II. Charges techniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Concours aux dépenses des départements (APA, PCH) + financement MDPH</li> <li>❖ Dotation FIR, GEM, MAIA</li> <li>❖ Autres transferts (ANAPATHI)</li> </ul> <p><b>III. Diverses charges</b></p> <p><b>IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM</b></p> <p><b>V. Charges financières</b></p>

\*Hors part des prestations médico-sociales financée par la CNSA, hors conventions internationales

Note : les dépenses du champ de l'ONDAM sont identifiées par la partie grisée.

Source : annexe 5 du PLFSS 2024.

En 2022, les dépenses seraient bien au-dessus de la prévision (A), avant de ralentir légèrement en 2023 (B) puis de retrouver un niveau soutenu en 2024 indépendamment des dépenses en lien avec la crise sanitaire (C).

### A. EN 2022, DES DÉPENSES SE SITUANT LARGEMENT AU-DESSUS DE LA PRÉVISION INITIALE

En 2022, les dépenses de la branche maladie se sont élevées à 242,2 milliards d'euros, pour un objectif fixé en LFSS pour 2022 à 229,6 milliards d'euros. En dépit de la normalisation progressive de la situation sanitaire, la crise liée au covid-19 a continué de peser, dans une moindre mesure qu'en 2020 et 2021, sur les dépenses de la branche.

La LFSS pour 2023 a rectifié l'ONDAM pour 2022 en le fixant à 247 milliards d'euros, ce qui correspond à un relèvement de 10,1 milliards d'euros par rapport à l'objectif initialement prévu en LFSS pour 2022 (236,8 milliards d'euros). Les dépenses relevant du champ de l'ONDAM se sont établies à 247,1 milliards d'euros soit un écart de 0,1 milliard d'euros par rapport au montant rectifié et de 10,2 milliards d'euros par rapport au montant initialement voté. Au total, l'ONDAM a progressé de 2,8 % en 2022 et à hauteur de 6 % en retranchant les dépenses liées à la crise sanitaire.

La hausse de 3,5 % du point d'indice intervenue en juillet 2022 et l'inflation sur les charges non salariales des établissements expliquent également une partie du dépassement de l'ONDAM. Il convient également de noter que la mise en œuvre

opérationnelle des recommandations issues de la « mission flash » sur les urgences et soins non programmés a engendré des dépenses supplémentaires.

En ce qui concerne les dépenses exceptionnelles en lien avec la crise sanitaire, elles se sont finalement établies à 11,7 milliards d’euros, alors que la provision de départ était nettement inférieure (4,9 milliards d’euros). La décomposition de ces dépenses est la suivante :

- 4,7 milliards au titre de la réalisation des tests de diagnostic ;
- 1,9 milliard des dépenses au titre des indemnités journalières maladie ;
- 3,8 milliards d’euros au titre des dotations de l’assurance maladie à l’agence nationale de santé publique ;
- 0,5 milliard d’euros au titre de la rémunération des professionnels et établissements de santé effectuant la campagne vaccinale ;
- 0,6 milliard d’euros au titre de la compensation aux établissements sanitaires des surcoûts induit par la crise sanitaire ;
- une dotation de 0,2 milliard intégrée au FIR pour les surcoûts liés au covid-19.

Hors dépenses liées à la crise sanitaire, **l’écart avec l’ONDAM rectifié en LFSS 2023 atteint 0,4 milliard d’euros**. Il est à noter que la rectification intervenue a relevé la provision de dépenses de crise à 12,1 milliards d’euros conduisant à une sous-exécution de – 0,3 milliard d’euros par rapport à cet objectif rectifié.

## **B. EN 2023, UNE MOINDRE CROISSANCE DES DÉPENSES**

**En 2023, les dépenses de la branche maladie s’élèveraient à 243,7 milliards d’euros** pour un objectif de dépenses fixé en LFSS pour 2023 à 238,3 milliards d’euros. La LFRSS pour 2023 a rectifié l’ONDAM en le relevant de 750 millions d’euros afin de tenir compte des mesures d’attractivité à l’hôpital et également d’un dépassement prévisible des soins de ville au regard de l’exécution 2022. **Les dépenses de l’ONDAM s’élèveraient ainsi à 247,6 milliards d’euros et dépasseraient de 2,8 milliards d’euros l’objectif fixé en LFRSS pour 2023.**

Ce dépassement s’explique par :

- la prise en compte des revalorisations salariales dans la fonction publique et leur extension aux établissements sanitaires et médico-sociaux privés pour un montant de 1,6 milliard d’euros ;

– la prise en compte de développements conjoncturels intervenus sur les dépenses de soins de ville, notamment s’agissant des dépenses d’indemnités journalières, et une reprise plus rapide que prévu de l’activité des soins

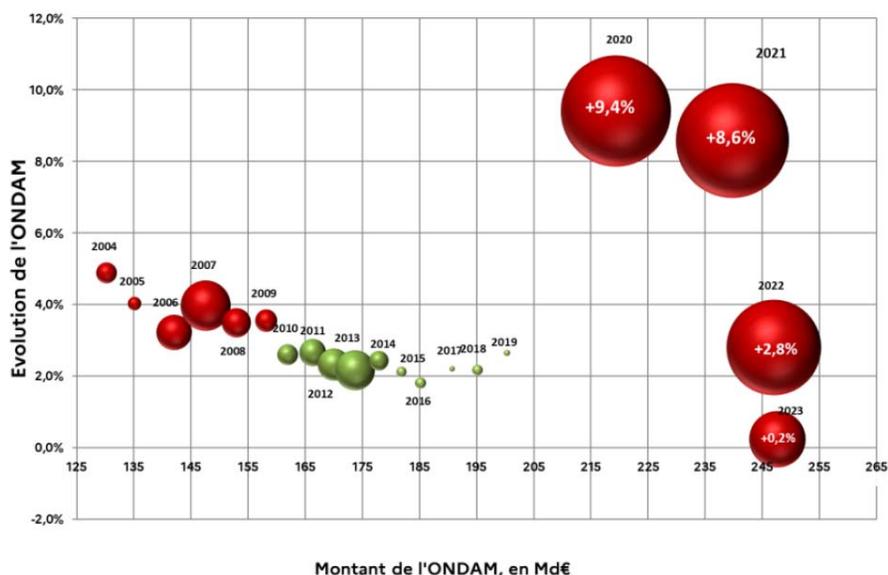
*In fine*, les dépenses de l’ONDAM seraient moins dynamiques en 2023 qu’en 2022 : la hausse ne serait que de 0,2 % et de 4,8 % une fois neutralisées les dépenses de santé directement liées à la crise sanitaire.

**Les mesures exceptionnelles en lien avec la crise sanitaire atteindraient 0,9 milliard d’euros en 2023**, notamment pour financer la prise en charge de la campagne de vaccination et des achats de vaccins (0,6 milliard d’euros) ainsi que des tests PCR et antigéniques remboursés (0,4 milliard d’euros). C’est une décroissance très forte par rapport à 2022 (11,7 milliards d’euros) et *a fortiori* par rapport à 2021 et 2020 (18,3 milliards d’euros pour chacune de ces deux années).

**Les dépenses de soins de ville atteindraient 104,6 milliards d’euros**, soit un montant en progression de 3,7 % par rapport à 2022. Ce dynamisme est notamment lié à la montée en charge de médicaments innovants mais également aux dépenses au titre des indemnités journalières qui ont progressé en raison de l’inflation.

Les dépenses des établissements de santé sont, quant à elles, conformes à l’objectif fixé.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES RELEVANT DU CHAMP DE L’ONDAM DEPUIS 2004



Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté en milliards d’euros et en ordonnées le taux d’évolution associé ; la taille de la bulle représente l’ampleur du dépassement (en rouge) ou de la sous-exécution (en vert).

Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

### C. UN ONDAM EN PROGRESSION TÉMOIGNANT DU RETOUR D'UNE TRAJECTOIRE TRÈS DYNAMIQUE DES DÉPENSES HORS CRISE

L'ONDAM pour 2024 est fixé à un niveau élevé, en dépit de la forte réduction des dépenses liées à la crise sanitaire (1). Le PLFSS pour 2024 est marqué par de nombreuses mesures nouvelles affectant les dépenses du champ de l'ONDAM (2).

#### 1. Un ONDAM pour 2024 fixé à 254,9 milliards d'euros

Le PLFSS pour 2024 propose de fixer l'ONDAM à 254,9 milliards d'euros, ce qui correspond à une hausse de 3,2 % par rapport à 2023, hors dépenses de crise. La construction de l'ONDAM repose sur l'hypothèse d'une circulation devenue endémique du covid-19 et d'un rebond prononcé de l'activité de soins atteignant un niveau comparable à celui des années antérieures à la crise sanitaire.

Cette progression résulterait :

- d'une évolution spontanée à hauteur de 2,8 points ;
- du contexte inflationniste à hauteur de 0,14 point en raison des mesures de revalorisation salariale et des conséquences de la hausse des prix sur les achats des établissements ;
- des dépenses supplémentaires au titre des revalorisations conventionnelles, de la trajectoire des produits de santé décidée dans le cadre du conseil stratégique des industries de santé, des mesures contre la précarité menstruelle ou encore de l'amélioration du remboursement des fauteuils roulants, à hauteur de 0,2 point ;
- des dépenses supplémentaires au titre de l'amélioration de l'attractivité des métiers en établissement, à hauteur de 0,2 point ;
- du niveau de dépense annuelle au titre du Ségur de la santé qui présenterait un contrecoup négatif réduisant l'ONDAM de 0,1 point ;
- des mesures de régulation et d'économies ayant un effet négatif à hauteur de 1,4 point.

● **L'ONDAM évoluerait de 3,2 % hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire et de 2,9 % en tenant compte de ces dépenses.** Il est à noter que la provision pour les dépenses en lien avec la crise sanitaire est fixée à 0,2 milliard d'euros. Cette provision intègre 0,1 milliard d'euros de dotation à Santé Publique France afin d'honorer les contrats de livraison de vaccins déjà signés et 0,1 milliard pour les soins de ville.

**Les dépenses de soins de ville, qui constituent la dépense la plus importante de l'ONDAM, progresseraient de 3,5 % pour prendre en compte les mesures de revalorisations conventionnelles engagées en faveur des professionnels**

de santé. Les dépenses de soins de villes intègrent également le coût des mesures permettant de lutter contre la précarité menstruelle.

Les dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux seraient plus dynamiques que celles des soins de ville, en croissance de 4,6 % pour les établissements pour personnes âgées et de 3,4 % pour les établissements pour personnes en situation de handicap. Cela tient à la fois à l'effet des mesures salariales de juin 2023, à l'inflation et à la création de places nouvelles ainsi qu'à une hausse du taux d'encadrement dans les EHPAD.

**Les financements nouveaux consacrés à l'hôpital expliqueraient la croissance des dépenses des établissements de santé à hauteur de 3,2 %.** Ces financements correspondent à :

– 2,5 milliards d'euros au titre du financement de l'évolution spontanée des charges des établissements face à une reprise des activités dynamiques ;

– 0,9 milliard d'euros destinés à des mesures nouvelles au sein des établissements de santé, notamment pour financer des actions prioritaires de santé publique ;

– 0,4 milliard d'euros destinés à des mesures de revalorisation salariale dans la fonction publique et dans le secteur privé ;

– 0,4 milliard d'euros consacrés à des mesures d'attractivité à l'hôpital visant à mieux rémunérer les gardes, le travail de nuit ainsi que les astreintes.

**La construction du sous-objectif relatif aux établissements de santé intègre des économies à hauteur de 0,6 milliard d'euros** reposant sur la poursuite de la pertinence des prises en charge et l'optimisation des achats dans le cadre du programme Phare.

## ÉVOLUTION DE L'ONDAM ET DE SES SOUS-OBJECTIFS EN 2024

(en milliards d'euros et en pourcentage)

Sous-objectif	Prévision 2024	Évolution par rapport à 2023
Dépenses de soins de ville	108,4	3,5 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	105,6	3,2 %
Dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux	31,5	4,0 %
<i>dont dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées</i>	<i>16,3</i>	<i>4,6 %</i>
<i>dont dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées</i>	<i>15,2</i>	<i>3,4 %</i>
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement	6,1	- 4,7 %
Autres prises en charge	3,3	4,6 %
<b>Total (hors crise)</b>	<b>254,9</b>	<b>3,2 %</b>

Source : commission des finances à partir du PLFSS pour 2024.

Selon le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027 considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, **l'ONDAM progresserait de 3,2 % en 2024, de 3,0 % en 2025 puis de 2,9 % en 2026 et 2027.** Cette évolution assez modérée des dépenses relevant de l'ONDAM serait notamment permise « *par la maîtrise de certaines typologies de dépenses de soins de ville et de produits de santé ainsi que par le développement de la politique de prévention* ». En particulier, le renforcement de la prévention constitue « *un levier d'efficacité de la dépense et d'amélioration de l'état de santé de la population* ».

## ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE

(en milliards d'euros et en pourcentage)

2022	2023*	2024*	2025*	2026*	2027*	Évolution entre 2023 et 2024	Évolution entre 2024 et 2027
242,2	243,7	251,9	259,4	266,7	274	3,4 %	8,8 %

Source : commission des finances à partir de l'annexe A du PLFSS 2024.

Note : les dépenses des années accompagnées d'un astérisque sont prévisionnelles.

## 2. Les mesures nouvelles ayant un effet en dépenses

Le PLFSS pour 2024 prévoit un certain nombre de mesures nouvelles ayant un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie. Ces mesures visent à renforcer la prévention à tous les étages du système de santé **(a)**, à lutter contre la fraude aux arrêts de travail **(b)**, à diminuer les effets du secteur de la santé sur l'environnement **(c)** et à améliorer l'accès aux médicaments **(d)**.

### **a. Le renforcement de la prévention et de l'accès aux soins**

Plusieurs mesures du PLFSS pour 2024 visent à poursuivre la transformation du système de santé en renforçant la prévention et l'accès aux soins. **Le coût net estimé des cinq mesures proposées ayant un impact sur cet objectif devrait s'établir à 151,8 millions d'euros en 2024.**

Si le montant des dépenses de prévention a triplé entre 2019 et 2021 à la faveur des dépenses de lutte contre l'épidémie, passant de 5,5 milliards d'euros en 2019 à 16,9 milliards d'euros en 2021 <sup>(1)</sup>, la croissance des dépenses de prévention hors crise sanitaire est plus modérée. Elles atteignent 5,7 milliards d'euros en 2020 et 5,8 milliards d'euros en 2021 <sup>(2)</sup>.

#### **COÛT ESTIMÉ DES MESURES DE PRÉVENTION ET D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS DANS LE PLFSS POUR 2024**

(en millions d'euros)

Campagne de vaccination contre les HPV	46
Gratuité des préservatifs pour tous les moins de 26 ans	3,9
Lutte contre la précarité menstruelle	94
Évolution des rendez-vous de prévention	7,6
Extension de la présomption de droits à la complémentaire santé solidaire	0,3*
<b>TOTAL</b>	<b>151,8</b>

\* la montée en charge de cette mesure sera progressive jusqu'en 2027 pour atteindre à cet horizon un coût estimé à 10,7 millions d'euros.

Source : commission des finances à partir de l'annexe 9 du PLFSS pour 2024.

#### **i. Des mesures axées sur l'amélioration de la santé sexuelle**

##### **• L'article 17 fixe les modalités de mise en œuvre dans les collèges de la campagne de vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV).**

La vaccination contre les HPV en milieu scolaire est un levier particulièrement efficace pour augmenter la couverture vaccinale de la population, celle-ci demeurant à un niveau insuffisant en France <sup>(3)</sup>. Bien que remboursé à 65 % par l'assurance maladie, le coût du produit – approchant la centaine d'euros pour chaque dose de vaccin – peut constituer un frein à la vaccination des plus démunis.

L'article 60 du PLFSS pour 2019 a initié des expérimentations régionales avec pour objectif de développer la vaccination contre les HPV. Au regard du succès de ces expérimentations, une campagne de vaccination sera lancée au niveau national dans tous les collèges publics et les collèges privés sous contrat volontaires à partir du mois d'octobre 2023. Cette campagne permettra à tous les élèves en

(1) DRESS, Les dépenses de santé en 2021, édition 2022.

(2) Ibid.

(3) En 2022, la couverture vaccinale contre les HPV n'était que de 41,5 % chez les filles et de 8,5 % chez les garçons, soit des taux inférieurs à ceux recommandés par l'Organisation mondiale de la santé.

classe de 5<sup>ème</sup> de se faire vacciner gratuitement afin de lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins.

L'article 17 du PLFSS pour 2024 propose d'ouvrir la possibilité pour l'assurance maladie de rembourser directement les professionnels de santé mobilisés dans les établissements de scolaires au titre de la campagne de la vaccination <sup>(1)</sup>, à l'image de la méthode retenue dans le cadre de la vaccination contre le covid-19. La mesure proposée prévoit également l'exonération de la participation de la participation de l'assuré pour les frais d'acquisition du vaccin contre les HPV.

Le coût d'une campagne complète, soit un schéma vaccinal de deux injections, est évalué à 46 millions d'euros. Une partie de ce coût est liée à la rémunération des professionnels de santé (25 millions d'euros) et une autre est liée à la prise en charge des frais d'acquisition du vaccin pour les personnes vaccinées dans le cadre de la campagne (21 millions d'euros).

À titre subsidiaire, l'article 17 unifie les modalités de prise en charge des campagnes de vaccination antigrippales ainsi que celles contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR). La prise en charge du ticket modérateur, actuellement assurée par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), sera basculée sur le risque maladie. Cette mesure est neutre pour les finances de l'assurance maladie.

**• L'article 18 permet aux pharmaciens de délivrer des préservatifs intégralement pris en charge par l'assurance maladie à tous les jeunes âgés de moins de 26 ans.**

La LFSS pour 2022 a posé le principe de la gratuité pour les jeunes âgés de moins de 26 ans de certains moyens de contraception dont les pilules hormonales de première ou de deuxième génération, l'implant contraceptif hormonal, le stérilet et la contraception d'urgence hormonale. Depuis la LFSS pour 2019, les préservatifs ne sont remboursés sur prescription médicale qu'à hauteur de 60 %. Le montant du reste à charge et l'obligation de détenir une prescription médicale peuvent constituer un frein à l'utilisation de préservatifs. La gratuité des préservatifs vise à prévenir les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles. Cette mesure, conditionnée à une prescription médicale, est mise en place depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023 par les caisses d'assurance maladie et rencontre un grand succès.

L'article 18 harmonise la prise en charge des moyens de contraception en étendant le principe de la gratuité pour tous les assurés de moins de 26 ans sans prescription médicale. La mesure proposée devrait représenter une dépense annuelle de 3,9 millions d'euros chaque année, qui contribuera à la lutte contre les infections sexuellement transmissibles dont la prévalence est particulièrement élevée chez les jeunes.

---

*(1) Seront mobilisés dans le cadre de cette campagne de vaccination les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes et les infirmiers.*

• **L'article 19 créé une prise en charge spécifique des protections périodiques réutilisables pour les femmes de moins de 26 ans et les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S).**

La précarité menstruelle touche près de 31 % des femmes âgées de 18 à 50 ans, en particulier les plus jeunes d'entre elles en raison du coût élevé des protections périodiques. En mars 2023, la Première ministre a annoncé le remboursement par l'assurance maladie des protections périodiques réutilisables pour toutes les femmes âgées de moins de 26 ans.

L'article 19 facilite l'accès aux culottes et coupes menstruelles en prévoyant leur remboursement partiel au 1<sup>er</sup> septembre 2024 pour les assurées de moins de 26 ans. Les protections seront prises en charge à hauteur de 60 % par l'assurance maladie, les organismes de santé complémentaires pouvant compenser le reste à charge. Les bénéficiaires de la C2S seront, quant à elles, intégralement remboursées. La délivrance des protections menstruelle devrait s'effectuer par l'intermédiaire des pharmaciens d'office et, à terme, également *via* une plateforme de commande en ligne. La mesure proposée comporte une dimension écologique en incitant les femmes à utiliser des protections réutilisables. Elle entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2024.

Le coût de la mesure pour l'assurance maladie est évalué à 94 millions d'euros pour les quatre derniers mois de l'année 2024 en raison d'un effet d'amorçage qui conduirait à une part de dépense de l'ordre de 60 % de la dépense estimée sur la première année pleine théorique. Une baisse progressive du taux de recours est ensuite anticipée puisqu'il s'agit de protections réutilisables. Ainsi, le coût de la mesure serait 97 millions d'euros en 2025, 53 millions d'euros en 2026 et 56 millions d'euros en 2027 en fonction de l'évolution du taux de recours au dispositif et du renouvellement des produits.

ii. Des mesures pour faciliter l'accès aux soins

• **L'article 20 précise les modalités de rémunérations et le contenu des rendez-vous de prévention à différents âges clés de la vie.**

La LFSS pour 2023 a mis en place trois rendez-vous de prévention à différents âges de la vie, qui sont venus 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. Ces bilans visent à limiter la prévalence des maladies chroniques et à lutter contre les principaux facteurs de risques.

La première année de déploiement a révélé la difficulté de négocier le contenu et la tarification des rendez-vous de prévention au sein des conventions liant l'assurance maladie aux professionnels de santé libéraux. L'article 20 propose donc de déterminer par arrêté :

- la liste des professionnels pouvant réaliser les rendez-vous de prévention ;
- les modalités de rémunération des professionnels mobilisés ;

– les conditions de réalisation des rendez-vous de prévention par télémédecine.

Ces précisions apportées, la mise en œuvre des bilans de prévention devrait être facilitée dans une approche transversale des professions de santé, ce que ne permettent pas les négociations dont la logique demeure mono-professionnelle.

Selon les hypothèses retenues, le coût de cette mesure serait de l'ordre de 7,6 millions d'euros en 2024 puis de 11,44 millions d'euros par an à partir de 2025, pour un taux de recours de l'ordre de 10 % et une tarification des rendez-vous à 30 euros.

**• L'article 21 étend l'attribution simplifiée de la complémentaire santé solidaire (C2S) aux bénéficiaires de certains minima sociaux.**

Mise en place le 1<sup>er</sup> novembre 2019 en remplacement de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), la C2S permet une prise en charge d'un panier de soins étendus aux personnes disposant de faibles ressources. Les bénéficiaires des minima sociaux sont majoritairement éligibles à la C2S. Pourtant, en 2018, seulement 83 % d'entre eux disposent d'une couverture complémentaire santé contre 96 % de la population générale<sup>(1)</sup>. Ce public vulnérable économiquement est susceptible de renoncer à se faire soigner en raison du coût élevé des dépenses de santé.

La LFSS pour 2022 a simplifié l'attribution de la C2S aux allocataires de deux minima sociaux : la C2S est désormais attribuée automatiquement et gratuitement aux allocataires du revenu de solidarité active (RSA) tandis que les bénéficiaires du minimum vieillesse y sont présumés éligibles avec participation financière.

L'article 21 propose d'instaurer une présomption de droit avec participation financière à la C2S aux nouveaux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) et de l'allocation du contrat d'engagement jeune (ACEJ). Le renouvellement de ces droits sera automatique dès lors que la situation de l'allocataire est inchangée. En raison des divergences existantes entre les bases-ressources des minima concernés et celles de la C2S, cette mesure ne ciblerait néanmoins qu'une partie des nouveaux bénéficiaires.

La simplification des démarches pour bénéficier de la C2S devrait accroître le taux de recours progressivement, la mesure représentant un coût graduel de 0,27 million d'euros en 2024, 2,05 millions d'euros en 2025, 7,1 millions d'euros en 2026 et 10,72 millions d'euros en 2027.

---

*(1) Dans le détail, 13 % des bénéficiaires de l'AAH et 19 % des bénéficiaires de l'ASS n'ont pas de couverture complémentaire santé.*

iii. Des mesures de modernisation du système de santé

**• L'article 22 inscrit dans le droit commun les expérimentations financées dans le cadre du dispositif « article 51 » afin de développer des prises en charge innovantes au profit d'un plus grand nombre de patients.**

L'article 51 de la LFSS pour 2018 a introduit un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations dérogatoires aux modes de tarification de droit commun. Les projets retenus dans le cadre de ce dispositif doivent concourir à l'amélioration du parcours des patients, à l'efficacité du système de santé et au renforcement de l'accès aux soins. Depuis 2018, plus de 140 innovations ont été accompagnées pour un montant total de 575 millions d'euros au bénéfice d'1,2 million patients. Sur les 140 projets retenus, 30 se termineront en 2023 et 40 en 2024. Les premières évaluations des expérimentations mises en œuvre révèlent que ces dispositifs innovants permettent d'accroître la qualité des parcours de soins mais aussi de fidéliser les professionnels en améliorant la satisfaction au travail.

30 % des expérimentations de l'article 51 pourront entrer dans le droit commun en s'appuyant sur les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé libéraux ou sur les leviers réglementaires existants. Une modification du cadre législatif est nécessaire pour 70 % des expérimentations.

L'article 22 propose de créer un cadre général afin de faciliter la mise en place des parcours de soins coordonnés. La rémunération des professionnels impliqués s'effectuera par un paiement collectif forfaitaire. Au terme du processus d'évaluation des dispositifs actuellement déployés, seuls ceux qui auront eu des retours positifs pourront entrer dans le droit commun.

Concrètement, la mesure proposée vise notamment à déterminer dans la loi :

- la notion de parcours coordonné renforcé afin d'harmoniser les pratiques ;
- les modalités de prise en charge de ces parcours par l'assurance maladie et la participation des organismes complémentaires ;
- les fonctions, missions et obligations des structures porteuses des parcours en leur octroyant davantage de souplesse dans la gestion du forfait rémunérant les professionnels mobilisés.

Les expérimentations arrivant à leur terme en 2023 et qui pourraient être inscrites dans le droit commun représentent un montant de 16 millions d'euros, aujourd'hui financés par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS). Les expérimentations se terminant en 2024 auront un coût estimé de 5 millions d'euros. La généralisation des expérimentations à l'échelle nationale devrait conduire au moins au doublement des dépenses actuellement identifiées. Toutefois, l'évaluation de l'impact financier de cette mesure demeure complexe car une partie de ces

dépenses se substituera à des dépenses déjà engagées par l'assurance maladie pour la prise en charge des patients.

**• L'article 23 transforme le modèle de financement des établissements de santé en augmentant la part du financement reposant sur des objectifs de santé publique et des indicateurs de qualité.**

Introduite par la LFSS pour 2004, la tarification à l'activité (T2A) a substitué au financement par dotation globale un financement par tarif pour chaque séjour dans les établissements de santé relevant des soins de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO). Cette réforme a eu des effets positifs en permettant une meilleure adéquation entre les besoins et les financements ainsi qu'en incitant à la modernisation de l'offre de soins hospitaliers.

Toutefois, le modèle actuel de financement apparaît déséquilibré puisque la part des financements liés à l'activité est largement majoritaire dans le champ MCO <sup>(1)</sup>. Les effets négatifs du financement à l'activité sont de plusieurs ordres :

- un financement décorrélé des objectifs de santé publique ;
- une recherche de la rentabilité parfois contraire à l'amélioration de la qualité de soins et des conditions de travail des professionnels ;
- une baisse des recettes d'activité pendant la crise sanitaire fragilisant la capacité des établissements à investir.

Pour pallier ces problématiques, d'autres modes de financements ont été introduits, comme les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) ou l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ). Néanmoins, ces financements ne prennent pas suffisamment en considération les objectifs de santé publique et posent des problèmes de lisibilité en raison de leur multiplication. Depuis 2018, le Gouvernement s'est attaché à diversifier les modes de financement des établissements de santé en augmentant la part des dotations tout en conservant une part de financement liée à l'activité. Les réformes ont été les suivantes :

- en 2019, la montée en charge du dispositif d'indication au financement de l'amélioration de la qualité (IFAQ) et la mise en place du forfait de prise en charge de la maladie rénale chronique (MRC) ;
- en 2021, la refondation du financement des urgences en 2021 ;
- en 2022, la réforme du financement des hôpitaux de proximité et de la psychiatrie ;
- en juillet 2023, la réforme du financement des soins médicaux et de réadaptation.

---

(1) 76 % des financements du champ MCO sont directement liés à l'activité.

L'article 23 propose de renforcer cette démarche en réduisant la part des financements issus de la T2A pour évoluer vers un système mixte qui valorise différemment les activités des établissements en fonction de leurs caractéristiques. Cette mesure organisera le financement des établissements de santé en trois catégories :

- les activités standard demeurant financées à l'activité et valorisant les prises en charge organisées et standardisées ;

- les activités de soins aigus et les prises en charge spécifiques, faisant l'objet d'un financement mixte combinant tarification à l'activité et dotation par activité <sup>(1)</sup> ;

- les activités répondant à des objectifs de santé publique financées par de nouvelles dotations spécifiques. Ce nouveau type de financement doit permettre de terme d'inclure les enjeux d'amélioration des parcours de soins des patients, ainsi que de la prévention et la promotion de la santé parmi les modalités de financement des établissements.

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES MODIFICATIONS DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ INDUITES PAR L'ARTICLE 23 DU PLFSS**

Financement à l'activité	Dotations relatives à des missions spécifiques	Dotations relatives à des objectifs de santé publique
– Financement au séjour, à la séance ou à la consultation	– Missions d'enseignement de recherche et d'innovation ; – Activité de recours et d'expertise – Prise en charge de certaines maladies chroniques ; – Dotations forfaitaires complémentaires au financement par les activités (soins critiques, soins non programmables établissements isolés).	– Prévention ; – Qualité et pertinence des soins ; – Coordination des parcours de soins ; – Objectifs nationaux ou régionaux de santé publique.

Avec la réforme proposée, la part du financement à l'activité baisserait de 5 points dans le total des ressources des établissements de santé provenant de l'assurance maladie : celle-ci passerait de 54 % à 49 % entre 2023 et 2026. La mise en place de nouveaux modes de financement combinés vise à diversifier et sécuriser les modes de financement des établissements de santé. Ils contribueront à prendre davantage en compte les besoins des territoires et à réduire les inégalités entre les territoires.

---

(1) Sont visées ici les missions spécifiques de certains établissements, en matière de recherche, de formation et d'innovation (Merri), des actions tendant à l'atteinte des objectifs inscrits au CPOM, diverses prises en charge comme le forfait maladie rénale chronique (MRC), le forfait activités isolées (FAI), le forfait greffe prélèvement d'organe (greffe – PO) ou la dotation populationnelle urgences. Il s'agira également de sécuriser en priorité le financement des unités de réanimation et de soins intensifs ainsi que les activités non programmables.

Le nouveau modèle de financement entrera en vigueur pour l'essentiel à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025. Pour l'année 2024, la réforme aura pour conséquence le développement de mesures dédiées à la coordination des parcours ainsi qu'à la prise en charge de maladies chroniques à hauteur de 12 millions d'euros.

• **L'article 24 vise à améliorer le fonctionnement de la permanence des soins dentaires en introduisant une régulation assurée par les chirurgiens-dentistes.**

Une permanence des soins dentaires est organisée les dimanches et jours fériés dans chaque département. Cette permanence est assurée par les chirurgiens-dentistes libéraux, les chirurgiens-dentistes collaborateurs et les chirurgiens-dentistes salariés des centres de santé. Actuellement, certains patients peuvent bénéficier de soins en urgence dans le cadre de ces permanences alors que leur état de santé ne le justifie pas. Ce défaut de régulation contribue à l'engorgement des soins d'urgence et à l'augmentation des délais de prise en charge.

Pendant la crise sanitaire, une expérimentation déployée dans 10 régions et 26 départements a permis aux chirurgiens-dentistes d'assurer la régulation dans les centres d'appels des SAMU-Centre 15.

L'article 24 généralise cette expérimentation afin d'améliorer l'efficacité de l'organisation des permanences de soins dentaires, de renforcer les équipes de SAMU-Centre 15 et d'améliorer la pertinence des soins. Il modifie également les modalités de rémunération des chirurgiens-dentistes, mais également des autres professionnels de santé (sages-femmes et auxiliaires médicaux) qui interviennent dans la mission de permanence des soins en précisant que ces modalités sont fixées par voie conventionnelle et non déterminées par les ARS.

En partant de l'hypothèse d'un forfait de 70 euros par heure de régulation, cette mesure devrait avoir un coût d'environ 5,3 millions d'euros.

• **L'article 25 élargit les compétences des pharmaciens d'officine en matière de délivrance d'antibiotiques après un test d'orientation diagnostic (angine ou cystite).**

La compétence vaccinale des pharmaciens d'officine a été consacrée progressivement. À titre d'exemple, la LFSS pour 2019 a permis aux pharmaciens de vacciner contre la grippe saisonnière. Le PLFSS pour 2023 a ensuite autorisé les pharmaciens d'officine à prescrire et administrer de nouveaux vaccins. Une expérimentation engagée en Bretagne (expérimentation *PharmaOsys*) a ouvert la possibilité pour les pharmaciens de prescrire des antibiotiques après la réalisation de tests médicaux positifs afin de limiter le recours aux consultations médicales.

Le diagnostic des angines et des cystites peut s'effectuer par un test rapide pouvant conduire à une prise en charge immédiate par l'administration d'un traitement adapté. Aujourd'hui, 3 millions de consultations médicales par an

concernent des cystites et 6 millions des angines, ce qui représente un temps médical très important.

Dans la logique du PLFSS pour 2023 qui a élargi les compétences des pharmaciens en matière de vaccination, l'article 25 autorise les pharmaciens d'officine à réaliser un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) en cas de suspicion d'angine ou de cystite chez un patient et de prescrire des antibiotiques en cas de test positif. Cette mesure permettra :

– d'améliorer la santé des patients à court terme en leur assurant une prise en charge rapide ;

– de lutter contre l'antibiorésistance en renforçant la pertinence des prescriptions ;

– d'apporter une solution dans les territoires à faible densité médicale et de libérer du temps médical.

En partant d'une hypothèse d'un taux de recours de 100 %, la mesure devrait permettre de dégager des économies de l'ordre de 80 millions d'euros dans la prise en charge des deux pathologies concernées.

**• L'article 26 offre la possibilité pour les médecins du travail de déléguer aux infirmiers qualifiés en santé au travail la réalisation de certains actes.**

Les expositions professionnelles auxquelles sont soumis les salariés agricoles sont nombreuses. La démographie médicale des médecins du travail ne permet pas à la totalité des salariés agricoles de bénéficier d'examen médicaux dans le cadre d'un suivi individuel. De la même manière, en l'absence de conseil médical, les entreprises ont des difficultés à renforcer la prévention des risques professionnels, empêchant l'amélioration des conditions de travail de leurs salariés.

L'article 66 de la LFSS pour 2021 a prévu une expérimentation de trois ans ouvrant la possibilité aux infirmiers qualifiés en santé du travail de réaliser un certain nombre d'actes par transfert d'activité du médecin du travail. Cette expérimentation a permis que l'infirmier qualifié en santé assure à la place du médecin du travail :

– la réalisation de l'examen médical d'aptitude périodique du travailleur agricole, dans le cadre du suivi individuel renforcé ;

– la réalisation de l'examen de reprise après un congé de maternité ;

– le bilan d'exposition aux risques professionnels effectué lorsque le travailleur agricole atteint l'âge de cinquante ans.

Dans la même logique que l'expérimentation prévue par la LFSS pour 2021, l'article 26 donne la possibilité de déléguer aux infirmiers qualifiés en santé au

travail certains actes liés au renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude du travailleur agricole bénéficiaire d'un suivi individuel renforcé.

Cette mesure permettra de libérer du temps médical et de faciliter la prévention et la préservation de la santé des travailleurs. Les infirmiers pourront réaliser la visite d'aptitude mais devront réorienter le salarié vers le médecin du travail pour les avis d'inaptitude ou les propositions d'aménagement de poste et de temps de travail.

Cette mesure permettra de réduire la gravité et la fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles et donc leurs coûts pour la sécurité sociale. À terme, elle conduit à recruter des infirmiers supplémentaires. Le coût net de la mesure proposée devrait être de 0,67 million d'euros en 2024 et de 2,3 millions d'euros en 2027.

#### *b. Lutter contre la fraude aux arrêts de travail*

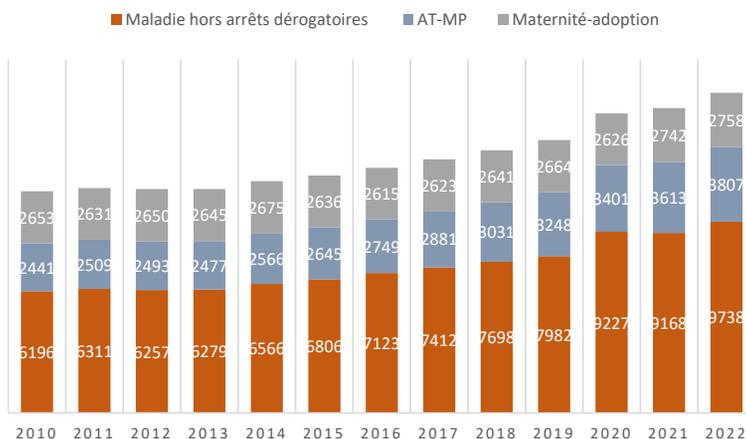
**• L'article 27 propose de renforcer les contrôles sur les prescripteurs et les assurés pour réduire le nombre d'arrêts de travail non justifiés.**

Les indemnités journalières sont des revenus de remplacement versés par l'assurance maladie aux salariés dont l'état de santé nécessite une interruption temporaire de travail. Ces prestations couvrent à la fois le risque maladie, les accidents du travail et maladies professionnelles et la maternité.

Entre 2010 et 2022, les dépenses d'indemnités journalières remboursées ont augmenté de 3,8 % par an en moyenne. Cette hausse a été plus rapide que la croissance de la masse salariale et s'est accompagnée d'une augmentation de la durée moyenne des arrêts de travail. En 2022, l'indemnisation de l'ensemble des arrêts de travail a représenté un coût total pour l'assurance maladie de 16 milliards d'euros (hors arrêts liés au covid-19). Cette dynamique a contribué à la dégradation tendancielle de la situation financière de l'assurance maladie.

## ÉVOLUTION DES MONTANTS INDEMNISÉS

(en millions d'euros)



Source : commission des finances d'après l'annexe 9 du PLFSS pour 2024.

Il existe deux modes de contrôles utilisés par l'assurance maladie pour vérifier la justification des arrêts de travail et contenir leur croissance.

D'une part, la mise sous objectifs ou la mise sous accord préalable des médecins prescripteurs vise à limiter les abus en matière de prescription. En 2023, environ 1 000 médecins se sont vus proposer une mise sous objectifs.

### La mise sous objectifs et la mise sous accord préalable

La mise sous objectifs permet au service médical de proposer au médecin de s'engager sur un objectif de réduction des prescriptions dans un délai convenu.

La mise sous accord préalable permet à l'assurance maladie de subordonner les prescriptions d'un médecin à l'accord préalable du service médical pour une durée maximale de six mois.

D'autre part, la contre-visite permet à un employeur disposant d'éléments de preuve sérieux qu'un salarié ne respecte pas la réglementation relative aux arrêts de travail de dépêcher un médecin tiers pour contrôler l'assuré à son domicile.

L'article 27 propose de renforcer la lutte contre la fraude aux arrêts de travail en améliorant les modalités de contrôle tant des prescripteurs que des assurés.

S'agissant du contrôle des assurés, l'article 27 propose :

- de rendre automatique la suspension des indemnités journalières à compter du rapport du médecin contrôleur concluant au caractère injustifié de l'arrêt ;

– d’améliorer l’organisation de la contre-visite en augmentant le délai de transmission du rapport de visite ;

– de favoriser les délégations de compétences aux auxiliaires du service médical pour dégager du temps médical permettant de renforcer le contrôle des arrêts de travail par les médecins conseil.

S’agissant des médecins prescripteurs, il est proposé de simplifier la procédure de mise sous objectifs et de mise sous accord préalable. Aujourd’hui, seuls les professionnels de santé peuvent faire l’objet de ces procédures. Pour renforcer les contrôles des prescripteurs, il est demandé de les étendre aux centres de santé et aux plateformes de téléconsultation. Les délais d’instruction de la mise sous accord préalable seront également réduits pour améliorer l’efficacité de cette procédure.

Des mesures réglementaires seraient également adaptées, pour autoriser la réalisation de la contre-visite en cabinet médical et pour sanctionner financièrement l’assuré dont plusieurs arrêts de travail auraient été invalidés par le service médical.

Les économies qui résulteraient de la mise en place des réformes précitées pourraient comprennent :

– le préjudice total sur les indemnités journalières (16,6 millions d’euros en 2021) ;

– la campagne annuelle de mises sous-objectif et de mise sous accord préalable pour un montant de 60 millions d’euros ;

– les économies résultant de l’accroissement du temps médical pour un montant estimé à 70 millions d’euros en année pleine ;

– l’automatisation de la suspension de l’indemnité journalière à la suite d’une contre-visite qui aurait conclu au caractère injustifié de l’arrêt pour un montant de 27 millions d’euros.

● **L’article 28 restreint la possibilité de bénéficier d’un arrêt de travail en téléconsultation.**

En 2021, 450 000 arrêts de travail (hors arrêts de travail liés au covid-19) ont été prescrits en téléconsultation. Sur la période de janvier à octobre 2022, la durée moyenne des arrêts prescrits en téléconsultation était de 18 jours. Par ailleurs, 27 % des arrêts de travail issus d’une téléconsultation sont aujourd’hui prescrits par un médecin qui n’est pas le médecin traitant de l’assuré.

L’article 28 propose de limiter la durée des arrêts de travail prescrits en téléconsultation et de restreindre la prise en charge des prescriptions aux téléconsultations avec vidéotransmission ou échange téléphonique. Une consultation en physique sera rendue obligatoire pour tous les arrêts de travail de plus de trois jours ou pour un renouvellement. Cette obligation ne s’imposera pas :

- pour les arrêts de travail prescrits par les médecins traitants ;
- en cas d'impossibilité pour le patient de se rendre dans un cabinet médical du fait de son état de santé.

La mesure prévoit également l'obligation de la réalisation d'une vidéotransmission ou d'un contact téléphonique avant toute prescription réalisée en téléconsultation ou en télésoin donnant lieu à une prise en charge des traitements, examens ou soins prescrits par l'assurance maladie obligatoire.

En faisant le choix d'une mesure de ce type, le Gouvernement espère échapper à la censure que le Conseil constitutionnel avait prononcé l'an dernier à l'encontre d'une disposition qui avait prévu d'interdire la prise en charge d'un arrêt de travail prescrit en téléconsultation par un médecin autre que le médecin traitant ou n'ayant pas été consulté par l'assuré dans les douze mois précédents <sup>(1)</sup>.

Les économies réalisées par la mise en place de cette mesure s'élèveraient à 100 millions d'euros dès 2024.

### *c. Limiter les effets du secteur de la santé sur l'environnement*

● **L'article 29 vise à limiter la production de déchets de soins et à lutter contre le gaspillage potentiel de produits de santé.**

Dans le secteur de la santé, l'achat des médicaments (29 %) et des dispositifs médicaux (21 %) sont les premiers vecteurs des émissions de gaz à effet de serre.

Le secteur de la santé comporte des enjeux environnementaux liés à la production de déchets et de déchets de soins à risque infectieux (DASRI). L'Organisation Mondiale de la Santé estime que 85 % des déchets liés aux soins sont comparables aux ordures ménagères et seulement 15 % sont considérés comme dangereux. La LFSS pour 2020 a introduit le principe de remise en bon état d'usage des dispositifs à usage unique et la création de pénalités pour les exploitants de médicaments dont les conditionnements seraient inadaptés aux usages. Le retraitement des dispositifs médicaux à usage unique est toutefois interdit par l'article L. 5211-3-2 du code de la santé publique.

L'article 29 prévoit que les établissements de santé seront autorisés à titre expérimental pour deux ans à déroger à l'interdiction de réemployer des dispositifs médicaux à usage unique. Les établissements de santé pourront utiliser des dispositifs retraités par les fabricants ou par des entreprises de retraitement.

La mesure proposée prévoit également l'introduction d'un mécanisme de remise obligatoire pour les produits de santé ayant des effets négatifs sur l'environnement.

---

(1) Décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, § 67 à 76.

Les économies résultant de cette mesure s'élèveraient à 10 millions d'euros par an.

• **L'article 30 vise à inciter financièrement les patients à recourir aux transports partagés dans l'objectif de réduire l'empreinte écologique du secteur et de maîtriser les dépenses.**

Chaque année, près de 65 millions de trajets sont réalisés pour les seuls taxis et véhicules sanitaires légers. En 2022, les dépenses de transport de patients remboursées s'élèvent à près de 5,5 milliards d'euros, soit une hausse de 7,2 % par rapport à 2021. Le coût d'un transport partagé est jusqu'à 35 % inférieur à un transport individuel.

L'avenant 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés, signé le 22 décembre 2020, avait pour ambition de doubler la part de transport partagé par un mécanisme de bonification ou de pénalisation financière. Les entreprises parvenant à un taux de transport partagé d'au moins 5 % devaient bénéficier du reversement d'une part des économies supplémentaires réalisées par l'assurance maladie en fonction du taux de transport partagé dans l'activité. La crise sanitaire a toutefois constitué un frein important au développement du transport partagé. Le développement de ce mode de transport reste également tributaire de la volonté des patients. Un avenant à la convention nationale, signé le 13 avril 2023, prévoit un certain nombre de mesures visant à inciter les patients à recourir à ce type de transport.

L'article 30 concerne uniquement les transports programmés effectués en véhicules sanitaires légers et en taxis conventionnés. Le patient qui refuserait une prise en charge en transport partagé alors que ce dernier est compatible avec son état de santé devra procéder à l'avance des frais et sera remboursé sur la base du tarif du transport partagé et non du transport individuel, plus onéreux.

Les économies réalisées par cette mesure s'élèveraient à 50 millions d'euros en 2024 pour un taux de recours aux transports partagés estimé à 45 %.

#### *d. Assurer l'accès aux médicaments et aux produits innovants*

Le PLFSS 2024 prévoit un ensemble de mesure visant à lutter contre les pénuries de médicaments.

• **L'article 31 réforme le financement de l'Établissement français du sang (EFS).**

L'EFS est confronté depuis plusieurs années à des difficultés financières. Fin 2019, un changement de régime fiscal sur la TVA et la taxe sur les salaires a fragilisé la situation de l'EFS. La baisse du volume de cession de produits sanguins labiles aux établissements pose également la question de la soutenabilité du modèle de financement de l'EFS.

Pour répondre à cette situation, un soutien financier pluriannuel a été apporté à l'établissement sous forme de dotation versée par l'assurance maladie en contrepartie de la mise en place d'un plan de transformation. En dépit de cette aide financière, l'EFS a clôturé l'année 2022 avec un déficit de près de 40 millions d'euros. Pour 2023, l'EFS a ainsi reçu 75 millions d'euros au total, soit 55 millions d'euros en dotation et une hausse de tarifs des produits sanguins labiles de 20 millions d'euros.

L'article 31 apporte une réponse plus structurelle aux difficultés financières de l'EFS. Il est proposé de faire évoluer les ressources de l'EFS ainsi que les principes de son modèle économique en optant pour un financement mixte composé :

- d'un financement principal par les cessions des produits (850 millions d'euros, soit de l'ordre de 85 % des recettes de l'établissement) à des tarifs réglementés devant se rapprocher des coûts de revient de l'établissement ;

- d'un financement complémentaire par dotation de l'assurance maladie (100 millions d'euros au total) pour le financement de missions de service public ne donnant pas lieu à des cessions et pour le financement, à titre temporaire, des effets financiers non couverts par le mécanisme tarifaire ;

- d'un financement spécifique consacré aux investissements nécessaires au développement de la collecte de plasma.

La dotation de 100 millions d'euros de l'assurance maladie correspond à une hausse de 45 millions d'euros par rapport au montant versé en 2023.

● **L'article 32 propose d'étendre l'autorisation de production de certains médicaments aux pharmacies d'officine tout en garantissant la qualité de ces préparations.**

Les ruptures d'approvisionnement de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) conduisent l'ANSM à recourir à l'importation de spécialités équivalentes souvent plus onéreuses que celles vendues en France. Depuis la LFSS pour 2020, la différence de prix entre la spécialité importée et celle vendue en France est remboursée par l'industriel.

Dans un contexte de crise sanitaire, la LFSS pour 2022 a pérennisé la production en urgence de médicaments sous forme de préparations hospitalières par les établissements de santé. La LFSS pour 2022 a créé un statut juridique *ad hoc* pour les « préparations hospitalières spéciales » qui regroupent « tout médicament [...] préparé selon les indications de la pharmacopée et en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5, en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible ou adaptée par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé, ou par l'établissement pharmaceutique de cet établissement de santé [...] » (article L. 5121-1 du code de la santé publique).

Au regard des difficultés d'approvisionnement actuelles, l'article 32 propose d'étendre l'autorisation de production aux situations de pénuries dans le cadre d'un « plan blanc du médicament », dont l'activation sera décidée par le ministre en charge de la santé. Le « plan blanc du médicament » impliquera la mobilisation des pharmacies hospitalières et officines de ville pour la production de médicament, notamment celle des molécules abandonnées par l'industrie pharmaceutique. La distribution des médicaments en ville sera également facilitée par la création d'un dispositif de « préparations officinales spéciales » afin de définir précisément les modalités de déclenchement de l'autorisation et les exigences de qualité. Enfin, lorsque les officines ne seraient pas en mesure de produire des préparations officinales spéciales, une dérogation sera mise en place pour permettre la distribution des préparations hospitalières spéciales en officine.

Cette mesure représente un coût total de 8,8 millions d'euros par an.

• **L'article 33 vise à réduire la consommation de médicaments, en particulier des antibiotiques, lorsqu'elle n'est pas indispensable, afin de lutter contre les ruptures d'approvisionnement.**

Les titulaires d'autorisations de mises sur le marché (AMM) et les entreprises pharmaceutiques exploitants des médicaments ont des obligations en matière de prévention des ruptures d'approvisionnement et de gestion des pénuries. À ce titre, les industriels doivent constituer un stock de sécurité destiné au marché national ou encore signaler les risques de rupture. Le nombre de signalements transmis à l'ANSM a continué d'augmenter ces dernières années pour s'établir à 2 160 en 2021.

L'article 33 prévoit trois mesures encadrant la délivrance d'antibiotiques en cas de rupture d'approvisionnement :

Premièrement, la délivrance à l'unité des antibiotiques faisant l'objet d'une rupture d'approvisionnement sera rendue obligatoire. La dispensation à l'unité permet notamment de contribuer à réduire le gaspillage des médicaments et de lutter contre l'antibiorésistance.

Deuxièmement, la délivrance d'antibiotiques en cas de rupture d'approvisionnement sera subordonnée au résultat d'une ordonnance conditionnelle et donc d'un test positif.

Troisièmement, la prescription d'antibiotiques en téléconsultation sera interdite pour limiter le nombre de prescriptions non justifiées par un examen clinique.

Ces trois mesures, dont l'entrée en vigueur interviendrait le 1<sup>er</sup> janvier 2024, devraient permettre de dégager une économie de 3,2 millions d'euros par an sur les dépenses d'assurance maladie.

**• L'article 34 vise à faciliter l'inscription d'un acte en lien avec les dispositifs médicaux pour assurer un meilleur accès aux technologies innovantes utilisées par des professionnels de santé.**

Actuellement, seuls l'union nationale des caisses d'assurance maladie et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent faire une demande d'évaluation auprès de la Haute Autorité de santé (HAS). Les conseils nationaux professionnels et les associations d'usagers agréées peuvent demander à la HAS de s'autosaisir de l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte.

L'article 34 élargit la liste des acteurs autorisés à proposer à la HAS l'évaluation d'un acte ou d'une prestation aux entreprises exploitant des dispositifs médicaux à usage collectif ou des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*. Cette mesure devrait se traduire par une augmentation du nombre de patients traités et une amélioration de leur prise en charge.

Le coût de cette mesure est évalué à 3,9 millions d'euros à partir de 2025 mais dépendra du nombre exact d'actes concernés.

**• L'article 35 vise à améliorer les dispositifs d'accès dérogatoires aux médicaments pour permettre aux patients d'accéder plus rapidement à des traitements innovants.**

Actuellement, deux dispositifs de prise en charge dérogatoire des médicaments sont prévus :

– d'une part, le dispositif d'accès précoce, qui vise les médicaments susceptibles d'être innovants et pour lesquels les laboratoires s'engagent à déposer une autorisation de mise sur le marché rapidement ;

– d'autre part, le dispositif d'accès compassionnel, qui concerne les médicaments qui n'étaient pas initialement destinés à obtenir une AMM nationale ou centralisée mais qui répondent efficacement à un besoin non couvert.

Ces dispositifs, qui ont bénéficié à 12 000 patients en 2022, comportent toutefois un certain nombre de limites auxquelles l'article 35 apporte des solutions.

L'article 35 propose l'ajout d'un critère d'accès aux prises en charge dérogatoires spécifique aux vaccins, ceux existant actuellement n'étant pas adaptés à ce type de produits.

Il propose également d'assujettir l'industriel bénéficiant d'une demande d'accès précoce à assurer l'approvisionnement du marché français. Cette mesure vise à garantir aux patients français l'accès aux traitements innovants le plus rapidement possible.

Il propose qu'en cas de refus d'accès précoce au motif que le médicament concerné n'est pas présumé innovant, l'ANSM puisse tout de même délivrer un accès compassionnel à ce produit.

L'article 35 apporte une solution à la situation de certains patients alors que, à la fin de l'accès précoce, l'inscription dans le droit commun peut modifier le niveau de prise en charge par l'assurance maladie. La mesure proposée crée une prise en charge temporaire pour certains médicaments en fin d'accès précoce afin de garantir une continuité de traitement pour les patients.

Le coût total de cette mesure serait de 66,9 millions d'euros pour la branche maladie, décomposé de la manière suivante :

– 39 millions d'euros pour la mise en place d'une prise en charge temporaire pour certains médicaments en fin d'accès précoce ;

– 20 millions d'euros par an pour l'assouplissement des critères d'octroi des accès compassionnels ;

– 14 millions d'euros pour le cas spécifique des vaccins.

**• L'article 36 vise à favoriser le maintien sur le marché des produits matures en réduisant le nombre d'arrêts de production de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM).**

Depuis 2018, 400 arrêts de commercialisation par an ont été comptabilisés, entraînant souvent des difficultés d'approvisionnement et donc de prise en charge. Pourtant, 70 % des médicaments en rupture d'approvisionnement sont des médicaments dits « matures » ne faisant plus l'objet d'une protection au titre de la propriété intellectuelle.

La mesure proposée vise à limiter les arrêts de production de médicaments matures lorsqu'aucune alternative n'existe. L'industriel titulaire de l'autorisation de mise sur le marché sera tenu de chercher un repreneur si l'ANSM estime que les alternatives disponibles ne permettent pas de couvrir le besoin et si le traitement ne fait plus l'objet d'une protection au titre des droits de propriété intellectuelle ou industrielle.

Le contrôle des mesures prises par les entreprises pour trouver un repreneur s'effectuera par l'ANSM. L'exploitant devra notamment :

– informer les sociétés susceptibles de reprendre la commercialisation du traitement ;

– faciliter la reprise de la commercialisation dans des conditions de sécurité d'approvisionnement équivalente ;

– en cas de risque important pour la santé publique, concéder temporairement et à titre gracieux l'AMM à une structure pharmaceutique publique.

En cas de manquement à ces obligations, l'ANSM sera en mesure d'infliger une pénalité financière modulée en fonction de la gravité des manquements constatés.

Selon l'annexe 9, cette mesure devrait permettre de dégager entre 10 et 40 millions d'euros d'économies.

## II. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE VIEILLESSE

Alors qu'il est constaté une progression soutenue des dépenses de la branche vieillesse en 2022 (A), l'année 2023 devrait marquer un ralentissement (B) avant que les dépenses ne retrouvent une trajectoire haussière en 2024 du fait de la revalorisation des pensions (C).

### A. EN 2022, DES DÉPENSES FORTEMENT AFFECTÉES PAR LA REVALORISATION DES PENSIONS

**Les dépenses de la branche vieillesse atteignent en 2022 263,3 milliards d'euros**, pour un objectif fixé en LFSS pour 2022 à 256,6 milliards d'euros.

**En 2022, le montant des pensions de retraite versées par les régimes de base s'élève à 258 milliards d'euros**, soit une hausse de 4,8 % par rapport à l'année précédente. Les pensions ont été revalorisées à hauteur de 1,1 % au 1<sup>er</sup> janvier 2022 pour tenir compte de l'inflation constatée entre novembre 2020 et octobre 2021. Une revalorisation anticipée de 4 % a été opérée au 1<sup>er</sup> juillet 2022 à la suite de l'adoption de la loi du 16 août 2022 portant mesures d'urgences pour la protection du pouvoir d'achat <sup>(1)</sup> qui a constitué une avance sur la revalorisation du 1<sup>er</sup> janvier 2023. En moyenne annuelle, la revalorisation des pensions s'est ainsi élevée à 3,1 %.

Les dépenses de la branche vieillesse incluent également celle du fonds de solidarité vieillesse (FSV), dont la mission est de financer au moyen de recettes qui lui sont affectées des avantages vieillesse non-contributifs, le minimum vieillesse (ASPA et des anciennes allocations pour lesquelles il n'y a pas de nouveaux bénéficiaires) et les cotisations afférentes aux périodes non travaillées. Cette prise en charge relève de la solidarité nationale : elle ne repose pas sur la logique contributive qui caractérise le fonctionnement de droit commun des régimes de retraite.

**Les dépenses du FSV s'élèvent en 2022 à 18 milliards d'euros, soit un montant en net retrait par rapport à 2021 (- 6,4 %)**. Cette chute des dépenses du FSV s'explique par la poursuite de la reprise économique qui se traduit par un recul important du nombre de chômeurs et l'extinction des derniers dispositifs de soutien liés à la crise sanitaire.

---

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

## B. EN 2023, UNE CROISSANCE DES DÉPENSES QUI RALENTIT LÉGÈREMENT

L'objectif de dépenses initial pour l'année 2023 s'élevait à 273,3 milliards d'euros et a été rectifié en LFRSS pour 2023 à 273,7 milliards. *In fine*, les dépenses prévisionnelles présentées dans le PLFSS pour 2024 atteignent 275 milliards d'euros, soit un montant en hausse de 11,7 milliards d'euros par rapport à 2022

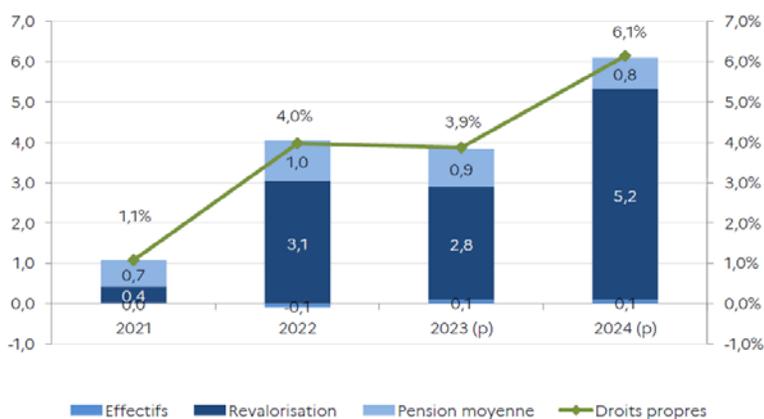
En 2023, les prestations de retraite ralentiraient puisqu'une partie de l'inflation a déjà été prise en compte par la revalorisation anticipée de juillet 2022. Les pensions ont en effet été revalorisées au 1<sup>er</sup> janvier de 0,8 %, la revalorisation anticipée de 4 % de l'été 2022 constituant une avance sur celle de 2023.

En moyenne annuelle, les pensions progresseraient de 2,8 % en 2023 contre une hausse de 3,1 % en 2022.

Les pensions servies par les régimes de bases augmenteraient de 4,3 % après une hausse plus dynamique en 2022 à hauteur de 4,8 %. En dépit des premiers effets de la réforme des retraites, les effectifs de bénéficiaires contribueraient encore significativement à la croissance des prestations.

L'augmentation du montant de la pension moyenne est portée par la croissance des prestations de base du fait de l'effet noria, le niveau de pension des nouveaux retraités étant tendanciellement plus élevé que le niveau des pensions des retraités qui décèdent. Hors revalorisation, l'effet noria évoluerait au même rythme qu'en 2022, c'est-à-dire à hauteur de + 0,5 %. Au régime général, la pension annuelle moyenne servie dans le cadre du régime général s'élèverait à 9 046 euros par an tandis que le flux de retraités décédés dans l'année correspond à une pension moyenne de 7 776 euros par an.

### CONTRIBUTION DES DIFFÉRENTS FACTEURS À L'ÉVOLUTION DES DROITS PROPRES



Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

● **En 2023, les dépenses du FSV croîtraient de 8 % dans un contexte de forte inflation.** Cette dynamique est portée par l'évolution du montant des prises en charge de cotisations (+ 8,7 %) et, en particulier, des prises en charge de cotisations au titre du chômage (+ 9,4 %). Les prises en charge de cotisations maladie, invalidité et AT-MP poursuivraient une augmentation soutenue à hauteur de + 5,9 %, en lien avec la hausse de la cotisation de référence. La revalorisation du minimum vieillesse, qui est alignée sur celle des pensions de base, expliquerait la croissance des prises en charge de prestations (+ 5,9 %).

#### ÉVOLUTION DES CHARGES ET PRODUITS NETS DU FSV

	2023	Taux d'évolution entre 2022 et 2023
<b>Prises en charge de cotisations</b>	<b>14 699</b>	<b>8,7 %</b>
Au titre du chômage	12 038	9,4 %
Au titre de la maladie	2 339	5,9 %
Au titre de la formation professionnelle	261	5,4 %
Au titre des périodes d'apprentissage	45	5,4 %
Au titre du service national	15	5,4 %
Au titre des périodes d'activité partielle	0	0
<b>Prises en charge de prestations au titre du minimum vieillesse</b>	<b>4 387</b>	<b>5,9 %</b>
<b>Transferts avec les régimes complémentaires</b>	<b>272</b>	<b>6,1 %</b>
<b>Autres charges nettes</b>	<b>111</b>	<b>10,7 %</b>
<b>Total des charges nettes</b>	<b>19 469</b>	<b>8 %</b>

Source : rapport de septembre 2023 à la commission des comptes de la Sécurité sociale.

### C. DES EFFETS MARQUÉS DE L'INFLATION EN 2024 ET DES DÉPENSES STRUCTURELLEMENT EN CROISSANCE

Si les effets des revalorisations devraient être significatifs en 2024 (1), cette tendance haussière devrait également se poursuivre par la suite (2).

#### 1. L'objectif de dépenses et les dépenses du FSV

**L'objectif de dépenses est fixé à 293,7 milliards d'euros en 2024**, en hausse de 6,8 % par rapport à 2023.

#### ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES DÉPENSES DE LA BRANCHE VIEILLESSE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros et en pourcentage)

2022	2023*	2024*	2025*	2026*	2027*	Évolution entre 2023 et 2024	Évolution entre 2024 et 2027
263,3	275	293,7	305,8	315,9	325,4	+ 6,8 %	+ 10,8 %

Source : commission des finances à partir de l'annexe A au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Note : les dépenses des années accompagnées d'un astérisque sont prévisionnelles.

**En 2024, les prestations connaîtraient une hausse très marquée à hauteur de 6,8 %.** La forte inflation constatée en 2023 conduit à une revalorisation prévisionnelle des pensions de 5,2 % au 1<sup>er</sup> janvier 2024 alors que les effets de la réforme des retraites monteraient en charge progressivement. Cette tendance à la hausse est en effet atténuée par les premiers effets en année pleine des mesures d'âge issues de la réforme des retraites. La croissance du nombre de bénéficiaires subirait un ralentissement en s'élevant à + 1,1 %, soit - 0,3 point par rapport à 2023.

- **En 2024, les dépenses du FSV devraient augmenter de 0,9 milliard d'euros par rapport à 2023 pour s'établir à 20,6 milliards d'euros.** Au total, la progression des dépenses du FSV (+ 6 %) est moins prononcée qu'en 2023 (+ 8 %). Cette évolution serait portée par l'inflation et la hausse du SMIC qui servent de sous-jacent à la revalorisation de la cotisation de référence utilisée pour le calcul des prises en charge par le Fonds.

**Les dépenses de prise en charge de cotisations au titre du chômage augmenteraient de 5 %.** Les effectifs des chômeurs dont les cotisations retraite font l'objet d'une prise en charge par le FSV resteraient stables alors que la cotisation forfaitaire serait revalorisée de 2,9 %. Les prises en charges de cotisations maladie, invalidité et AT-MP serait en forte croissance (+ 7,4 %), portées par la hausse des arrêts de travail du début de l'année 2022. Les prises en charge de prestations au titre du minimum vieillesse suivraient quant à elle une trajectoire très dynamique également (+ 8,3 %).

#### ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES DÉPENSES DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE

(en milliards d'euros et en pourcentage)

2022	2023*	2024*	2025*	2026*	2027*	Évolution entre 2023 et 2024	Évolution entre 2024 et 2027
18	19,5	20,6	21,3	21,4	21	+ 5,6 %	+ 1,9 %

Source : commission des finances à partir de l'annexe A au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Note : les dépenses des années accompagnées d'un astérisque sont prévisionnelles.

## 2. L'évolution des dépenses après 2024

**À partir de l'année 2024, les effets du vieillissement démographique se feront sentir nettement sur la branche vieillesse** du fait de l'augmentation des effectifs des générations partant à la retraite.

À cet égard, le conseil d'orientation des retraites (COR) anticipe un changement démographique significatif. **Le nombre de retraités de droit direct passerait de 17 millions de personnes à 20,9 millions en 2070.** Cette progression serait particulièrement rapide autour des années 2035 à 2040 avec l'arrivée à la retraite des générations nombreuses du baby-boom, en dépit des mesures de relèvement de l'âge de la retraite. Par conséquent, le « rapport entre le nombre de cotisants et le nombre de retraités [...] diminuerait sensiblement, passant de

1,7 cotisant par retraité de droit direct en 2021 à environ 1,4 à l'horizon de la projection [l'année 2070] » <sup>(1)</sup>.

La croissance des cohortes partant en retraite au cours des années à venir devrait avoir des conséquences majeures sur la branche vieillesse.

En effet, après avoir retrouvé un solde excédentaire en 2021, le solde des régimes obligatoires de base de retraite se dégraderait progressivement. Il serait déficitaire en 2030 et le resterait jusqu'à l'horizon de la projection établie par le COR, c'est-à-dire jusqu'en 2070. La dégradation du solde s'explique davantage par une diminution des ressources que par l'évolution des dépenses. Ces dernières diminueraient, en passant de 13,7 % du PIB en 2022 à 13 % en 2070, mais dans des proportions insuffisantes pour compenser les effets de la baisse des ressources.

**Le rapporteur pour avis rappelle, une nouvelle fois, que la forte augmentation du nombre de dossiers à traiter représente un défi pour la CNAV et les CARSAT, qui ne sont pas nécessairement dimensionnées pour absorber une quantité de demandes beaucoup plus importante que les capacités actuelles. Le rapporteur pour avis souligne la nécessité de garantir à la CNAV et aux CARSAT la possibilité de traiter l'afflux de nouveaux dossiers.**

**Les effets en dépenses de la réforme introduites  
par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023**

Après avoir augmenté entre 2002 et 2022 de 1,8 % en moyenne par an en réel, tirées par la progression régulière du nombre de retraités (+ 1,7 % en moyenne annuelle) et l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses, les dépenses de retraite ralentiraient dans les années suivantes. Entre 2022 et 2030, elles devraient progresser en réel entre 1,3 % et 1,4 % en moyenne annuelle, ralenties par les effets de la réforme sur la progression du flux de nouveaux retraités qui s'élèverait à + 0,7 % en moyenne entre 2022 et 2030. Ce ralentissement permettrait de faire évoluer les dépenses de retraite en deçà du PIB et de réduire la fraction de la richesse nationale consacrée aux dépenses de retraites de 2022 à 2030, qui passerait de 13,7 % à 13,5 %. Sans la réforme, ce ratio serait resté stable sur cette période.

Source : Conseil d'orientation des retraites.

### **3. Une mesure nouvelle d'adaptation de la réforme des retraites à certains territoires d'outre-mer**

#### **• L'article 40 adapte la réforme des retraites à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon.**

Le régime de retraite mahorais est distinct du régime général <sup>(2)</sup> mais il tend à converger vers ce régime :

(1) Conseil d'orientation des retraites (COR), Rapport annuel, juin 2023, page 79.

(2) Ordonnance n° 2011-1923 relative à l'évolution de la sécurité sociale à Mayotte et décret n° 2003-589 du 1<sup>er</sup> juillet 2003 portant application des dispositions du titre II (Assurance vieillesse) et du chapitre I<sup>er</sup> du

– au niveau de la durée d’assurance requise, celle-ci convergeant à un rythme de deux trimestres par génération pour atteindre 172 trimestres pour la génération née en 1973, contre un trimestre toutes les trois générations en métropole ;

– au niveau de l’âge légal de départ, celui-ci ayant déjà atteint l’âge de 62 ans pour la génération née en 1961 et devant progresser à un rythme de quatre mois par génération.

Pour le régime de retraites applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, les dispositions relatives à l’âge légal et à la durée d’assurance prévues pour la métropole devraient s’appliquer sans adaptation.

L’article 40 propose d’apporter des assouplissements à cette convergence.

La mesure proposée vise à décaler d’une génération le rythme de progression de l’âge de départ à la retraite à Mayotte, de telle sorte que l’âge de 64 ans serait atteint pour la génération née en 1969 (contre 1968 en métropole). À Saint Pierre et Miquelon, le début du relèvement de l’âge légal serait fixé au 1<sup>er</sup> janvier 2025, pour s’appliquer à partir de la génération née en 1963 et s’achever pour la génération née en 1970.

### III. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE

La progression du montant des prestations familiales versées explique le dynamisme des dépenses de la branche famille en 2022 (A) et, dans des proportions similaires, celui de l’année 2023 (B). L’année 2024 sera marquée par la poursuite du déploiement du service public de la petite enfance et par une croissance des dépenses légèrement moins soutenue (C).

#### A. EN 2022, DES DÉPENSES MARQUÉES PAR UN FORT DYNAMISME DES PRESTATIONS

En 2022, les dépenses de la branche famille atteignent 51,4 milliards d’euros – pour une prévision initiale de 49,7 milliards d’euros –, soit un montant en progression de 3,9 % par rapport à 2021.

Cette progression est liée au **dynamisme des prestations légales nettes de la branche**, notamment des prestations d’entretien et des prestations d’accueil du jeune enfant. Il convient également de mentionner la revalorisation exceptionnelle de 4 % de la base mensuelle des allocations familles (BMAF), prévue par la loi du 16 août 2022 portant mesures d’urgences pour la protection du pouvoir d’achat <sup>(1)</sup>.

---

*titre VI (Allocation spéciale pour les personnes âgées) de l’ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.*

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

Le montant de l'allocation de soutien familial (ASF) a également été rehaussé de 50 % au 1<sup>er</sup> novembre 2022.

**Les prestations extralégales nettes ont également été très dynamiques en 2023 (+ 7,6 %).** Il convient de mentionner :

- une hausse de 15 % de la prestation de service unique (PSU) ;
- une progression de 28,5 % des dépenses d'investissement petite enfance destinées à la création de 14 800 nouvelles places en établissement d'accueil du jeune enfant.

**Au total, le montant des prestations sociales financées par la CNAF s'est élevé à 43,3 milliards d'euros en 2022**, ce qui correspond à une augmentation de 5,2 % par rapport à 2021.

L'année 2022 se caractérise également par la hausse des transferts à la charge de la CNAF (+ 4,2 %), avec les prises en charge de prestations au titre des majorations pour enfants versées 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.

## **B. EN 2023, UN ACCROISSEMENT DES DÉPENSES DE PRESTATIONS PORTÉ PAR L'EFFET PRIX**

**En 2023, les dépenses de la branche famille devraient atteindre 56 milliards d'euros** – pour un objectif de dépenses fixé à 55,3 milliards d'euros -, soit une progression de 4,6 milliards d'euros par rapport à 2022. **Les prestations familiales connaîtraient une hausse de 9,9 % par rapport à l'année précédente pour s'établir à 47,6 milliards d'euros.**

Cette augmentation serait notamment portée, pour un coût de 2 milliards d'euros, par le transfert pérenne du financement des indemnités journalières du congé maternité post-natal à la CNAF. Les prestations versées seraient également en hausse sous l'effet en année pleine de la revalorisation de l'ASF qui représenterait une dépense supplémentaire de 1,1 milliard d'euros. Le dynamisme de l'inflation a entraîné une revalorisation des prestations à hauteur de 5,6 % au 1<sup>er</sup> avril 2023 par rapport aux montants versés au mois d'avril de l'année précédente. Le coût de l'allocation journalière de présence parentale <sup>(1)</sup> augmenterait de l'ordre de 40 % en 2023 en raison de la hausse significative du taux de recours depuis qu'elle est versée simultanément ou alternativement aux deux membres du couple de parents.

**Les prestations extralégales enregistrent un accroissement de 4,9 %**, illustrant le déploiement de la réforme du service public de la petite enfance. L'objectif est de créer 35 000 places en crèches d'ici à 2027.

---

*(1) Cette allocation est destinée à améliorer les conditions de présence parentale auprès d'un enfant dont la pathologie nécessite un accompagnement soutenu.*

Au total, **l'effet prix expliquerait à hauteur de 3,7 points la hausse des prestations**. Un effet plafond négatif devrait toutefois freiner la dynamique des prestations en 2023 à hauteur de  $-0,7$  point. En effet, la hausse des revenus en 2021, prise en compte dans la base ressources des allocataires en 2023, a été en moyenne supérieure à la revalorisation du plafond de l'année 2023, ce dernier étant indexé sur l'inflation hors tabac de l'année 2021. Cette situation a conduit de nombreux allocataires à dépasser le plafond de ressources ouvrant droit aux prestations.

**Il convient de noter que la dynamique en volume des prestations serait stable en 2023**, notamment en raison de la chute du nombre de naissances ( $-5,5\%$ ). Si le nombre de personnes éligibles aux prestations familiales est en baisse, l'évolution en volume des prestations reste globalement nulle ( $-0,1$  point), portée notamment par le recours accru aux micro-crèches.

### C. EN 2024, DES DÉPENSES DYNAMIQUES EN L'ABSENCE DE MESURES NOUVELLES

La croissance des dépenses de la branche en 2024 s'explique essentiellement par l'évolution naturelle des dépenses **(1)**, une partie des mesures adoptées dans la précédente LFSS n'ayant des incidences qu'à partir de 2025 **(2)**.

#### 1. Les déterminants de l'évolution hors mesures nouvelles

Pour l'année 2024, **l'objectif de dépenses de la branche famille est fixé à 58 milliards d'euros**, soit une hausse de 2 milliards d'euros par rapport à 2023.

#### ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros et en pourcentage)

2022	2023*	2024*	2025*	2026*	2027*	Évolution entre 2023 et 2024	Évolution entre 2024 et 2027
51,4	56	58	60,1	61,6	62,9	3,6 %	8,4 %

Note : les dépenses des années accompagnées d'un astérisque sont prévisionnelles.

Source : commission des finances à partir de l'annexe A du PLFSS pour 2024.

La forte inflation constatée en 2023 conduirait à une revalorisation des prestations légales au 1<sup>er</sup> avril 2024 de 4,6 %, soit une progression de 3,9 % en moyenne annuelle. L'effet prix contribuerait à hauteur de 3,8 points à la progression du montant des prestations versées. Néanmoins, **les charges liées aux prestations légales retrouveraient une tendance de croissance modérée (3,3 %)**, en lien avec l'effet du rehaussement de la BMAF (3,9 %), retranché des conséquences de la poursuite de la baisse de la natalité. L'évolution en volume des prestations serait, quant à elle, négative ( $-0,4$  point). À titre d'exemple, les dépenses de complément de libre choix du mode de garde (CMG) seraient atténuées en 2024 en raison de l'évolution plus modérée du SMIC en 2024 ( $+2,9\%$  en moyenne annuelle). L'allocation de rentrée scolaire enregistrerait une hausse dynamique à hauteur de 4,6 % compte tenu de son versement en une seule fois à la rentrée scolaire.

**Les prestations extralégales augmenteraient au total de 6 % et seraient notamment soutenues par les mesures mises en place dans le cadre du service public de la petite enfance.** Ces mesures représentent un montant conventionnel de 250 millions d’euros pour 2024 et 2025, puis 600 millions d’euros à compter de 2026. En 2024, les dépenses liées à la petite enfance connaîtraient une progression de 2,6 %. Il convient également de noter que les pensions de retraite pour enfants à charge seront majorées à hauteur de 5,2 % au 1<sup>er</sup> janvier 2024, expliquant le dynamisme soutenu de cette dépense en 2024 (+ 6 %).

**ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE ENTRE 2023 ET 2024 AVANT MESURES NOUVELLES**

(en millions d’euros)

	2023	2024	Évolution entre 2023 et 2024
<b>Prestations sociales nettes</b>	<b>39 309</b>	<b>40 804</b>	<b>3,6 %</b>
Dont prestations légales nettes	32 554	33 644	3,3 %
Dont prestations extralégales nettes	6 755	7 161	6 %
<b>Transferts versés nets</b>	<b>13 584</b>	<b>14 055</b>	<b>3,5 %</b>
<b>Charges de gestion courante</b>	<b>3 093</b>	<b>3 150</b>	<b>1,8</b>
<b>Autres charges nettes</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>0 %</b>
<b>Total</b>	<b>56 006</b>	<b>58 028</b>	<b>3,6 %</b>

Source : rapport de septembre 2023 à la commission des comptes de la Sécurité sociale.

**2. Des mesures prises en LFSS pour 2023 ayant des incidences sur les dépenses dans les années à venir**

**La LFSS pour 2023 <sup>(1)</sup> a posé les premiers jalons du service public de la petite enfance**, en garantissant un accès plus juste aux modes de garde du jeune enfant. Ce texte a prévu en effet une réforme du complément de libre choix du mode de garde (CMG) « emploi direct », qui permet de financer le recours à un assistant maternel ou une garde d’enfant à domicile. Seront mis en place 1<sup>er</sup> janvier 2025 :

– le rapprochement du barème des modes d’accueil individuels de celui des crèches, par le calcul d’un CMG horaire, permettant de tenir compte du niveau de recours, et linéaire, correspondant à un niveau de taux d’effort fonction des ressources et de la composition du foyer ;

– l’extension du CMG « emploi direct » aux enfants âgés de 6 à 12 ans à la charge des familles monoparentales ;

– le partage du CMG « emploi direct » en cas de résidence alternée de l’enfant à charge.

Le coût total de ces mesures serait de **474 millions d’euros en 2025 pour la branche famille.**

(1) Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

#### **IV. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES**

Les dépenses de la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) connaissent une croissance modérée en 2022 **(A)**, 2023 **(B)**, et 2024 **(C)**.

##### **A. DES DÉPENSES DE LA BRANCHE EN PROGRESSION EN 2022**

**Les dépenses de la branche AT-MP atteignent 14,5 milliards d’euros en 2022**, pour un objectif fixé en LFSS pour 2022 à 14,1 milliards d’euros.

**Les prestations relevant du champ de l’ONDAM progressent de 4,6 %**, portées par le dynamisme des indemnités journalières. **Les prestations hors ONDAM augmentent de 2,2 %**, en lien avec l’évolution des rentes pour incapacité permanente. Les rentes d’incapacité représentent 34 % des charges totales, le versement des indemnités journalières 32 % et les prestations en nature 7 %. Au total, les prestations sociales nettes s’élèvent à 11,7 milliards en 2022.

Les transferts vers les régimes de base ou les fonds – dont le FIVA – représentent 16 %. Ces transferts croissent du fait de la réévaluation à la hausse de la compensation à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail. Les dépenses liées à l’exposition à l’amiante ont également décliné, en raison de la baisse du public bénéficiaire.

##### **B. UNE INCIDENCE IMPORTANTE DE LA REVALORISATION SUR LES DÉPENSES DE LA BRANCHE EN 2023**

**En 2023, les dépenses de la branche atteindraient 15,3 milliards d’euros**, pour une prévision initiale de 14,8 milliards d’euros, et seraient en hausse soutenue par rapport à 2022 (+ 5,5 %). En cours d’année, l’objectif de dépenses a pris en compte les effets des mesures prévues dans la LFRSS pour 2023, notamment le financement du fonds de prévention de l’usure professionnelle dont le coût est estimé à 0,05 milliard d’euros en 2023.

**Les prestations du champ de l’ONDAM seraient en hausse de 6,7 %** et constitueraient le principal contributeur à la croissance des dépenses : elles seraient portées par le dynamisme des indemnités journalières (+ 9,1 %) dans le contexte de hausse des salaires et du SMIC (+ 5,4 % en moyenne annuelle).

**Hors ONDAM, les dépenses de la branche progresseraient également**, soutenues par les rentes pour incapacité permanente qui croîtraient nettement en lien avec une revalorisation annuelle toujours élevée (+ 3,6 %).

**Au total, les prestations légales nettes relevant de la branche AT-MP s’élèvent à 12,1 milliards d’euros en 2023**, dont 5,9 milliards d’euros pour les prestations d’incapacité temporaire (+ 6,3 %) et 5,7 millions d’euros pour les

prestations d'incapacité permanente (+ 2,8 %). Les transferts nets s'établiraient à 2,1 milliards d'euros et les charges de gestion courante à 1,1 milliard d'euros.

## C. EN 2024, UN ACCROISSEMENT DE LA DÉPENSE DANS LA CONTINUITÉ DES EXERCICES PRÉCÉDENTS

### 1. Des dépenses qui poursuivent une croissance plutôt soutenue

Pour l'année 2024, l'objectif de dépenses de la branche AT-MP est fixé à **16 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, soit une augmentation de 0,7 milliard d'euros par rapport à 2023 (+ 4,6 %).

#### ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES DÉPENSES DE LA BRANCHE AT-MP

(en milliards d'euros et en pourcentage)

2022	2023*	2024*	2025*	2026*	2027*	Évolution entre 2023 et 2024	Évolution entre 2024 et 2027
14,5	15,3	16	16,6	16,9	17,3	4,6 %	8,1 %

Source : commission des finances à partir de l'annexe A du PLFSS pour 2024.

Note : les dépenses des années accompagnées d'un astérisque sont prévisionnelles.

Sur la période entre 2022 et 2024, les rentes AT-MP seraient portées par les revalorisations successives (respectivement de 3,4 %, 3,6 % puis de 3,9 %) et ne seraient que partiellement freinées par un recul de l'effet volume (-0,8 % en moyenne annuelle sur la période).

**En 2024, les prestations sociales nettes relevant de la branche AT-MP atteindraient un montant de 12,6 milliards d'euros**, soit une hausse de 4,4 % par rapport à 2023. Cette dépense est composée :

- d'un montant de 6,27 milliards d'euros pour financer les prestations d'incapacité temporaire entrant dans le champ de l'ONDAM, soit une hausse de 5,4 % par rapport à 2023 ;

- d'un montant de 5,84 milliards d'euros pour financer les prestations d'incapacité permanente (hors ONDAM), soit une progression de 3,1 % par rapport à 2023 ;

- d'un montant de 515 millions pour financer les autres prestations, prévisions et pertes sur créances nettes, ce qui correspond à une croissance de 6,6 % par rapport à 2023.

Il convient également de mentionner :

– des transferts nets pour un montant de 2,2 milliards d’euros, dont 1,8 milliard d’euros vers d’autres régimes de base <sup>(1)</sup> ;

– 1,1 million de charges de gestion courante.

En 2024, le montant de la contribution de la branche au financement du Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante est fixé à 335 millions d’euros, soit un montant en très forte progression (52,3 %) en raison d’une revalorisation du barème d’indemnisation et des effets d’une nouvelle jurisprudence de la Cour de cassation.

## **2. Une mesure nouvelle ayant des incidences en dépenses**

### **• L’article 39 du PLFSS rénove les modalités d’indemnisation du déficit fonctionnel permanent.**

La reconnaissance d’un accident du travail ou d’une maladie professionnelle ouvre droit à une indemnisation spécifique reposant sur une logique forfaitaire. La victime est indemnisée par la branche AT-MP qui est financée par les cotisations des employeurs, indépendamment de toute faute reconnue de l’employeur. L’assuré bénéficie :

– d’indemnités journalières, à hauteur de 60 % du salaire de base (montant supérieur aux indemnités maladies), versées par la sécurité sociale ;

– de la prise en charge intégrale des frais médicaux ;

– en cas d’incapacité permanente, d’une indemnité en capital (lorsque le taux d’incapacité est inférieur à 10 %) ou d’une rente viagère forfaitaire (lorsque le taux d’incapacité est supérieur à 10 %) ;

– en cas de faute inexcusable reconnue de l’employeur, d’une majoration de la rente ou de l’indemnité en capital versée au titre de son incapacité permanente.

La Cour de cassation a longtemps considéré que le versement de la rente attribuée au titre d’une incapacité permanente indemnise à la fois le déficit fonctionnel permanent, c’est-à-dire les atteintes physiques et psychologiques de l’assuré, et les préjudices professionnels. Par deux arrêts du 20 janvier 2023, la Cour de cassation a jugé que la rente indemnise le seul préjudice économique professionnel.

L’article 39 tire les conséquences de ce revirement de jurisprudence qui a des effets sur le mode de calcul de la rente. La mesure proposée précise que, lorsque

---

*(1) La branche AT-MP opère un transfert vers la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles, qui s’est élevé à 1,1 milliard d’euros en 2022, est prévu à 1,2 milliard d’euros en 2023 et resterait à ce niveau dans le présent PLFSS.*

l'incapacité permanente est égale ou supérieure à 10 %, la victime se voit attribuer une rente forfaitaire composée d'une part professionnelle et d'une part fonctionnelle, cette dernière correspondant au déficit fonctionnel permanent. Ainsi, en cas de faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur, la majoration de la rente attribuée à la victime concerne tant la part professionnelle que la part dédiée à l'indemnisation du déficit fonctionnel permanent.

Les mesures proposées augmentent les dépenses de la branche en améliorant l'indemnisation du préjudice. **Le coût croissant de cette meilleure indemnisation serait d'environ 10 millions d'euros dès 2025**, puis de 20 millions d'euros en 2026 jusqu'à environ 50 millions d'euros en 2029.

## V. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE AUTONOMIE

En application de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, **la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public créé en 2004, gère désormais la branche « autonomie », cinquième branche de la sécurité sociale.** La LFSS pour 2021 <sup>(1)</sup> a conféré à la CNSA le statut de caisse nationale de sécurité sociale, alors qu'elle était auparavant financée en grande partie par la branche maladie. Les dépenses financées par la CNSA ainsi que l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), jusqu'alors financée par la branche famille, sont désormais retracées au sein de la branche autonomie.

Si les dépenses de la branche se sont avérées proches de l'objectif fixé en 2022 (A), elles ont progressé de façon significative en 2023 (B), tendance qui devrait se poursuivre en 2024 (C).

### A. EN 2022, DES DÉPENSES CONSTATÉES PROCHES DE L'OBJECTIF RECTIFIÉ

En 2022, les dépenses de la branche autonomie atteignent 35,2 milliards d'euros, soit un niveau légèrement inférieur à l'objectif rectifié de dépenses pour 2022, fixé à 35,4 milliards d'euros. Au total, les dépenses de la branche sont en progression de 8,5 % par rapport à 2021.

**28,2 milliards d'euros**, soit la majeure partie des dépenses de la branche, **sont consacrés au financement des établissements et services médico-sociaux (ESMS) accompagnant les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap.** Ces dépenses sont retranscrites dans l'objectif global de dépenses (OGD) de l'ONDAM (14,3 milliards d'euros pour l'OGD personnes âgées et 13,9 milliards d'euros pour l'OGD personnes handicapées). L'OGD des établissements à destination des personnes âgées en perte d'autonomie est en très légère hausse par rapport à 2021 (14,2 milliards d'euros) en

---

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

raison de la fin des dotations exceptionnelles liées à la crise sanitaire. L'OGD des établissements accompagnant les personnes en situation de handicap est, quant à lui, en hausse de 10,9 %.

Parmi les autres postes de dépenses, peuvent être mentionnés :

– le financement de l'AEEH et de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) pour un montant de 1,4 milliard (1,2 milliard d'euros en 2021) ;

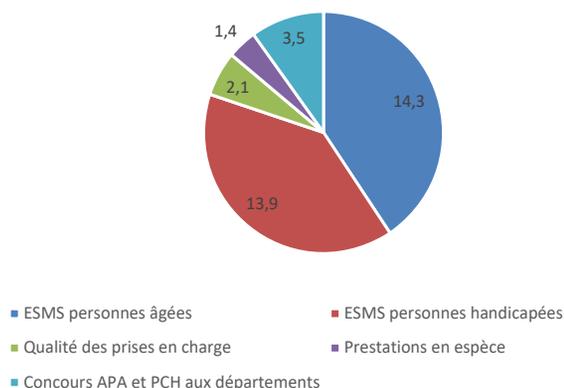
– les transferts vers les départements pour le co-financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH), pour 3,5 milliards d'euros (3,2 milliards d'euros en 2021) ;

– le financement d'autres subventions dont, à titre d'exemple, le financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), pour un montant total de 0,7 milliard d'euros.

Outre ces dépenses, la CNSA contribue au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en finançant des investissements visant à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie. La branche contribue également au déploiement d'expérimentations et d'initiatives locales modernisant les services apportés aux personnes en perte d'autonomie. L'ensemble de ces mesures représentent une dépense de 2,1 milliards d'euros en 2022.

#### RÉPARTITION DES DÉPENSES DE LA BRANCHE AUTONOMIE EN 2022

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances d'après l'annexe 7 du PLFSS pour 2024.

**En 2022, le taux de reconduction de l'OGD <sup>(1)</sup> s'élève à + 2,1 %**, soit un niveau de dépenses supplémentaires de 0,6 milliard d'euros par rapport à l'année précédente, dont 0,29 milliard d'euros pour le volet personnes âgées et 0,27 milliard d'euros pour le volet personnes en situation de handicap. Les mesures nouvelles ont représenté un montant de 1,4 milliard d'euros, dont la majeure partie résulte des revalorisations salariales issues du Ségur de la santé et, subsidiairement, de l'actualisation des dotations soins des EHPAD ainsi que des créations de places pour le secteur du handicap.

## **B. UNE AUGMENTATION FRANCHE DES DÉPENSES DE LA BRANCHE EN 2023**

**En 2023, les dépenses de la branche autonomie s'élèveraient à 37,9 milliards d'euros**, soit une hausse de 7,7 % par rapport au montant des dépenses constatées en 2022. Cette dynamique s'explique par l'évolution des différentes catégories de dépenses.

D'une part, le financement des établissements et services médico-sociaux augmente de 7 % par rapport à 2022 pour s'établir à 30,2 milliards d'euros. Cette évolution s'explique essentiellement par les mesures de revalorisations salariales dans le secteur médico-social. En 2023, le montant des mesures de revalorisations salariales intervenues en 2020 représente un coût en année pleine de 3,5 milliards d'euros. La revalorisation du point d'indice décidée en juillet 2022 et son extension au secteur privé représente une dépense supplémentaire de 0,7 milliard d'euros. La revalorisation annoncée en juillet 2023 représente, quant à elle, un coût de 0,3 milliard d'euros.

D'autre part, les dépenses de prestations sociales augmenteraient de 8 % en 2023 pour s'établir à 5,3 milliards d'euros. La dynamique de la dépense d'AEEH est portée par la hausse du nombre de bénéficiaires. Les dépenses de la branche au titre de l'APA et de la PCH atteindraient 3,7 milliards d'euros.

**En 2023, le taux de reconduction de l'OGD s'élève à + 2,29 % pour les volets personnes âgées et personnes en situation de handicap.** Ce taux, plus important qu'en 2022, s'explique en partie par les différentes mesures liées à l'inflation et à la revalorisation du point d'indice puis à son extension au secteur privé. Plus marginalement, le taux de reconduction de l'OGD traduit :

– la montée en charge du Ségur de la santé et ses extensions pour 0,2 milliard d'euros ;

– l'augmentation des dotations soins, à la suite de l'actualisation des « coupes PATHOS <sup>(2)</sup> », pour 0,1 milliard d'euros ;

---

*(1) Le taux de reconduction de l'OGD désigne l'augmentation tendancielle des dépenses attendues appliquée à la base de référence et hors mesures nouvelles.*

*(2) Il s'agit de l'outil utilisé par les établissements pour évaluer les niveaux de soins nécessaires, à partir des situations cliniques observées.*

– la hausse du taux d’encadrement en EHPAD et du déploiement des EHPAD centres territoriaux de ressources pour 0,1 milliard d’euros ;

– le financement des engagements pris dans le cadre du Comité interministériel du handicap pour 0,1 milliard d’euros (CIH) ;

– la tarification des SSIAD financés à hauteur de 0,04 milliard d’euros ;

– la création de place dans les SSIAD pour 0,06 milliard d’euros.

Il convient également de noter que le déploiement du plan de relance de l’investissement du « Ségur de la santé » se poursuit en 2023 dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Ces dépenses sont intégrées au plan *France relance* à hauteur 1,5 milliard d’euros. 1,25 milliard d’euros seront destinés au financement de la construction ou de la rénovation de places d’hébergement pour les personnes âgées et 0,25 milliard d’euros seront consacrés au financement de l’aide à l’équipement dans l’objectif d’améliorer la prise en charge des personnes âgées.

### **C. EN 2024, DES DÉPENSES PORTÉES PAR DES ÉVOLUTIONS TENDANCIELLES ET DES MESURES NOUVELLES**

En 2024, les dépenses de la branche seraient en progression de 4 %, une évolution qui s’explique par leur dynamisme naturel (1) et par des mesures nouvelles qui auront des effets importants dans les années à venir (2).

#### **1. Une hausse des dépenses s’expliquant en partie par le taux de reconduction**

Selon les prévisions établies en septembre 2023, **les dépenses de la branche autonomie s’élèveraient au total à 39,9 milliards d’euros en 2024.**

Les dépenses prévisionnelles au titre du financement des ESMS s’élèveraient à 31,5 milliards d’euros, ce qui correspond à une hausse de 4 % par rapport à l’année précédente. En intégrant l’effet en année pleine de la revalorisation du point d’indice annoncée en 2023, le taux de reconduction s’élève à + 1,51 % sur les volets personnes âgées et personnes en situation de handicap.

Une partie de l’évolution de l’OGD est en lien avec l’augmentation tendancielle des charges. **Les dépenses de la branche au titre l’APA et de la PCH atteindraient 3,8 milliards d’euros**, contre un montant de 3,7 milliards d’euros en 2023. Cette hausse résulte de la création de nouveaux concours, notamment de l’instauration d’un tarif national minimal de référence par heure <sup>(1)</sup> pour l’ensemble des services à domicile ainsi que de la dotation complémentaire instaurée par la LFSS pour 2022. Plus spécifiquement, les dépenses d’AEEH constitueraient le poste le plus dynamique dans le champ des prestations sociales, avec une hausse de

---

(1) Ce tarif est fixé 23 euros en 2023 puis sera ensuite indexé sur le taux d’évolution de la majoration pour tierce personne à partir 2024.

9 %, pour s'élever à 1,6 milliard d'euros. Les dépenses de PCH augmentent de 3 % et celle de l'APA de 4 %. Au total, les dépenses de prestation de la branche s'établiraient à 5,8 milliards d'euros en 2024, soit une progression de 10 % par rapport à 2023.

### ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE LA BRANCHE AUTONOMIE

(en milliards d'euros et en pourcentage)

	Montant de la dépense en 2023	Taux d'évolution entre 2022 et 2023	Montant de la dépense en 2024	Taux d'évolution entre 2023 et 2024
Financement des ESMS	30,2	7 %	37,5	4 %
<i>Dont Personnes âgées</i>	15,5	9 %	16,3	5 %
<i>Dont Personnes handicapées</i>	14,7	5 %	15,2	3 %
Prestations sociales	5,3	8 %	5,8	10 %
Autres (MDPH, SAAD etc.).	2,4	17 %	2,7	9 %
<b>Total</b>	<b>37,9</b>	<b>7,7 %</b>	<b>39,9</b>	<b>5,3 %</b>

Source : commission des finances, d'après l'annexe 7 du PLFSS pour 2024.

## 2. Les mesures nouvelles ayant un effet en dépenses

**Les mesures nouvelles comprises dans la construction de l'OGD représentent un montant total de 1,3 milliard d'euros, dont 0,3 milliard d'euros liés à la revalorisation du point d'indice.**

Concernant le volet personnes âgées de la branche, l'évolution des dépenses liées aux mesures nouvelles sera notamment portée par :

- l'amélioration de l'accompagnement en EHPAD et l'octroi de moyens complémentaires pour un montant de 0,35 milliard d'euros, destiné notamment au financement de 6 000 ETPT supplémentaires ;

- le renforcement du virage domiciliaire pour 0,12 milliard d'euros destinés en particulier à la création de services et à la réforme de la tarification des SSIAD ;

- le financement des primes pour le travail de nuit, les dimanches et jours fériés, ainsi que le financement de la hausse du taux de cotisation à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) pour un montant de 0,26 million d'euros.

Concernant le volet handicap, le PLFSS 2024 prévoit un certain nombre de mesures annoncées lors de la conférence nationale du handicap (CNH) du 26 avril 2023. Il convient de mentionner les dépenses suivantes :

- 0,2 milliard pour le développement de diverses solutions pour les enfants et les adultes en situation de handicap et l’installation des places programmées en région ;

- 0,03 milliard d’euros pour l’inclusion sociale ;

- 0,04 milliard pour le repérage et l’accompagnement précoce des enfants en situation de handicap (article 38 du PLFSS 2024, cf. *infra*).

Deux mesures « de lettres » ont également une incidence sur les dépenses de la branche pour les années à venir.

#### MESURES NOUVELLES EN 2024

(en millions d’euros)

	Personnes âgées	Personnes en situation de handicap	Ensemble des mesures nouvelles de l’OGD 2024
Mesures salariales et augmentation taux du CNRACL	138	126	264
EHPAD	358	-	358
Domicile	120	3	123
Inclusion sociale	-	31	31
Repérage et accompagnement précoce	-	44	44
Développement et transformation de l’offre personnes en situation de handicap	-	170	170
Autres mesures	-	21	21
<b>Total</b>	<b>616</b>	<b>396</b>	<b>1 011</b>

Source : commission des finances, d’après l’annexe 7 du PLFSS pour 2024.

#### ● L’article 37 ouvre la voie au transfert du financement des EHPAD vers la branche autonomie.

Le financement des EHPAD repose actuellement sur un modèle mobilisant trois financeurs différents :

- la sécurité sociale pour les charges liées aux soins ;
- le département et les résidents pour les charges liées à la dépendance ;
- les résidents pour les charges liées à l’hébergement.

Ce modèle de financement comporte d’importantes limites, notamment du fait de l’évolution du profil des résidents accueillis en EHPAD qui rend confuse la distinction entre les charges liées à l’hébergement et les charges liées à la

dépendance. L'implication de trois financeurs différents est également source de complexité et entraîne des coûts de gestion significatifs. Enfin, la marge de décision des conseils départementaux est relativement faible puisqu'elle se limite à la détermination de la valeur du point GIR départemental.

L'article 37 propose de simplifier le modèle de financement des EHPAD en fusionnant les sections soins et dépendance au sein d'une nouvelle section relative aux soins et à l'entretien de l'autonomie. Cette mesure sera ouverte à partir de 2025 aux conseils départementaux volontaires. Pour les départements qui auront fait ce choix, le budget des EPHAD sera composé de deux sections :

– une section financée par la branche autonomie et regroupant les dépenses ayant trait aux soins et à l'entretien de l'autonomie des personnes accueillies ;

– une section financée par les résidents regroupant les dépenses relevant de l'organisation collective de l'établissement, de son fonctionnement et celles pouvant relever de préférences individuelles.

La tarification de la nouvelle section fusionnée sera de la compétence des ARS et la CNSA, qui bénéficiera d'un apport de recettes, sera chargée de son financement.

Si tous les départements optaient pour ce transfert, la branche autonomie supporterait une dépense nouvelle de 3,6 milliards d'euros. Dans l'hypothèse où 10 départements entreraient dans ce nouveau régime de tarification, cette réforme aurait **un coût de 37 millions d'euros en 2025**.

**• L'article 38 créé un service de repérage, de diagnostic et d'accompagnement précoce pour toutes les situations de handicap.**

Le taux de prévalence du handicap est de 11,2 % pour les enfants de moins de 6 ans. Le diagnostic tardif des troubles du développement peut entraîner l'aggravation du handicap, une perte de chance pour l'enfance et une errance des familles. L'intérêt d'un accompagnement précoce de l'enfant et de sa famille, dès la suspicion d'un trouble, fait l'objet d'un consensus scientifique. Une prise en charge précoce permet en effet à l'enfant de développer des compensations pour une insertion en milieu ordinaire.

Aujourd'hui, la première étape du repérage s'effectue par la famille de l'enfant ou par des professionnels ou des structures non spécialisées, comme les médecins généralistes ou encore les professionnels de la petite enfance. Dans un second temps, le diagnostic et les interventions précoces sont réalisés par des acteurs dont la compétence est plus spécifique, comme les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ou encore les centres de ressources autisme (CRA).

Ce modèle de repérage implique de nombreux interlocuteurs, ce qui peut créer de la confusion pour les familles. Certains services, dont les CAMSP, sont

saturés et les délais d'attente avant l'obtention d'un premier rendez-vous sont importants. Deux types de parcours ont déjà été créés pour répondre à cela :

– un parcours de bilan et d'intervention précoce pour l'accompagnement et le diagnostic des enfants présentant un trouble du neuro-développement créé en 2019 ;

– le parcours coordonné de diagnostic, de réduction et de réadaptation pour l'accompagnement des enfants en situation de polyhandicap ou de paralysie cérébrale.

L'article 38 vise à créer un véritable service public pour assurer un diagnostic précoce et garantir des parcours de prise en charge pour tous les enfants jusqu'à six ans quel que soit leur handicap. Concrètement, un nouveau parcours sera créé, cumulatif avec les deux parcours existants : le « nouveau parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention ». Les structures impliquées dans le cadre de ce parcours seront désignées par arrêté du directeur général de l'ARS. Les CAMPS occuperont un rôle important. Les structures désignées pourront mobiliser des ressources propres et recourir à des professionnels libéraux dont la rémunération s'effectuera par forfait assuré par l'assurance maladie et les complémentaires santé. Compte tenu de l'importance des CAMPS dans le dispositif, l'article 38 modifie leurs modalités de financement en octroyant la possibilité au directeur de l'ARS d'abonder leur budget au-delà du ratio actuel de 80 %.

Cette mesure sera financée à hauteur de 169 millions d'euros à l'horizon 2028 sur l'ONDAM Soins de ville avec une hypothèse de taux de recours à 80 %.



## EXAMEN EN COMMISSION

*Au cours de sa réunion du mercredi 18 octobre 2023, la commission examine, pour avis, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 (n° 1682).*

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** J'ai le plaisir de vous présenter, pour la troisième année consécutive, les grandes lignes du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour l'année à venir. Ce budget porte la marque de la cohérence et de l'ambition : d'une part, vous le savez, le Haut Conseil des finances publiques (HCFP) a estimé « plausibles » et « vraisemblables » les hypothèses macroéconomiques sur lesquelles repose le texte – la Banque de France s'est d'ailleurs ralliée à ces prévisions ; d'autre part, ses dispositions visent à ouvrir de nouveaux droits aux assurés et à rendre le système plus juste.

D'après l'article liminaire, l'ensemble des administrations de sécurité sociale (ASSO) afficheraient un excédent de 0,7 point de produit intérieur brut (PIB) en 2023, puis 0,6 point en 2024. Nous nous concentrerons toutefois sur l'examen de l'équilibre général et des recettes, puis des dépenses, sur le périmètre plus restreint des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ROBSS) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV). Mon propos sera bref puisque nous aurons l'occasion d'approfondir certaines questions grâce aux amendements, deux fois plus nombreux que l'an dernier.

Pour ce qui est de l'équilibre général et des recettes, le déficit s'établirait à 8,8 milliards d'euros en 2023, après 19,7 milliards d'euros en 2022. L'amélioration tient aux recettes, qui ont progressé une fois et demie plus vite que les dépenses. La principale explication est la forte hausse du salaire moyen et de la masse salariale, ce dont chacun peut se réjouir. Pour 2024, le PLFSS envisage un solde négatif de 11,9 milliards d'euros, ramené à 11,2 milliards d'euros avec l'excédent du FSV. Les branches accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), famille et autonomie seraient excédentaires tandis que les branches maladie et vieillesse afficheraient un déficit, à hauteur respectivement de 9,3 milliards d'euros et 5,9 milliards d'euros.

Au total, les recettes atteindraient 630,7 milliards d'euros et les dépenses, 641,8 milliards d'euros. Parmi celles-là, les cotisations sont en hausse, de 4,7 %, représentant encore 48 % du financement ; la contribution sociale généralisée (CSG) augmente de 6,4 % et les autres impositions affectées, de 4,8 %. Les allègements sociaux sont compensés à plus de 96 % par l'État, par le biais d'affectations, comme celle d'une fraction de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) ou par des crédits.

Pour ce qui concerne les passifs, dans un an, 258,6 milliards d'euros auront été apurés et 137,9 milliards d'euros, soit un tiers, resteront à amortir par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Ce circuit dégage des marges de manœuvre pour les grands défis qui nous attendent, au lieu de rester dans les mains de créanciers pour moitié extra-européens. Les taux d'intérêt de la caisse étaient de 1,9 % en juillet : ses émissions, très performantes, attirent un nombre d'investisseurs record.

J'en viens aux mesures du PLFSS qui poursuivent notre effort de soutien au pouvoir d'achat, de modernisation de la gestion des régimes, de simplification des charges déclaratives pour les entreprises et de lutte contre la fraude aux cotisations ou aux prestations. Parmi celles-ci figurent la sécurisation de l'avance de trésorerie accordée par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) sur le crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile, car des montages irréguliers apparaissent assez fréquemment, le renforcement du contrôle des prélèvements dus par les utilisateurs de

plateformes numériques et la suppression de la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations de certains professionnels de santé sanctionnés par une caisse, leur ordre ou le juge. Sont également prévus la rationalisation des compensations apportées aux régimes spéciaux déficitaires ou à l'assurance chômage et un calcul plus efficient de la clause de sauvegarde sur les médicaments et les dispositifs médicaux.

S'agissant des dépenses, nous sortons de plusieurs années au cours desquelles la sécurité sociale a été fortement sollicitée pour faire face aux conséquences de la crise sanitaire. En 2023, les dépenses des ROBSS ont progressé à un rythme plus modéré que les années précédentes, ralenti par la normalisation progressive de la situation sanitaire. Au total, les dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) progresseraient de seulement 0,2 %. En retranchant les effets des mesures du PLFSS pour 2024, les dépenses retrouveraient une trajectoire de croissance prononcée, progressant de 5,2 % sous l'effet des revalorisations salariales en année pleine et des mécanismes d'indexation des prestations sur l'inflation.

Le PLFSS pour 2024 fixe l'ONDAM à 254,9 milliards d'euros, soit une hausse de 3,2 % par rapport à 2023. Il prévoit une dépense totale de 640 milliards d'euros dont 252 milliards d'euros pour l'assurance maladie.

Parmi les nouvelles mesures de ce texte, certaines visent à moderniser notre système de santé. Je pense notamment au rééquilibrage du financement des établissements de santé, en augmentant la part de leurs ressources qui reposent sur des objectifs de santé publique et des indicateurs de qualité c'est-à-dire en complétant le financement par la tarification à l'activité (T2A), ainsi qu'aux actions visant à garantir l'accès à des prises en charge et des médicaments innovants.

Si l'ONDAM connaît une hausse de 3,2 %, le PLFSS prévoit un total de 3,5 milliards d'euros d'économies. Elles devraient passer par la limitation du nombre d'arrêts de travail injustifiés et par le renforcement de la pertinence des soins, notamment dans la délivrance de certains médicaments.

En tant que médecin, je tiens à souligner les mesures ambitieuses que contient le texte pour renforcer la prévention en matière de santé publique. Voter contre le PLFSS revient à refuser d'assurer la gratuité des préservatifs et des protections hygiéniques pour les moins de 26 ans ou de lancer une campagne de vaccination contre les infections à papillomavirus humains, alors que cette vaccination permet d'éradiquer de nombreux cancers. Ce serait aussi refuser les bilans médicaux aux différents âges clefs de la vie, qui permettent pourtant d'informer les personnes les plus éloignées du dépistage.

Pour poursuivre la transformation de notre modèle de protection sociale et pour les mesures nouvelles qu'il contient, je vous invite à adopter le PLFSS pour 2024.

**M. Jean-René Cazeneuve, rapporteur général.** Le PLFSS pour 2024 fixe l'ONDAM à 254,9 milliards d'euros, en évolution de 3,2 % par rapport à 2023. Ces crédits supplémentaires permettront de financer les revalorisations salariales, ainsi que des mesures nouvelles pour renforcer la prévention et l'accès aux soins, ce qu'il faut saluer. Le PLFSS, comme le projet de loi de finances (PLF), prévoit également des mesures visant à garantir une meilleure maîtrise des finances publiques. Pouvez-vous détailler les principales mesures qui permettront de réaliser les 3,5 milliards d'euros d'économies annoncées ?

Ce PLFSS comprend une mesure importante visant à transformer le modèle de financement des établissements de santé, par une réduction de la part des financements liés à

l'activité. Si l'introduction de la T2A en 2004 a eu des effets positifs, le modèle actuel de financement est toutefois décorolé des objectifs de santé publique et la recherche de la rentabilité peut parfois contredire l'amélioration de la qualité des soins. La réforme introduite par l'article 23 du PLFSS permettra-t-elle de répondre aux critiques adressées à la T2A ?

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Le PLFSS prévoit en effet certaines mesures visant à mieux maîtriser les dépenses, en particulier en s'assurant de la pertinence des dépenses d'arrêt maladie et en renforçant les modalités de contrôle des prescripteurs et des assurés. D'autres dispositions visent à inciter les patients à recourir aux transports partagés, à réduire la consommation de médicaments, en particulier des antibiotiques, lorsqu'ils ne sont pas indispensables et à élargir les compétences des pharmaciens pour délivrer directement des antibiotiques – un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) pourra être réalisé en pharmacie quand une angine ou une cystite est suspectée.

Le financement par la T2A a été beaucoup décrié mais, depuis 2018, le Gouvernement a apporté différentes améliorations, dont la montée en charge du dispositif d'incitation financière de l'amélioration de la qualité. Aux termes du PLFSS pour 2024, le financement des établissements de santé s'organisera désormais en trois catégories : les activités standard, de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO), financées à l'activité, pour des actes codifiés, les activités de soins aigus et les prises en charge spécifiques, dont le coût sera défini avec les organisations médicales dans le courant de l'année 2024, enfin, les activités répondant à des objectifs de santé publique, qui seront financées par des dotations spécifiques. Ces modes de financement combinés permettront de prendre davantage en compte les besoins des territoires et de réduire les inégalités entre eux.

**M. le président Éric Coquerel.** Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

**M. Dominique Da Silva (RE).** Eu égard aux crises successives que nous avons affrontées et que nous affrontons, ce PLFSS présente des moyens à la hauteur des enjeux – protéger notre pays, refonder notre système de santé et préserver le pouvoir d'achat des Français des effets de l'inflation, qui reste élevée. Bien sûr, la trajectoire financière de la sécurité sociale est dégradée, en raison des réponses nécessaires et massives qu'il a fallu apporter à la crise sanitaire. Le déficit de la branche maladie s'est toutefois résorbé en partie, passant de 21 milliards d'euros en 2022 à 9,5 milliards d'euros en 2023. On peut saluer ce résultat, même s'il reste une marge de progression pour atteindre l'équilibre.

Nous le savons, cette vigilance à l'égard de notre trajectoire budgétaire est la condition de la pérennité du système assurantiel public français, protecteur et universel, au cœur de la solidarité nationale.

Pour notre groupe et notre majorité, soutenabilité rime avec responsabilité, par la maîtrise des dépenses comme par la poursuite de l'investissement dans notre système de santé. Assumer certaines mesures d'économies et d'efficacité, c'est permettre des investissements nécessaires au maintien de notre système social et trouver un juste point d'équilibre entre un fonctionnement responsable et un investissement dans l'avenir. Ce PLFSS pour 2024 s'inscrit ainsi dans une démarche globale de maîtrise des dépenses publiques, puisqu'il contribue à l'objectif de réduction du déficit public sous la barre des 3 % du PIB à l'horizon de 2027, soit le niveau que nous avons atteint avant la crise, en 2018 et 2019.

Le groupe Renaissance votera évidemment ce texte de responsabilité budgétaire ; il le votera surtout parce qu'il comporte des mesures fortes et inédites.

**M. Jocelyn Dessigny (RN).** La crise du covid-19 n'explique pas la situation de la sécurité sociale : le plein emploi aurait dû permettre de retrouver une situation normale. Si les finances sociales ne suivent pas, c'est que le pseudo-miracle de l'emploi est surévalué par le Gouvernement et que la France connaît une crise de la productivité.

Du fait de l'ubérisation de la société, des pseudo-emplois sont créés : les créateurs d'entreprises sont en réalité des employés indépendants, qui ne représentent pas des emplois à temps plein. Que ce soit dans l'alimentaire ou le bâtiment, ces métiers ubérisés n'apportent aucune valeur ajoutée, aucune productivité. De plus, les salaires sont si faibles qu'ils doivent être complétés par le revenu de solidarité active (RSA) ou par l'aide au retour à l'emploi (ARE).

Avec la nouvelle loi pour le plein emploi, les personnes dites indépendantes se retrouveront sans complément, puisqu'on compte leur retirer le RSA : elles seront donc encore plus précaires qu'aujourd'hui et craignent de se retrouver sans aucun revenu. Que leur répondez-vous ? Comment faire pour qu'elles ne se retrouvent pas à la rue ?

**M. Damien Maudet (LFI-NUPES).** Nous ne pouvons pas voter un tel texte. C'est triste, désespérant, voire énervant. On sort de plusieurs années de crise, d'une année d'enfer : dans les hôpitaux, des services ont été fermés partout ; cet été, des enfants ont été transférés à plusieurs kilomètres de leur domicile ; d'autres ont été intubés dans les couloirs cet hiver – cela n'était jamais arrivé avant. Un Français sur trois renonce à se soigner.

Vous présentez un budget qui, très explicitement, prévoit 600 millions d'euros d'économies sur l'hôpital. Toutes les fédérations hospitalières disent que ce budget ne va pas : selon la Fédération hospitalière de France (FHF), il manque 3,5 milliards d'euros, c'est-à-dire que le budget ne compense même pas l'inflation et la hausse du point d'indice.

Vous dites que le budget est « à la hauteur des enjeux ». Un texte qui contient cent fois le mot « économies » et une seule fois le mot « hôpital » ne peut pas être à la hauteur des enjeux. L'enjeu est de pouvoir soigner tout le monde, non de faire des économies sur le dos des Français. La Confédération générale du travail (CGT) de Saint-Junien nous a alertés sur la situation de ses services d'urgence et du centre hospitalier Roland Mazoin : « Depuis le 19 juillet, on a douze fermetures partielles ou totales dues à un manque d'effectif médical, qui va malheureusement persister et se reproduire dans les prochains mois car on a des difficultés de recrutement. Les agences seront fermées le 17 et le 24 octobre. Parfois, cela tient à un seul médecin. » Avec ce texte, qui prévoit 4 milliards d'euros d'économies sur l'hôpital, que dire aux travailleurs de ces hôpitaux ou aux personnes qui, à Limoges, attendent neuf jours aux urgences ? Ce n'est pas à la hauteur des enjeux.

Vous dites que l'on revient au niveau d'avant la crise, sauf qu'il y a eu la crise entre-temps. Le niveau est catastrophique et vous ne prévoyez rien d'ambitieux : vous promettez quelque chose qui est pire que ce que nous avons eu l'an dernier.

**Mme Marie-Christine Dalloz (LR).** J'espère que le PLFSS ne se limite pas à la gratuité des préservatifs et des protections périodiques pour les moins de 26 ans, car la façon dont le rapporteur pour avis a amené le débat était surprenante.

Plus sérieusement, vous parlez d'une meilleure maîtrise des finances publiques. Dans les hôpitaux ou les agences régionales de santé (ARS), avez-vous la volonté d'inverser le ratio entre soignants et administratifs ou d'augmenter l'ensemble du personnel ? Avoir des soignants en face des patients, voilà la première priorité que la France devrait s'assigner.

De plus, les tensions d'approvisionnement en médicaments rendent le parcours de soins de nos concitoyens très difficile. Un nombre inquiétant de pharmacies dénoncent des pénuries de certains antibiotiques. J'espère que le Gouvernement et la majorité ont pris en main cette réalité.

Il est en revanche positif que vous ayez décidé d'élargir les compétences des pharmaciens. Il reste à définir les contours du dispositif avec la profession.

Enfin, la prescription d'arrêt de travail en téléconsultation pousse le groupe Les Républicains à s'interroger. Quand on sait que ce poste représente 15,8 milliards d'euros de dépenses annuelles, et que la contre-visite demandée par les employeurs est un parcours complexe, on peut souhaiter qu'elle soit limitée à un jour, au lieu de trois.

Pour toutes ces raisons, nous voterons contre ce PLFSS.

**Mme Perrine Goulet (Dem).** Le PLFSS pour 2024 dont nous sommes saisis pour avis prévoit des dépenses à hauteur de 640 milliards d'euros, qui permettront d'investir dans notre système de santé, dans la politique familiale et sociale ainsi que dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Nous saluons le renfort de la prévention et de l'accès aux soins, avec notamment la prise en charge de tous les moyens de contraception jusqu'à 26 ans et celle des culottes ou coupes menstruelles, pour lutter contre la précarité menstruelle, avec le développement de la couverture vaccinale contre le papillomavirus et avec l'élargissement des compétences des pharmaciens, permettant de prendre en charge les cystites simples et les angines afin de permettre l'accès aux soins.

En outre, en tant que membres de la commission des finances, garants de l'équilibre du budget, nous accueillons favorablement les mesures visant à renforcer la lutte contre les abus et les fraudes sociales. Nous souhaitons faire évoluer la branche famille, en lien avec l'évolution de notre société – par exemple, avec le partage de toutes les prestations familiales entre les deux parents en cas de garde partagée –, avec l'allongement du complément de libre choix de mode de garde (CMG) jusqu'aux 11 ans de l'enfant, avec la refonte du barème de la prime de naissance, pour mieux répondre aux besoins identifiés lors de l'arrivée de l'enfant. Malheureusement votre interprétation de l'article 40 de la Constitution, monsieur le président, ne nous permettra pas de discuter des amendements déposés à cette fin puisqu'ils ont été déclarés irrecevables, y compris lorsque, tel l'amendement prévoyant le partage des prestations familiales entre les deux parents, ils ne créaient pas de charge.

Nous n'oublions pas les autres branches, dont la branche autonomie, avec le relayage des aidants, l'élargissement des compétences des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et la refonte de la grille des points des groupes iso-ressources (GIR).

Pour toutes ces raisons, nous apporterons nos voix à ce rapport pour avis.

**M. Christian Baptiste (SOC).** Le PLFSS pour 2024 ne contient aucune réforme d'envergure face aux multiples crises sanitaires et sociales – crise de l'hôpital public, des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD), du secteur de la petite enfance, etc. Pire, il enregistre une trajectoire d'appauvrissement de la sécurité sociale, avec un déficit qui passerait de 9,6 milliards d'euros en 2023 à 20,3 milliards d'euros en 2027. Après la réforme des retraites, le *hold-up* des pensions d'invalidité, voici la nouvelle mesure qui se prépare contre les accidentés du travail. Selon les statistiques de la direction générale des statistiques de la Commission européenne (EUROSTAT) sur la mortalité au travail, la France est largement en tête, avec un taux deux fois supérieur à la moyenne européenne.

Le texte propose un véritable recul des droits acquis. Il consacre le principe d'une indemnisation au rabais, largement financée par les assurés eux-mêmes : c'est Pierre que l'on déshabille, pour faire semblant d'habiller Paul.

De plus, le PLFSS pour 2024 comporte un important volet visant à lutter contre la fraude aux cotisations et aux prestations sociales, avec des dispositions permettant par exemple de limiter les arrêts de travail prescrits en téléconsultation. Selon la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), le montant des fraudes s'élève à 351,4 millions d'euros en 2022, soit 0,39 % des prestations versées. En regard de cela, 20 à 37 % des personnes renoncent à demander les aides auxquelles elles ont droit : le non-recours représente trente fois plus que la fraude. Les entreprises bénéficieront pleinement de cet effort, y compris les délinquants sur le plan pénal ou les personnes qui ne respectent pas la santé au travail des salariés.

En matière d'indemnisation des accidentés du travail, la réforme attendue n'est pas au rendez-vous. Bien au contraire, le texte vise à réduire le droit à réparation de ces derniers.

Pour toutes ces raisons, le groupe Socialistes et apparentés votera contre le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

**M. Christophe Plassard (HOR).** Le PLFSS s'inscrit, cette année encore, dans un contexte budgétaire contraint. Les dépenses sociales devraient dépasser 600 milliards d'euros – soit un montant supérieur à celui du budget de l'État. Le groupe Horizons et apparentés rappelle son attachement à l'équilibre des comptes et à l'efficacité de la dépense publique. Chaque euro de l'argent des Français doit être dépensé d'une façon juste et efficace. Dans ce contexte, nous soulignons que si l'ONDAM reste dynamique – il augmentera de 3,2 % –, cela s'accompagnera de réformes structurantes qui sont nécessaires et d'une trajectoire prévoyant 3,5 milliards d'euros d'économies rationnelles, fondées sur l'efficacité et la santé publique.

Les mesures et les réformes ambitieuses qui sont inscrites, en nombre, dans ce texte traduisent les engagements du Gouvernement – investir dans la prévention, par une politique vaccinale d'ampleur, le déploiement des rendez-vous de prévention ou encore l'accès gratuit à toute forme de contraception pour les jeunes, repenser notre modèle de financement en l'adaptant aux enjeux actuels, grâce à une évolution du financement des hôpitaux et des EHPAD, au parcours de soins coordonné et à la simplification des financements pour l'innovation en matière de médicaments, assurer l'accès aux médicaments pour tous, notamment afin de lutter contre les pénuries, en agissant au niveau de la fabrication, de la prescription ou de la délivrance, lutter contre la fraude sociale et responsabiliser tous les acteurs du système de santé, parce qu'il est impensable que ces dépenses soient alourdies par des abus, enfin, pérenniser les réformes du marché du travail et des retraites adoptées par le Parlement depuis le début du quinquennat, notamment l'augmentation des pensions de retraite et le financement de la fermeture des régimes spéciaux.

Mon groupe salue un texte d'équilibre entre responsabilisation, réformes structurantes attendues et nouveaux droits.

**M. Karim Ben Cheikh (Écolo-NUPES).** Ce texte n'est pas un projet de loi d'investissement dans le système de soins et d'accompagnement. Il s'inscrit en effet dans une trajectoire d'austérité tracée par la loi de programmation des finances publiques (LFPF), qui est passée en force grâce à l'utilisation du 49.3, et il est construit selon une logique d'enveloppe fermée, l'objectif affiché par le Gouvernement étant de réaliser des économies à hauteur de 15 milliards d'euros.

Nous nous inquiétons des contraintes que vous faites peser sur le budget : la nécessaire transformation du système de soins et d'accompagnement, pour aller vers une société de la pleine santé, appelle nécessairement des investissements massifs. Or la trajectoire du sous-objectif de l'ONDAM relatif aux établissements de santé n'a eu de cesse d'être rectifiée en raison de sa sous-exécution : de 100,7 milliards d'euros dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023, ce sous-objectif est passé à 101,3 milliards d'euros en avril dernier et il atteint désormais 102,5 milliards d'euros. Face à un tel rafistolage budgétaire, comment les hôpitaux peuvent-ils prévoir leur trajectoire financière dans la durée ?

Toutefois certaines dispositions sont à saluer, comme la gratuité des préservatifs et des protections menstruelles pour les moins de 26 ans, le lancement d'une campagne nationale de vaccination contre le papillomavirus dès la cinquième, l'évolution du financement des EHPAD avec la fusion des sections soins et dépendance dans leurs comptes ou encore les prémices de la transition écologique des établissements de santé.

S'agissant de la gratuité des protections menstruelles et des préservatifs, pourquoi une limitation à 26 ans a-t-elle été fixée alors qu'il s'agit avant tout d'une question de santé publique ?

Enfin, vous ne prévoyez toujours rien pour participer au financement de la couverture sociale des Français établis hors de France.

Dès lors que vos mesures iront dans le bon sens, nous les soutiendrons, mais un saupoudrage de dispositions ne suffira pas à cacher l'encadrement des dépenses de santé par leur cantonnement en deçà de 22 % du PIB jusqu'en 2027.

Pour ces raisons, le groupe Écologiste-NUPES ne pourra soutenir le PLFSS pour 2024.

**M. Jean-Marc Tellier (GDR-NUPES).** Quelles nouvelles recettes prévoyez-vous pour financer nos retraites et notre protection sociale ? Vous dites que le déficit se résorbe, mais à quel prix sur le plan social et pour la santé ?

La réforme des retraites était censée en finir avec le déficit et la dette. Or votre budget confirme qu'il n'en est rien et les salariés qui voient la date de liquidation de leur pension reculer commencent à le sentir passer. Nous espérions que le PLFSS rectifierait le texte antisocial et antidémocratique adopté au printemps, mais l'ONDAM compresse chaque année les dépenses de santé : il augmentera l'an prochain de 3,2 %, ce qui est moins que l'augmentation traditionnelle et risque même d'être inférieur à l'inflation.

L'année qui vient de s'écouler montre la fragilité des estimations gouvernementales en ce qui concerne l'ONDAM. Quant à 2024, l'objectif retenu est d'autant plus irréaliste que notre système de santé est sous tension et que cela fait des années qu'on lui demande de faire toujours plus d'économies. Cela aura des conséquences sur les professions et les établissements de santé ainsi que sur les patients. Vous ne voulez toujours pas voir une réalité incontournable : l'hôpital public est en crise, mais le Gouvernement prévoit 500 millions d'euros d'économies au nom de l'efficacité.

En ce qui concerne la santé mentale, aucune mesure n'est annoncée malgré l'échec du dispositif « mon soutien psy » et alors qu'il faudrait embaucher massivement des psychologues dans le secteur public.

Enfin, le volume des soins délivré à l'hôpital n'a toujours pas retrouvé son niveau de 2019.

C'est notamment pour ces raisons que notre groupe votera contre le PLFSS.

**M. Charles de Courson (LIOT).** J'ai quatre petites questions pour notre rapporteur pour avis.

La FHF estime que l'ONDAM est en dessous des besoins, à hauteur de 1,9 milliard d'euros en 2023 et de 2 milliards d'euros pour 2024. L'ONDAM qui nous est proposé permettra-t-il d'équilibrer les budgets des hôpitaux ?

La réduction de la T2A conduira à faire appel à de nouvelles dotations relatives à des objectifs de santé publique. Sait-on exactement comment les ARS feront leurs estimations ?

S'agissant des EHPAD, 50 000 emplois supplémentaires étaient prévus d'ici à 2027 : 3 000 ont été créés cette année et le PLFSS en annonce 6 000 pour 2024. Il reste donc 41 000 emplois à créer en trois ans. Cela vous paraît-il possible ?

Enfin, quelle est votre position sur le prélèvement de 1 milliard sur l'Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres et l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (AGIRC-ARRCO) ?

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Monsieur Dessigny, oui, le chômage baisse. Vous dites qu'il s'agit, si j'ose dire, d'emplois déclassés. Sachez quand même que le taux d'emploi, qui est un indicateur plus représentatif du travail, augmente, ce qui contredit vos affirmations. Si vous êtes préoccupé par la réforme de l'emploi, nous le sommes par la trappe à précarité qui existera si nous n'aidons pas les Français à sortir du chômage. Nous marchons sur les deux jambes : d'un côté, nous faisons une réforme pour inciter nos concitoyens à reprendre un emploi et, de l'autre, nous les aidons à trouver un emploi ou à se former.

M. Maudet n'a parlé que de l'hôpital public. Nous nous intéressons à toute la santé, en particulier la médecine de ville. Il est très important que le ministre de la santé et de la prévention redémarre des négociations avec ces praticiens, qui constituent la première ligne, le premier domino qui peut faire tomber tous les autres. On peut réaliser des économies à l'hôpital. Mme Dalloz a déjà un peu répondu sur ce point en évoquant le ratio entre soignants et administratifs : il est vrai qu'il y a plus d'emplois administratifs à l'hôpital en France qu'ailleurs en Europe. J'avais interrogé le précédent ministre : une réflexion était en cours sur la manière de réduire le ratio, étant entendu que cela ne peut pas se faire du jour au lendemain. Des économies peuvent être faites, notamment grâce à des procédures beaucoup plus simples. Je me souviens d'une époque – vous ne me contredirez peut-être pas, monsieur le président – durant laquelle l'extrême gauche se méfiait beaucoup de la bureaucratie : arrêtons avec la bureaucratie et essayons d'être plus efficaces.

En effet, des services d'urgences ont pu fermer. Nous avons ouvert des postes, mais ils ne sont pas tous pourvus. J'aimerais qu'on me dise comment on peut créer en un an des infirmières, des médecins, du personnel... Toutefois l'attractivité s'est un peu renforcée, notamment du côté des infirmières, et les postes ouverts seront pourvus d'une manière plus ou moins progressive – il faut quand même un certain délai, car cela ne se fait pas d'un claquement de doigts.

Madame Dalloz, je suis d'accord avec vous en ce qui concerne le rapport entre les personnels soignants et administratifs. Pour ce qui est des arrêts de travail, M. Attal, alors qu'il était ministre délégué chargé des comptes publics, voulait lutter contre la fraude – le nombre d'arrêts de travail délivrés à distance avait explosé. Néanmoins, l'interdiction pure et simple de la prescription d'arrêts de travail lors des téléconsultations a été censurée par le Conseil constitutionnel. Désormais, les arrêts de plus de trois jours ne pourront être prescrits qu'en présentiel : cela ne vous suffira peut-être pas, mais c'est une première avancée importante.

Madame Goulet, l'amendement que vous avez déposé sur la prime de naissance n'est pas complètement satisfaisant, mais les préoccupations que vous avez exprimées sont importantes. Vous pourrez travailler avec la ministre des solidarités et des familles : Mme Bergé veut revoir de manière générale toute cette politique et je pense que des réponses iront dans le sens que vous souhaitez.

Monsieur Baptiste, je n'ai pas tout à fait la même lecture que vous de la réforme prévue en matière d'AT-MP. La dualité qui a été reconnue permet non seulement d'indemniser le handicap résultant de l'accident du travail mais aussi de prendre en compte la faute de l'employeur, ce qui est complémentaire. Un chiffrage a été réalisé : si on supprimait l'article 39 du PLFSS, on perdrait 250 millions d'euros.

Le non-recours est une vraie préoccupation pour le Gouvernement, qui étudie cette question car elle est moins simple qu'on peut le penser. Il faut que tous les fichiers informatiques puissent communiquer entre eux.

S'agissant des fraudes aux cotisations, nous marchons là encore sur les deux jambes : le texte traite aussi, d'une manière significative, des fraudes des professionnels de santé.

Monsieur Ben Cheikh a également parlé des hôpitaux publics – on voit bien que la médecine de ville n'est pas très importante pour vous. Elle est pourtant, je le redis, le premier domino qui peut faire tomber tout le reste. Je rappelle, par ailleurs, que nous avons voté la reprise et l'apurement de près de la moitié de la dette des hôpitaux en 2020, afin de leur permettre de souffler et de rebondir, notamment grâce à des investissements. Venez chez moi à Agen : vous verrez les bienfaits de cette démarche. Si les hôpitaux avaient encore à supporter la même charge, vous pourriez nous reprocher, en effet, de ne pas faire évoluer l'ONDAM, d'être en retard, mais ce n'est plus le cas.

Monsieur Tellier, je vous invite à relire le rapport que le Conseil d'orientation des retraites (COR) a remis six mois après la réforme. Il montre que tout ce qu'on nous reprochait était faux. D'abord, le déficit que certains contestaient est important. Ensuite, le texte que nous avons adopté comporte de grandes avancées pour les petites retraites. Les avancées sont également très importantes, à l'exception de personnes nées certaines années, du point de vue des différences entre les hommes et les femmes.

À un niveau plus philosophique, quand le niveau de vie des retraités est plus élevé que celui des actifs, il faut vraiment aider les retraités pauvres, comme nous l'avons fait, mais ne pas laisser toute la charge à nos enfants et à nos petits-enfants. Nous avons déjà 3 000 milliards d'euros de dette publique : n'alourdissons pas la part liée aux retraites.

Monsieur de Courson, en ce qui concerne l'ONDAM, je vous répondrai d'une manière plus détaillée lorsque nous aborderons les amendements. Néanmoins je peux déjà vous dire que des chiffres montrent que l'ONDAM est suffisant et qu'il y a budgétairement un report sur le privé – un rapport très important le montre.

S'agissant de la réforme de la T2A, le Gouvernement travaillera toute l'année prochaine – au moins – sur les contours des futures enveloppes et nous pourrons ensuite regarder ensemble comment les ARS les appliqueront.

Pour ce qui est des EHPAD, je ne sais pas si tous les postes seront pourvus d'ici à la fin du mandat, mais les postes sont ouverts et l'attractivité a un peu progressé grâce à la revalorisation du travail de nuit pour les infirmières et l'ensemble du personnel. J'espère que la situation continuera à évoluer en ce sens : on a tellement parlé des EHPAD que plus personne ne voulait y travailler. Je crois que les mesures que nous avons prises sont en train d'inverser la tendance. Nous verrons si c'est suffisant.

L'AGIRC-ARRCO bénéficiera beaucoup des avancées liées à la réforme des retraites. La vision du Gouvernement est tout simplement qu'il faut partager, pour améliorer la situation de nos finances, non pas des sommes antérieurement acquises, mais ce que la réforme des retraites permettra à l'AGIRC-ARRCO de gagner. Vous avez sans doute entendu, comme moi, M. Dussopt, ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion, s'exprimer à ce sujet.

**M. le président Éric Coquerel.** D'abord, je ne me reconnais pas dans le vocable d'« extrême gauche » ; ensuite, je suis toujours étonné qu'on accole les termes « administration » et « bureaucratie » : c'est un peu désobligeant pour les agents concernés.

Je rappelle aussi que les frais de gestion et les frais administratifs du système assurantiel privé des États-Unis sont plus importants que ceux de la sécurité sociale française – ce sont des éléments assez bien documentés.

Enfin, je ne crois pas que le recrutement de soignants doive se faire en retirant des postes au personnel administratif : lui aussi travaille, il prend les rendez-vous, il gère toutes les questions administratives, qui sont importantes, dans les hôpitaux. Il faut embaucher des soignants et surtout commencer par les augmenter – sinon on n'en trouvera pas –, mais pas sur le dos du personnel administratif.

## EXAMEN DES ARTICLES

**Article liminaire :** *Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2023 et 2024*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article liminaire non modifié.*

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

**Article 1<sup>er</sup> :** *Rectification des prévisions de recettes, des tableaux d'équilibre et des objectifs de dépense pour 2023*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 1<sup>er</sup> non modifié.*

**Article 2 :** *Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 2 non modifié.*

**Article 3 :** *Rectification de la contribution des régimes d'assurance maladie et de la branche autonomie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé et de la contribution de la branche autonomie aux agences régionales de santé*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 3 non modifié.*

**Article 4 :** *Rectification du montant M de la clause de sauvegarde pour 2023*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 4 non modifié.*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de la première partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale non modifiée.*

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

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

Chapitre I<sup>er</sup>

**Renforcer les actions de lutte contre la fraude aux cotisations**

*Article 5 : Réforme de la procédure de l'abus de droit, sécurisation du dispositif d'avance immédiate et adaptation de son calendrier*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 5 non modifié.*

*Article 6 : Renforcement des obligations des plateformes numériques pour garantir le paiement des cotisations dues par leurs utilisateurs*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 6 non modifié.*

*Article 7 : Annuler la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux en cas de fraude*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 7 non modifié.*

**Après l'article 7**

*Amendement CF47 de M. Franck Allisio.*

**M. Frédéric Cabrolier (RN).** L'usage des fichiers administratifs et leur bonne tenue constituent des éléments essentiels en matière de lutte contre la fraude. Le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) est ainsi un outil majeur pour les services chargés de la lutte contre la fraude. Notre amendement tend à élargir le champ de ce fichier en y incluant pour chaque bénéficiaire l'ensemble des prestations sociales, y compris leur montant, et les avantages en nature servis par les organismes sociaux, en vue de faciliter la réalisation de contrôles par tous les acteurs ayant accès à ces informations.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Je vous demande de retirer cet amendement et, à défaut, j'y donnerai un avis défavorable. Votre amendement est satisfait : le RNCPS recense pour chaque bénéficiaire l'ensemble des prestations, y compris leur montant, et les avantages en nature qui lui sont servis par les organismes sociaux.

*La commission rejette l'amendement CF47.*

*Amendement CF46 de M. Franck Allisio.*

**M. Frédéric Cabrolier (RN).** Le renforcement de la complémentarité entre les différents services et de leur coopération est une nécessité dans le cadre de la lutte contre la fraude, sous toutes ses formes. La mise en commun de fichiers utilisés par diverses administrations et la possibilité pour les services chargés de la lutte contre la fraude d'avoir accès à cet ensemble sont donc des axes majeurs à suivre. Cet amendement a pour objectif de permettre aux comités opérationnels départementaux antifraude (CODAF) et aux membres de

la délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF) d'accéder, dans le cadre de leurs missions, aux informations contenues dans le RNCPS.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Tous les membres des CODAF, notamment des représentants de la caisse d'allocations familiales (CAF), de Pôle emploi, des organismes de recouvrement, de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), de la caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) ou encore de la caisse locale de Mutualité sociale agricole (MSA), ont accès à ce fichier. Par ailleurs, cela fait trois ans que la DNLF a été remplacée par la mission interministérielle de coordination antifraude (MICAF), qui est chargée de gérer les CODAF et a accès au répertoire. Cet amendement satisfaisait, je vous demande de le retirer, à défaut de quoi j'émettrais un avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement CF46.*

*Amendement CF51 de M. Franck Allisio.*

**M. Frédéric Cabrolier (RN).** Nous proposons d'élargir le champ des outils à la disposition des URSSAF en leur permettant de prendre des mesures conservatoires dans le cadre de leur mission de lutte contre la fraude des entreprises, qui pourra ainsi être exercée au mieux.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Il est déjà possible d'adopter des mesures conservatoires dans certains cas, mais pas préventivement. Si les gens n'ont pas été condamnés, comment fera-t-on ? En fonction du ressenti en matière de fraude ? Mon avis est défavorable.

*La commission rejette l'amendement CF51.*

*Amendement CF58 de M. Marc Le Fur*

**M. Marc Le Fur (LR).** Cet amendement vise à revenir sur la décision inique, prise en 2018, d'augmenter la CSG pour les retraités. Nous vous proposons une mesure d'équité qui répond à un impératif de pouvoir d'achat, d'autant plus nécessaire en cette période d'inflation record.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Vous laissez entendre que tous les retraités ont tous un taux de CSG de 8,3 %, ce qui n'est pas exact. Selon le revenu fiscal de référence, il existe également des taux de 6,6 %, 3,8 % et même 0 % dans certains cas puisqu'il y a des exonérations. S'il faut aider les retraités pauvres, la réforme des retraites contient des avancées plus que significatives qui aident beaucoup ceux qui ont de toutes petites retraites. Mon avis est défavorable.

**M. le président Éric Coquerel.** Cet amendement soulève le problème majeur de la non-progressivité de la CSG.

*La commission rejette l'amendement CF58.*

*Amendement CF62 de M. Alexandre Sabatou*

**M. Philippe Lottiaux (RN).** L'emploi d'étrangers ayant la citoyenneté d'un pays non membre de l'Union européenne fait une concurrence déloyale aux travailleurs nationaux et tire les salaires vers le bas. Nous proposons d'imposer une contribution sociale supplémentaire aux employeurs qui font le choix de recruter un étranger non communautaire.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Mon avis est défavorable. Je ne suis pas sûr que cet amendement passerait le Conseil constitutionnel car il créerait des discriminations trop importantes.

**Mme Marina Ferrari (Dem).** Pour un mouvement politique qui prétend défendre les artisans, les commerçants et les agriculteurs, qui ont besoin d'une main-d'œuvre étrangère, souvent extra-communautaire, le Rassemblement national tape à côté. On retrouve bien là sa ligne politique désastreuse consistant à stigmatiser une partie des personnes.

*La commission rejette l'amendement CF62.*

*Amendement CF91 de Mme Christine Pires Beaune*

**Mme Christine Pires Beaune (SOC).** Je souhaite tout d'abord apporter une précision sur l'article 7 du PLFSS. Nous considérons qu'il va dans le bon sens puisqu'il prévoit la possibilité, en cas de fraude, de recouvrer le montant payé par l'assurance maladie auprès des professionnels.

Mon amendement vise à clarifier le financement de la branche autonomie. Les recettes de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), sont multiples – fractions de la CSG et de la taxe sur les salaires, contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA). L'objectif est de les remplacer, à enveloppe constante, par une cotisation unique reposant sur l'assiette de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), afin que tous les revenus soient mis à contribution.

**M. le président Éric Coquerel.** Je précise que mon groupe est également favorable à l'article 7.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Je m'étonne que vous ayez fait le choix de retenir l'assiette de la CRDS. De ce fait, seuls les salariés et les retraités paieraient, les employeurs n'étant plus tenus de cotiser. Je vous demande de retirer l'amendement.

**Mme Christine Pires Beaune (SOC).** Actuellement, seuls 4 % des gens ne payent pas de contribution à la CNSA. Or une allocation universelle suppose un financement universel. Le but n'était pas d'exclure mais de faire cotiser les 4 % qui y échappent. Je retire donc mon amendement pour réexaminer cette question.

*L'amendement CF91 est retiré.*

## Chapitre II

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

**Article 8 :** *Simplification de l'organisation du recouvrement*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 8 non modifié.*

**Article 9 :** *Simplification du schéma de financement du système de retraite dans le cadre de l'extinction des régimes spéciaux*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 9 non modifié.*

**Article 10** : *Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale et avec le budget de l'État*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 10 non modifié.*

### **Après l'article 10**

*Amendement CF3 de M. Fabrice Brun*

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Plusieurs amendements portent sur l'exonération de cotisations patronales pour l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi dans le secteur agricole (TO-DE). Vous proposez de remonter le seuil d'exonération de 1,2 fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) à 1,25 fois le SMIC. Cela me paraît inopérant : le salaire moyen des saisonniers concernés est de toute façon autour de 1,14 fois le SMIC. De plus, grâce à la révision de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale que nous avons adoptée en 2022, les niches sociales doivent faire l'objet d'une évaluation tous les trois ans. Le TO-DE ayant été repoussé, une évaluation de cette niche aura lieu en 2026 au plus tard. Mon avis est défavorable.

**M. Charles de Courson (LIOT).** Je souhaitais intervenir sur l'article 9 du PLFSS car il soulève beaucoup de problèmes, en particulier son alinéa 22. Le montant de la contribution des régimes de retraite complémentaires devra être fixé par voie de convention entre ces régimes et le régime général ; à défaut, un dispositif autoritaire s'appliquera à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2025. C'est, semble-t-il, sur cette base que le Gouvernement envisage de prélever 1 milliard sur le régime AGIRC-ARRCO dès 2024. Quelle interprétation faut-il donner à cet alinéa 22 ?

Par ailleurs, l'article 9 du PLFSS vise toute une série de régimes spéciaux qui ont été émis en extinction à l'exception d'un seul : celui de la Banque de France, qui dispose d'une quinzaine de milliards en réserve. Que devient cette réserve ? Le PLFSS ne contient aucune disposition à ce propos.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** La Banque de France n'est pas citée parce qu'elle a suffisamment de réserves pour éteindre progressivement son régime. Nous compensons seulement les régimes déficitaires.

Par ailleurs, concernant le prélèvement sur l'AGIRC-ARRCO, je crois à la négociation : je suis donc persuadé qu'il y aura une convention. À défaut, cela sera appliqué par décret : c'est ce qui se fait toujours. M. Dussopt s'est fortement engagé sur le sujet.

**M. le président Éric Coquerel.** J'ai un petit doute...

**M. Charles de Courson (LIOT).** Les partenaires sociaux ont publié une communication s'y opposant, à l'unanimité.

*La commission rejette l'amendement CF3.*

*Amendements identiques CF5 de M. Fabrice Brun et CF9 de Mme Lise Magnier*

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Nous avons vu cet amendement l'an dernier. Vous souhaitez étendre le bénéfice du TO-DE aux coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) alors qu'elles ont pour objet de mutualiser l'investissement agricole. De plus, leurs employés saisonniers sont souvent qualifiés et rémunérés au-dessus du seuil d'exonération. Quant aux agriculteurs qui font partie des CUMA, ils peuvent bénéficier

de leur côté du TO-DE. Je vous demande le retrait de cet amendement ou exprime à défaut un avis défavorable.

**M. Charles de Courson (LIOT).** Quelle est la différence entre une coopérative faisant de la prestation de services, qui bénéficie du TO-DE, et une CUMA, qui recrute du personnel pour faire fonctionner le matériel qu'elle met à disposition de ses adhérents ?

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Vous parlez des coopératives de production, alors que les CUMA sont des coopératives d'investissement : ce n'est pas de même nature. De plus, les adhérents des CUMA peuvent eux-mêmes bénéficier du TO-DE.

**M. Marc Le Fur (LR).** Non seulement la CUMA achète du matériel, mais elle l'utilise. Pour ce faire, elle dispose de salariés, qui doivent eux aussi pouvoir entrer dans le périmètre du TO-DE.

**Mme Véronique Louwagie (LR).** Il faut prendre en considération l'évolution des CUMA : les agriculteurs se regroupent pour mettre en commun le matériel et, de plus en plus, pour l'utiliser. Les CUMA recrutent dans ce but des salariés et il est incompréhensible qu'elles ne puissent bénéficier de ce dispositif au même titre que les exploitants agricoles.

**Mme Lise Magnier (HOR).** CUMA signifie « coopérative d'utilisation de matériel agricole » : or, pour utiliser le matériel agricole, il faut de la main-d'œuvre. Les agriculteurs mutualisent, certes, des machines, des hangars et des ateliers, mais aussi de la main-d'œuvre pour assurer les travaux agricoles. Elles doivent donc bénéficier du TO-DE.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Le TODÉ s'applique aux emplois saisonniers. Or plus de 86 % des employés des CUMA sont des employés permanents. De plus, entrons dans le fond des choses et rappelons que les CUMA bénéficient déjà de nombreux avantages : exonération, sous certaines conditions, de l'impôt sur les sociétés à hauteur de 167 millions d'euros, aide spéciale pour les investissements à hauteur de 1,5 million d'euros, taux d'aide majoré de dix points pour les acquisitions dans le cadre du plan de relance, exonération de droits de timbre et d'enregistrement, ce qui représente un montant epsilonlesque mais une vraie simplification administrative.

**Mme Véronique Louwagie (LR).** Ce n'est pas faux.

**M. Marc Le Fur (LR).** Je suis surpris de ce propos anti-CUMA.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Mais non !

**M. Marc Le Fur (LR).** Les CUMA ont des salariés permanents, c'est vrai, mais elles ont aussi des salariés occasionnels pour les travaux saisonniers – moisson, ensilage. Elles devraient donc, à ce titre, pouvoir bénéficier du TO-DE.

*La commission rejette les amendements CF5 et CF9.*

*Amendement CF4 de M. Fabrice Brun*

**M. Fabien Di Filippo (LR).** Je veux rappeler que 15 % des emplois saisonniers n'ont pas pu être pourvus cette année. Pour faire face à cette difficulté, il est proposé de pérenniser le dispositif d'exonération TO-DE. Alors que le nombre d'exploitations baisse dans notre pays en raison des distorsions de concurrence au sein de l'Union européenne, il faut agir pour que l'on puisse continuer de faire les récoltes, notamment maraîchères et fruitières, dans des conditions acceptables.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Vous souhaitez supprimer définitivement le bornage dans le temps de ce dispositif. Nous avons adopté l'an dernier un amendement du groupe LR qui a fixé sa validité à 2026. Le TO-DE faisant partie des niches sociales qui doivent être évaluées tous les trois ans, il me semble préférable d'attendre un peu. J'émet un avis défavorable.

**M. Fabien Di Filippo (LR).** Vous nous demandez d'attendre un an ou deux, avant sans doute de remettre en question le dispositif sous couvert d'une évaluation. Or vous savez très bien que l'on ne pourra pas sortir de ce système, sous peine de conséquences très graves sur le travail saisonnier. Un chef d'entreprise a besoin de visibilité pour pouvoir se projeter dans l'avenir.

*La commission rejette l'amendement CF4.*

*Amendement CF111 de M. Éric Coquerel*

**M. le président Éric Coquerel.** Je suis opposé aux exonérations de cotisations, qui sont du salaire socialisé. De plus, elles impliquent très souvent une compensation qui conduit progressivement à « budgétiser » le financement de la sécurité sociale, avec tous les dangers que cela représente. Ainsi, il y a quelques années, 5 milliards d'euros n'ont pas été compensés.

Cela étant, je propose un amendement de repli pour tenter de limiter les dégâts de cette politique. Il s'agit de retirer le bénéfice des réductions de la part patronale des cotisations sociales aux branches dont les *minima* conventionnels restent plus de six mois inférieurs au SMIC. Cela fait trop longtemps que les entreprises doivent y remédier ; un message fort doit leur être envoyé par la représentation nationale.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Avec un peu de malice, monsieur le président, je suis très heureux que vous souteniez l'action du Gouvernement. Il y a deux jours, la Première ministre a déclaré devant le Conseil économique, social et environnemental (CESE) : « le ministère du travail recevra prochainement toutes les branches ayant des *minima* en-dessous du SMIC, pour qu'elles s'expliquent sur leur retard ; si nous ne constatons pas de progrès significatifs d'ici au 1<sup>er</sup> juin 2024, le Gouvernement proposera au Parlement un texte de loi qui permettra de calculer les exonérations non pas sur la base du SMIC, mais sur la base du *minimum* de branche ». Il y a une petite différence avec ce que vous proposez, monsieur le président, et c'est aussi pour cela que je m'y montre défavorable : il existe des entreprises vertueuses dans certaines branches et il ne faut pas les pénaliser.

**M. le président Éric Coquerel.** Si vous considérez que c'est un amendement de soutien au Gouvernement, il faut donner un avis favorable et accélérer l'adoption de la mesure. Cet amendement conduirait les entreprises à faire en sorte que leur branche modifie sa politique salariale, afin de ne pas en subir les conséquences. Voilà trop longtemps que cette situation dure, malgré les demandes expresses des partenaires sociaux, en particulier des syndicats.

**M. Charles de Courson (LIOT).** C'est une idée déjà ancienne. Il faut mettre fin à ce problème, tout en donnant le temps aux partenaires sociaux de redéfinir les grilles pour éviter une concentration des bas salaires autour du SMIC. En effet, à l'heure actuelle, quand bien même les accords conventionnels prévoiraient des salaires inférieurs au SMIC, les employeurs versent la différence. Je pourrais voter cet amendement sous réserve que l'on retarde l'échéance, par exemple au 31 décembre 2024.

**M. le président Éric Coquerel.** Je changerais volontiers la date en vue de la séance. Le ministère du travail indiquait qu'au 23 mars, sur les 171 branches suivies par le Gouvernement, 86 avaient toujours des *minima* conventionnels inférieurs au SMIC.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Il y en avait en effet 86 à cette époque, puis un peu moins de 50 trois mois après et on n'en compte plus qu'une dizaine actuellement. Les syndicats ont défendu cette évolution lors de la conférence sociale. Le Gouvernement a l'intention de mener une action forte en ce domaine, me semble-t-il. Il faut laisser le temps de la négociation aux partenaires sociaux avant de manier le bâton.

**M. le président Éric Coquerel.** Je m'engage à changer la date en vue de la séance.

**M. Fabien Di Filippo (LR).** En concentrant les exonérations de charges sur les bas salaires, on crée des trappes à bas salaires dans lesquelles les gens se trouvent enfermés. Surtout, compte tenu de la spirale inflationniste que l'on connaît actuellement, des réévaluations du SMIC peuvent intervenir plusieurs fois dans l'année, ce qui est très compliqué à gérer pour les entreprises, quelle que soit leur taille. On ne peut pas accepter que des salariés restent durablement en dessous du SMIC dans certaines branches mais il faudrait au moins porter le délai à douze mois.

**M. le président Éric Coquerel.** Cela concerne des branches qui ont, de longue date, des *minima* en dessous du SMIC.

*La commission rejette l'amendement CF111.*

*Amendement CF90 de Mme Christine Pires Beaune*

**Mme Christine Pires Beaune (SOC).** La loi pour le plein emploi a accordé aux travailleurs en établissement et service d'aide par le travail (ESAT) le bénéfice d'une couverture à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais de santé. L'amendement vise à conférer des moyens supplémentaires aux ESAT pour qu'ils puissent couvrir l'intégralité du financement.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Il me semble que votre amendement est satisfait par l'article 9 de la loi pour le plein emploi, aux termes duquel « les dispositions du code de la sécurité sociale et du code général des impôts qui s'appliquent aux contributions à la charge de l'employeur pour le financement de garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident s'appliquent dans les mêmes conditions » que pour le droit commun de l'ensemble des autres entreprises. Je vous demande donc de retirer votre amendement.

**Mme Christine Pires Beaune (SOC).** Je ne pense pas que cette disposition satisfasse mon amendement car elle institue une obligation nouvelle. Il faudrait que ce soit précisé.

*La commission rejette l'amendement CF90.*

**Article additionnel après l'article 10 : Simplification du calcul des pensions servies par l'Établissement national des invalides de marine**

*Amendement CF104 de M. Benoit Mournet*

**M. Benoit Mournet (RE).** J'avais présenté quatre amendements et m'étonne que deux d'entre eux aient été déclarés irrecevables alors que de mon point de vue leur charge était

couverte par le Gouvernement. Ils concernaient notamment l'accueil familial et les centres experts en psychiatrie. J'aimerais que nous puissions parler des règles de recevabilité financière.

L'amendement CF104 est en lien avec mon rapport spécial sur la mission *Régimes sociaux et de retraite*. Il a trait à un régime particulièrement complexe, dont la gestion est très coûteuse : celui des marins, qui relèvent l'Établissement national des invalides de marine (ENIM). La Cour des comptes a fait des propositions à son sujet. Il convient de simplifier la grille des catégories, qui sont au nombre de vingt et qui, pour la plupart, sont obsolètes. Je propose, par cet amendement, de les réduire à cinq, qui correspondent à 95 % des pensions liquidées, afin d'accroître l'efficacité de la dépense publique et d'améliorer la lisibilité pour les usagers.

**M. le président Éric Coquerel.** Comme je l'ai toujours dit, je suis ouvert à la discussion au sujet de la recevabilité financière. En cas de données nouvelles, il est éventuellement possible d'ajuster la décision en vue de l'examen en séance.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Le régime des marins présente en effet une complexité extraordinaire. Comme vous l'avez dit, les cinq catégories que vous souhaitez garder représentent 95 % des pensions liquidées. Je donnerai donc un avis favorable à votre amendement.

**M. Charles de Courson (LIOT).** L'ENIM, qui est le plus vieux régime de retraite français, n'a pas été mis en extinction. Ne conviendrait-il pas de déposer un amendement prévoyant cette mise en extinction ? Les nouveaux entrants dépendraient ainsi du régime général. Savez-vous quelles conséquences cela entraînerait-il du point de vue du coût ?

**M. Benoit Mournet (RE).** L'argument principal avancé lors du débat sur la réforme des retraites consistait à dire que le taux de sinistralité, en particulier dans le secteur de la pêche, est très élevé. Cela étant, ce régime spécial donne lieu à une compensation annuelle par l'État à hauteur de 800 millions d'euros, qui, *in fine*, est assumée par le contribuable. Si le Gouvernement est prêt à avancer sur la question, j'aimerais que nous nous y penchions lors du printemps de l'évaluation. Ce serait l'occasion d'examiner la sinistralité – en particulier des pêcheurs – et, éventuellement, de chercher les économies qui pourraient être réalisées sur trois sujets, sur lesquels la Cour des comptes a fait des propositions : les contrôles, les catégories et les salaires forfaitaires. Ce n'est pas un amendement financier mais un amendement de simplification, dont j'ai discuté avec les gestionnaires du régime, la direction des affaires maritimes et la Cour des comptes. En tout état de cause, il ne s'agit pas de remettre en cause le régime spécial des marins.

*La commission adopte l'amendement CF104 (amendement 906).*

**Article 11 :** *Simplification des mécanismes de régulation macroéconomique des produits de santé*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 11 non modifié.*

**Après l'article 11**

*Amendement CF42 de M. Charles de Courson*

**M. Charles de Courson (LIOT).** Nous avons le taux de prévalence tabagique le plus élevé d'Europe et ce taux ne diminue pratiquement pas. Nous avons cru pouvoir le faire baisser

en augmentant le prix, à telle enseigne que le prix du tabac est en France quasiment le plus élevé d'Europe. Cela s'est traduit par l'importation massive de tabac – légale, pour une bonne partie – en provenance du Luxembourg, d'Andorre, etc. La Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) nous a interdit d'utiliser des critères purement quantitatifs pour limiter l'importation de cartouches de cigarettes. À l'heure actuelle, 40 % du tabac fumé en France viennent de l'étranger. Plus on augmentera le prix, plus l'importation se développera. Je vous propose donc de replafonner exceptionnellement en 2024 la hausse des tarifs et des *minima* de perception de l'accise à 1,75 %.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** L'une des conclusions du rapport d'information de M. Woerth et de Mme Park de 2021 était que « la fiscalité du tabac est l'outil le plus efficace pour réduire la prévalence tabagique ». En tant que médecin, je suis choqué par votre raisonnement, car on sait que 40 % des cancers évitables viennent du tabac. Je suis favorable à toute mesure pouvant réduire la consommation. J'aurais souhaité, d'ailleurs, que l'on ne borne pas l'augmentation progressive que nous opérons au fur et à mesure de l'inflation. Votre raisonnement est un peu spécieux car, si on baissait le prix du tabac, la consommation augmenterait mécaniquement. Enfin, je rappelle que les débitants de tabac peuvent recevoir une aide financière pour transformer leur établissement en commerce de proximité multiservices et multiproduits.

**Mme Marie-Christine Dalloz (LR).** Je soutiens l'amendement de Charles de Courson. Depuis seize ans, à chaque débat sur le PLFSS, j'entends les médecins demander une augmentation du prix du tabac. Or celle-ci a eu pour principale conséquence de faire exploser la fabrication illégale. Les douaniers arrêtent des milliers de cartouches de cigarettes fabriquées avec n'importe quel produit. L'encadrement du prix me paraît parfaitement adapté. J'ajoute que les buralistes, qui exercent une activité importante dans nos territoires ruraux, sont plus que gênés par la hausse du prix.

**M. Charles de Courson (LIOT).** Monsieur le rapporteur pour avis, je suis évidemment d'accord avec vous sur le fait que le tabac est un désastre en termes de santé publique. La question est de savoir pourquoi nous avons la prévalence tabagique la plus élevée d'Europe. On a épuisé la ressource de la hausse du prix pour faire baisser la consommation, en raison de l'importation. Le Conseil d'État vient de rappeler que la limitation à une cartouche contrevenait au droit de l'Union européenne ; on est repassé à quatre. La hausse du prix favorise l'importation de tabac frelaté. Même en France, on voit apparaître des usines clandestines.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** J'entends vos arguments. Il faut continuer à donner des moyens de contrôle à la douane.

*La commission rejette l'amendement CF42.*

## TITRE II

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

**Article 12 :** *Compensation par l'État des pertes de recettes pour la sécurité sociale*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 12 non modifié.*

**Article 13** : *Tableaux d'équilibre pour 2024*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 13 non modifié.*

**Article 14** : *Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du Fonds de réserve pour les retraites et du Fonds de solidarité vieillesse*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 14 non modifié.*

**Article 15** : *Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 15 non modifié.*

**Article 16** : *Approbation de l'annexe A*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 16 non modifié.*

*Elle émet un avis favorable à l'adoption de la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 modifiée.*

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

### **TITRE I<sup>er</sup> DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES**

#### **Chapitre I<sup>er</sup>**

#### **Poursuivre la transformation du système de santé pour renforcer la prévention et l'accès aux soins**

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

*Amendement CF109 de M. Philippe Schreck*

**M. Philippe Lottiaux (RN)**. Il s'agit par cet amendement de supprimer l'alinéa 4 de l'article 17, qui conduirait à passer d'une tarification par convention avec les professionnels à une tarification par arrêté, ce qui serait préjudiciable aux infirmiers libéraux.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis**. Cela concerne, rappelons-le, la vaccination contre le papillomavirus, dit HPV. C'est une vaccination qui a commencé et qui est absolument nécessaire. Nous avons accusé beaucoup de retard par rapport à certains pays. L'Australie a quasiment éradiqué les cancers du col de l'utérus grâce à la vaccination. Si nous nous lançons dans des négociations, le déploiement de la campagne de vaccination en serait ralenti. Je ne me souviens pas que les infirmiers et infirmières aient été si maltraités pendant les campagnes de vaccination contre le covid-19, du moins je n'ai pas eu de remontée à ce sujet. Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement CF109.*

*Elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 17 non modifié.*

**Article 18 :** *Gratuité des préservatifs pour tous les assurés âgés de moins de 26 ans sans prescription*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 18 non modifié.*

**Article 19 :** *Lutter contre la précarité menstruelle*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 19 non modifié.*

**Article 20 :** *Évolution des rendez-vous de prévention aux âges clefs de la vie*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 20 non modifié.*

**Article 21 :** *Mieux articuler les droits à la complémentaire santé solidaire avec le bénéfice de certains minima sociaux*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 21 non modifié.*

**Article 22 :** *Inscription dans le droit commun des parcours issus des expérimentations de l'article 51*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 22 non modifié.*

**Article 23 :** *Réforme des financements médecine-chirurgie-obstétrique des établissements de santé*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 23 non modifié.*

**Article 24 :** *Régulation de la permanence des soins dentaires et modalités de fixation des rémunérations de la permanence des soins effectuée par les sages-femmes et les auxiliaires médicaux*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 24 non modifié.*

**Article 25 :** *Élargir les compétences des pharmaciens en matière de délivrance d'antibiotiques après un test rapide d'orientation diagnostique*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 25 non modifié.*

**Article 26 :** *Possibilité pour les médecins du travail de déléguer aux infirmiers qualifiés en santé au travail la réalisation de certains actes pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude des salariés agricoles bénéficiaires du suivi individuel renforcé*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 26 non modifié.*

#### **Après l'article 26**

*Suivant la préconisation du rapporteur pour avis, la commission rejette l'amendement CFI de M. Fabrice Brun.*

## Chapitre II

### Garantir la soutenabilité de notre modèle social

**Article 27** : *Diminuer les arrêts de travail non justifiés en améliorant et en facilitant les contrôles sur les prescripteurs et les assurés*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 27 non modifié.*

**Article 28** : *Limitation de la durée des arrêts de travail prescrits en téléconsultation et limitation de la prise en charge des prescriptions aux téléconsultations avec vidéotransmission ou échange téléphonique*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 28 non modifié.*

**Article 29** : *Réduire l'impact environnemental du secteur des dispositifs médicaux*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 29 non modifié.*

**Article 30** : *Inciter au recours aux transports partagés*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 30 non modifié.*

## Chapitre III

### Garantir et sécuriser l'accès des Français aux médicaments du quotidien et aux produits de santé innovants

**Article 31** : *Rénovation du modèle de financement de l'Établissement français du sang*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 31 non modifié.*

**Article 32** : *Préparations officinales spéciales en cas de pénuries*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 32 non modifié.*

**Article 33** : *Renforcer les leviers d'épargne de médicaments en cas de rupture d'approvisionnement*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 33 non modifié.*

**Article 34** : *Facilitation de l'ajout d'un acte à la nomenclature lorsqu'il prévoit l'utilisation d'un dispositif médical*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 34 non modifié.*

**Article 35** : *Améliorer les dispositifs d'accès dérogatoires aux produits de santé innovants*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 35 non modifié.*

**Article 36** : *Soutien au maintien sur le marché des médicaments matures*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 36 non modifié.*

#### Chapitre IV

### Renforcer les politiques de soutien à l'autonomie

**Article 37 : Réforme du modèle de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans les départements volontaires**

*Amendements CF85 et CF86 de Mme Christine Pires Beaune*

**Mme Christine Pires Beaune (SOC).** Cet article reprend une proposition que j'ai formulée dans mon rapport sur le reste à charge en EHPAD, qui vise à expérimenter la fusion des sections soins et dépendance en confiant la gestion des aides aux agences régionales de santé (ARS). L'amendement CF85 prévoit que les EHPAD doivent tenir compte des ressources des résidents pour facturer et l'amendement CF86 prévoit qu'ils peuvent simplement en tenir compte.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Des dispositifs existent dans les départements pour réduire le reste à charge en EHPAD. Nous devrions nous concentrer sur la réforme du financement des EHPAD que ce PLFSS introduira. Cette réforme permettra d'uniformiser le montant du reste à charge des résidents dans les départements qui opteront pour la fusion des sections soins et dépendance.

Vos autres amendements sont des demandes de rapport : le vôtre semble suffisant. La Première ministre a demandé à Mme Aurore Bergé, ministre des Solidarités et des Familles, d'apporter des réponses à chacune de vos préconisations.

**Mme Christine Pires Beaune (SOC).** Je rencontre en effet Mme Aurore Bergé prochainement pour évoquer les recommandations que j'ai formulées dans mon rapport. Cela n'est pas contraire avec le fait de tenir compte des ressources des résidents dans le cadre de cette expérimentation, qui repose sur le volontariat des départements. Aujourd'hui, des résidents touchant une retraite de 900 euros ou de 3 000 euros sont facturés du même montant.

*La commission rejette successivement les amendements CF85 et CF86.*

*Amendement CF87 de Mme Christine Pires Beaune*

**Mme Christine Pires Beaune (SOC).** Par cet amendement nous proposons que le reste à vivre des résidents des EHPAD dans les départements volontaires pour expérimenter la fusion de leurs sections soins et dépendance, soit défini après avis du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il s'agit d'harmoniser ce reste à vivre qui ne tient pas compte du fait qu'un résident en EHPAD doit assurer la charge d'autres dépenses liées à son domicile, à sa mutuelle, etc.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Je comprends votre objectif mais la disposition alourdirait la réforme et son déploiement. Il faut agir pas à pas. De plus, le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale a une compétence nationale : il n'a pas vocation à donner son avis sur des cas individuels ou des situations locales. Avis défavorable.

**Mme Christine Pires Beaune (SOC).** En effet, le CNLE a une compétence nationale. Le problème vient de ce que les règlements départementaux ne donnent pas la même définition du reste à vivre. C'est précisément cela que nous voulons harmoniser.

*La commission rejette l'amendement CF87.*

*Amendement CF88 de Mme Christine Pires Beaune*

**Mme Christine Pires Beaune (SOC).** Cet amendement d'appel vise à prévoir que l'Assemblée des départements de France (ADF), se prononce avant l'édition du décret qui fixera les modalités de détermination et d'allocation du forfait global unique. C'est une bonne mesure pour rassurer les départements.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Les départements sont volontaires pour cette expérimentation : ils pourront associer l'ADF mais celle-ci n'a pas à se substituer à chacun d'entre eux. Nous devons respecter le libre choix et la politique des départements. Je suis donc défavorable à l'amendement.

**M. Charles de Courson (LIOT).** L'Assemblée des départements de France est chargée d'assurer une cohérence entre les départements : il n'est pas choquant qu'elle donne un avis.

*La commission rejette l'amendement CF88.*

*Elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 37 non modifié.*

**Articles additionnels après l'article 37 : Orientation des jeunes adultes en situation de handicap accompagnés en IME**

*Amendements CF100 et CF101 de M. Benoit Mournet*

**M. Benoit Mournet (RE).** Depuis trente ans le dispositif issu de l'amendement Creton, conçu comme temporaire, permet de maintenir des jeunes en institut médico-éducatifs (IME) faute de place dans des structures pour adultes.

Ces amendements visent à introduire dans le code de l'action sociale et des familles des dispositifs d'accueil transitoires, entre les pôles enfance et adulte, pour les jeunes adultes en situation de handicap à partir de 16 ans. L'objectif est d'insérer au mieux ces personnes dans le monde professionnel, pour celles qui le pourront. Les amendements soulagent par ailleurs nos finances publiques, car le coût du nouveau dispositif est moindre que celui d'un hébergement en IME.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Le but poursuivi est louable. Je donne un avis favorable aux deux amendements.

**M. Charles de Courson (LIOT).** Notre collègue a raison. Pouvez-vous préciser combien de jeunes bénéficient de l'amendement Creton ? Le problème dure depuis des années : les places manquent dans les structures pour adultes, si bien que certains jeunes se retrouvent parfois hébergés en hôpital psychiatrique.

*La commission adopte successivement les amendements CF100 et CF101 (amendements 909 et 921).*

**Après l'article 37**

*Suivant la position du rapporteur pour avis, elle rejette l'amendement CF92 de Mme Christine Pires Beaune.*

*Amendements CF81, CF82, CF83, CF77, CF84, CF80, CF78 et CF79 de Mme Christine Pires Beaune*

**Mme Christine Pires Beaune (SOC).** Ces amendements sont tous des demandes de rapport, dans le prolongement de celui que j'ai remis à la Première ministre. Mme Borne a elle-même reconnu que des travaux supplémentaires seraient nécessaires afin de disposer d'éléments le plus rapidement possible, pour avancer sur les propositions que j'ai formulées.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Il faut laisser la réforme se faire et en tirer ensuite des conclusions. Des rapports trop nombreux sont parfois contre-productifs.

*La commission rejette successivement les amendements CF81, CF82, CF83, CF77, CF84, CF80, CF78 et CF79.*

**Article 38 :** *Création d'un service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce auprès des enfants de 0 à 6 ans présentant un écart de développement*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 38 non modifié.*

## Chapitre V

### Moderniser l'indemnisation d'accident du travail ou de maladie professionnelle

**Article 39 :** *Réforme de la rente viagère attribuée en cas d'incapacité permanente*

*Amendement de suppression CF112 de M. Éric Coquerel*

**M. le président Éric Coquerel.** L'article, qui se réclame de l'accord national interprofessionnel de mai dernier, établit que la rente versée par la caisse de sécurité sociale indemnise simultanément le préjudice professionnel et personnel, en prenant pour base de calcul le salaire antérieur pour l'ensemble de la rente. Il ne s'agit pas de dispositions s'inscrivant dans la continuité des arrêts de la Cour de cassation, mais d'une bifurcation majeure du système d'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles (AT-MP).

Cette rente unique provoquera une diminution du montant total que les victimes peuvent percevoir. En écartant la notion de faute de l'employeur, l'article limite la responsabilité de celui-ci. L'employeur serait uniquement mis à contribution sous la forme d'une majoration de la rente pour préjudice professionnel, recouvrée par la caisse primaire d'assurance maladie. Son intérêt est de limiter l'étendue de sa contribution, due sur son patrimoine personnel. La contribution des employeurs serait désormais diluée dans une contribution plus large à laquelle participe la caisse de sécurité sociale. En ce sens, l'article s'aligne sur les intérêts des employeurs au détriment des conditions d'indemnisation des victimes d'AT-MP.

L'amendement est inspiré par un des syndicats signataires de l'accord interprofessionnel, farouchement opposé à cet article.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Au contraire, la nature duale de la rente AT-MP permet une meilleure indemnisation. En supprimant l'article, on diminue le montant des rentes puisqu'elles ne couvriraient plus que le seul préjudice économique. En outre, les petites entreprises pourraient se retrouver en difficulté. Enfin, les victimes ne bénéficieraient pas des 250 millions d'euros de dépenses supplémentaires prévues si nous adoptons cet article.

**M. le président Éric Coquerel.** Les informations dont je dispose sont différentes. Je maintiens donc l'amendement.

*La commission rejette l'amendement CF112.*

*Elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 39 non modifié.*

## Chapitre VI

### Poursuivre la transformation du système de retraites

**Article 40 :** *Adapter la réforme des retraites à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 40 non modifié.*

#### Après l'article 40

*Amendement CF50 de M. Franck Allisio*

**M. Franck Allisio (RN)** Le présent amendement vise à rendre obligatoire le versement des allocations et prestations sociales sur des comptes bancaires ouverts dans des établissements bancaires établis en France ou dans l'espace économique européen. Il s'agit d'assurer un meilleur contrôle, notamment des comptes bancaires français, puisque les services chargés de la lutte contre la fraude pourront accéder aux informations du fichier national des comptes bancaires et assimilés (Ficoba). L'amendement suit la logique de certaines dispositions de l'article 5 du PLFSS pour 2024.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Merci de soutenir l'action du Gouvernement. L'amendement est satisfait depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2023. Demande de retrait sinon j'émettrai un avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement CF50.*

*Amendement CF43 de M. Franck Allisio*

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Vous n'y allez pas de main morte pour alourdir les sanctions en cas de fraude aux prestations et allocations sociales ! Nous menons déjà une action de durcissement des sanctions, qui paraît suffisante pour le moment. Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement CF43.*

*Amendement CF45 de M. Franck Allisio*

**M. Franck Allisio (RN).** Bien que la branche vieillesse de notre système social soit moins fortement touchée par la fraude, elle n'est pas épargnée pour autant. De telles fraudes sont d'autant plus inacceptables que les Français se sont vu imposer un recul de l'âge de départ à la retraite.

L'amendement vise à modifier les dispositions du code de la sécurité sociale afin d'obliger le bénéficiaire d'une pension de vieillesse résidant hors de France à justifier de son existence auprès des services de l'ambassade ou d'un consulat de France établis dans le pays

de résidence. Un contrôle physique sera également prévu. En cas de non-respect de l'obligation, le versement de la pension sera suspendu à l'expiration d'un délai d'un mois.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Je suis contre toutes les fraudes mais votre proposition semble inopérante. Un contrôle physique est difficile à organiser. Surtout, nous avons déjà voté le fait que les retraités doivent justifier de leur existence au moyen d'un équipement terminal mobile de communication adapté à la captation des données biométriques. Il faut d'abord voir si la mesure fonctionne et en tirer les conséquences. Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement CF45.*

*Amendement CF44 de M. Franck Allisio*

**M. Franck Allisio (RN).** Dans la même logique que l'amendement précédent, il est proposé de demander à chaque bénéficiaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) de justifier chaque année de son existence et de la stabilité de sa résidence en France auprès de la préfecture compétente. En cas de non-respect de cette obligation, la suspension du versement sera effective dans un délai d'un mois. Cette mesure permettra notamment d'éviter que l'Aspa ne soit versée indûment à des personnes ne résidant pas en France, ce qui est illégal mais qui se produit parfois.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.** Avis défavorable, pour les mêmes raisons. Des dispositions légales conditionnent déjà le bénéfice de l'Aspa à la justification d'une résidence régulière sur le territoire français : le bénéficiaire doit être présent au moins six mois au cours de l'année de versement des prestations. Ce type de fraude n'est d'ailleurs pas de grande ampleur.

**M. Charles de Courson (LIOT).** Le problème posé est réel. Certaines personnes vivent six mois moins un jour à l'étranger, en gardant un pied-à-terre en France, ce qui leur permet de toucher l'Aspa. Il faut plutôt réfléchir à réformer cette prestation.

*La commission rejette l'amendement CF44.*

## **TITRE II**

### **DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES**

**Article 41 :** *Dotations au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, aux agences régionales de santé et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 41 non modifié.*

**Article 42 :** *Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 42 non modifié.*

**Article 43** : Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs pour 2024

La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 43 **non modifié**.

**Article 44** : Dotations de la branche AT-MP au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles, et dépenses liées aux dispositifs de prise en compte de la pénibilité

La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 44 **non modifié**.

**Article 45** : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 45 **non modifié**.

**Article 46** : Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2024

La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 46 **non modifié**.

#### **Après l'article 46**

*Amendement CF52 de Mme Perrine Goulet*

**Mme Perrine Goulet (Dem)**. Cet amendement faisait initialement partie de plusieurs propositions que nous avons formulées au sujet de la branche famille pour que les allocations coïncident davantage aux besoins des nouvelles familles, comme le partage des allocations entre les parents en cas de garde alternée et l'allongement de la durée du versement du complément de libre choix du mode de garde.

La prime de naissance s'élève à un peu plus de 1 000 euros, quel que soit le rang de naissance de l'enfant. Or, 1 000 euros pour un premier enfant est un montant insuffisant car il faut acheter le lit, la chaise haute, la poussette, etc. *A contrario*, pour un deuxième ou troisième enfant alors qu'on a déjà tout le matériel nécessaire, il s'agit d'un montant un peu trop élevé. Nous proposons donc, à périmètre financier constant, d'augmenter la prime de naissance versée pour le premier enfant, afin de permettre aux parents d'accueillir celui-ci dans de bonnes conditions, et de réduire la prime pour les enfants suivants afin de maintenir l'équilibre budgétaire.

**M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis**. Je serais plutôt favorable à cette proposition si elle produisait l'effet que vous venez de présenter. Vous ne pouviez pas augmenter la prime pour le premier enfant, sans quoi c'eût été une charge et un motif d'irrecevabilité. Je ne peux donc qu'être défavorable à l'amendement tel que vous l'avez déposé, car il ne fait que réduire l'allocation au-delà du premier enfant. Vous pourrez travailler sur la question avec le ministre.

**M. Marc Le Fur (LR)**. Je suis résolument contre cet amendement qui aurait pour effet de pénaliser les familles à partir de la naissance du deuxième enfant. Alors que notre pays traverse un hiver démographique dramatique, dont les conséquences sont nombreuses. Dans bien des domaines, cette proposition est vraiment malvenue.

**M. Charles de Courson (LIOT)**. Je suis également défavorable à cet amendement. Tout d'abord, l'affichage serait désastreux. Dans sa rédaction actuelle, il s'agit d'une réduction

de l'allocation de naissance. L'exposé des motifs ne correspond pas au dispositif de l'amendement. Par ailleurs, la thèse selon laquelle l'investissement initial sert pour tous les enfants repose sur l'hypothèse de naissances rapprochées. Or, si on a un premier enfant à 20 ans et un deuxième à 35 ans, lesdits matériels ont été revendus ou donnés. Les situations sont donc très variables.

**Mme Mathilde Paris (RN).** Nous sommes également très opposés à cet amendement. Ce qu'a dit M. de Courson est vrai, et c'est aussi valable quand les naissances sont très rapprochées : comme les lits de bébé sont souvent évolutifs, on en achète un autre pour un deuxième enfant. Par ailleurs, vous pouvez avoir besoin d'une poussette pour deux bébés si le premier enfant ne marche pas encore. Le raisonnement ne tient donc pas, et cet amendement anti-famille est vraiment choquant.

**Mme Perrine Goulet (Dem).** Vous ne pouvez pas dire que c'est un amendement anti-famille. Le but est de donner plus d'argent à la naissance du premier enfant pour permettre un meilleur accompagnement. 1 000 euros sont insuffisants quand il faut acheter un lit parapluie, une chaise haute, une poussette, un siège auto, etc.

Nous ne pouvions pas rédiger l'amendement comme nous le souhaitions, en effet, et je vais donc le retirer. Toutefois, une vraie question se pose : il faut permettre un accompagnement différent selon le rang de naissance de l'enfant. On réutilise toujours du matériel de puériculture.

*L'amendement CF52 est retiré.*

**Article 47 :** *Objectifs de dépenses de la branche famille*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 47 non modifié.*

**Article 48 :** *Objectifs de dépenses de la branche autonomie*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 48 non modifié.*

**Article 49 :** *Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse)*

*La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 49 non modifié.*

*Elle émet un avis favorable à l'adoption de la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale modifiée.*

*Elle émet un avis favorable à l'adoption de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale modifié.*

## LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

### ● Administrations centrales

– Direction du budget : Mme Marie Chanchole, administratrice hors classe de l’Institut national de la statistique et des études économiques, sous-directrice de la santé, de l’emploi, de la formation professionnelle, de la solidarité et de l’insertion, et M. Louis Nouaille-Degorce, chef du bureau des comptes sociaux et de la santé

– Direction de la sécurité sociale : Mme Delphine Champetier de Ribes, conseillère référendaire à la Cour des comptes, adjointe au directeur

### ● Organismes de sécurité sociale

– Agence centrale des organismes de sécurité sociale : M. Yann-Gaël Amghar, inspecteur général des affaires sociales, directeur

– Caisse d’amortissement de la dette sociale : M. Jean-Louis Rey, inspecteur général des affaires sociales, président, et Mme Geneviève Gauthey, secrétaire générale