

N° 130

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

Enregistré à la Présidence du Sénat le 3 novembre 2021

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de **financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2022,***

Par Mme Élisabeth DOINEAU,

Rapporteuse générale,

Mme Corinne IMBERT, MM. René-Paul SAVARY, Olivier HENNO,
Mme Pascale GRUNY et M. Philippe MOUILLER,

Rapporteuse et Rapporteurs

Sénatrices et Sénateurs

Tome II Examen des articles

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, *présidente* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteuse générale* ; M. Philippe Mouiller, Mme Chantal Deseyne, MM. Alain Milon, Bernard Jomier, Mme Monique Lubin, MM. Olivier Henno, Martin Lévrier, Mmes Laurence Cohen, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Florence Lassarade, Frédérique Puissat, M. Jean Sol, Mmes Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mme Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Laurent Burgoa, Jean-Noël Cardoux, Mmes Catherine Conconne, Annie Delmont-Koropoulis, Brigitte Devésa, MM. Alain Duffourg, Jean-Luc Fichet, Mmes Laurence Garnier, Frédérique Gerbaud, Pascale Gruny, M. Xavier Iacovelli, Mmes Corinne Imbert, Annick Jacquemet, Victoire Jasmin, Annie Le Houerou, M. Olivier Léonhardt, Mmes Viviane Malet, Colette Mélot, Michelle Meunier, Brigitte Micouveau, Annick Petrus, Émilienne Poumirol, Catherine Procaccia, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, M. René-Paul Savary, Mme Nadia Sollogoub, MM. Dominique Théophile, Jean-Marie Vanlerenberghe.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (15^{ème} législ.) : 4523, 4568, 4572 et T.A. 683

Sénat : 118 et 122 (2021-2022)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
EXAMEN DES ARTICLES	9
PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020	9
• <i>Article 1^{er} Approbation des tableaux d'équilibre, de l'ONDAM et des éléments relatifs au FRR, au FSV et à la CADES</i>	<i>9</i>
• <i>Article 2 Approbation du rapport annexé sur les excédents ou déficits de l'exercice 2020 et le tableau patrimonial (annexe A)</i>	<i>18</i>
DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021.....	23
• <i>Article 3 Affiliation, au titre de cette activité, d'une partie du personnel de santé mobilisé sur la vaccination contre la covid-19 et dérogations aux règles du cumul emploi-retraite pendant la crise sanitaire.....</i>	<i>23</i>
• <i>Article 3 bis (nouveau) Extension du dispositif exceptionnel d'accompagnement économique des médecins conventionnés</i>	<i>29</i>
• <i>Article 4 Allègement de la taxe sur la vente en gros des spécialités pharmaceutiques</i>	<i>32</i>
• <i>Article additionnel après l'article 4 Majoration de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de 2021.....</i>	<i>39</i>
• <i>Article additionnel après l'article 4 Compensation à la sécurité sociale du budget réel de l'Agence nationale de santé publique pour l'année 2021.....</i>	<i>41</i>
• <i>Article 5 Assouplissement de l'échéance de signature des contrats prévus à l'article 50 de la LFSS pour 2021</i>	<i>43</i>
• <i>Article 5 bis (nouveau) Financement des équipes mobiles santé précarité (EMSP) et des équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP)</i>	<i>54</i>
• <i>Article 6 Transferts financiers entre branches de sécurité sociale</i>	<i>57</i>
• <i>Article 7 Rectification des tableaux d'équilibre</i>	<i>58</i>
• <i>Article 8 Rectification de l'Ondam et des sous-Ondam</i>	<i>62</i>
• <i>Article 9 Rectification de la dotation FMIS</i>	<i>67</i>
TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022	71
TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE.....	71
CHAPITRE I^{ER} POURSUIVRE LES ACTIONS DE SIMPLIFICATION ET D'ÉQUITÉ DU PRÉLÈVEMENT	71
• <i>Article 10 Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale</i>	<i>71</i>
• <i>Article 11 Versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne.....</i>	<i>84</i>

- **Article 11 bis (nouveau) Transmission, par le centre national de traitement des données fiscales (CNTDF), des taux de contribution sociale généralisée (taux normal, intermédiaire ou réduit) à tous les organismes d'assurance versant des prestations de prévoyance complémentaire**99
- **Article 11 ter (nouveau) Régime social des indemnités complémentaires d'activité partielle**103
- **Article 12 Harmonisation du régime fiscal et social des contributions des employeurs publics à la protection sociale complémentaire**.....106
- **Article 12 bis (nouveau) Suppression de la « surcotisation » des sapeurs-pompiers professionnels sur la prime de feu**.....111
- **Article 12 ter (nouveau) Possibilité pour les employeurs éligibles d'imputer le solde du montant d'aide au paiement sur les cotisations et contributions sociales dues au titre de l'année 2022**.....114

CHAPITRE II AMÉLIORER LES DROITS SOCIAUX DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS118

- **Article 13 Élargissement de l'expérimentation de l'auto-liquidation et suppression des pénalités en cas d'erreur d'estimation du revenu**118
- **Article 13 bis (nouveau) Suppression de la majoration de 10 % sur l'insuffisance des versements par appels provisionnels ou mensuels appliquée par les caisses de MSA**.....126
- **Article 13 ter (nouveau) Délai de quatre mois applicable à compter de la demande du cotisant auteur de bénéficiaire du remboursement du trop-perçu**128
- **Article 13 quater (nouveau) Remise automatique du précompte aux artistes auteurs**130
- **Article 13 quinquies (nouveau) Application de la déclaration sociale nominative à Mayotte**133
- **Article 14 Réforme du régime social du conjoint collaborateur**136
- **Article 14 bis (nouveau) Limitation à cinq ans du statut de conjoint collaborateur d'exploitant agricole**144

CHAPITRE III POURSUIVRE LES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE...148

- **Article 15 Modification du droit de communication bancaire pour optimiser les investigations**.....148

CHAPITRE IV HARMONISER LES RÈGLES RELATIVES AUX CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES152

- **Article 16 Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé**.....152
- **Article 16 bis (nouveau) Renforcer les sanctions contre les grossistes-répartiteurs « short liners » qui ne respectent pas leurs obligations de service public**161
- **Article 16 ter (nouveau) Moyens et missions des comités de protection des personnes**163

TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	169
• <i>Article 17</i> Transferts financiers entre branches et régimes de la sécurité sociale...	169
• <i>Article 18</i> Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 5	173
• <i>Article 19</i> Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV.....	175
• <i>Article 20</i> Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général et du FSV.....	177
• <i>Article 21</i> Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et du FSV.....	179
• <i>Article 22</i> Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes.....	181
• <i>Article 23</i> Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)	184
QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022.....	191
TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES	191
CHAPITRE I^{ER} POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	191
• <i>Article 24</i> Soutenir le développement de la télésurveillance pour renforcer la prise en charge des maladies chroniques	191
• <i>Article 25</i> Mise en œuvre des réformes de financement des établissements de santé et médico-sociaux	203
• <i>Article 26</i> Ajustement du financement de la réforme des urgences.....	209
• <i>Article 27</i> Évolution des activités des hôpitaux des armées.....	213
• <i>Article 28</i> Isolement et contention	216
CHAPITRE II RENFORCER LA POLITIQUE DE SOUTIEN À LA PERTE D'AUTONOMIE.....	224
• <i>Article 29</i> Extension de la mesure socle du Ségur au sein du secteur médico-social.....	224
• <i>Article 30</i> Réforme de l'offre et de la tarification des services d'aide à domicile ..	230
• <i>Article 30 bis (nouveau)</i> Expérimentation d'une carte professionnelle des salariés du domicile	239
• <i>Article 31</i> Création d'une mission EHPAD centre de ressources territorial.....	241
• <i>Article 31 bis (nouveau)</i> Expérimentation de plateformes d'appui gériatriques aux ESMS	243
• <i>Article 32</i> Création d'un système d'information national pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	244
• <i>Article 32 bis (nouveau)</i> Extension du rôle de la CNSA d'accompagnement des services départementaux de l'autonomie	246
• <i>Article 32 ter (nouveau)</i> Mise en œuvre du remboursement entre institutions prévu par le droit européen pour les sommes versées au titre de l'APA et de la PCH	247
• <i>Article 32 quater (nouveau)</i> Obligation d'accréditation pour les organismes procédant à l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux....	248

• Article 32 quinquies (nouveau) Amélioration de l'accès aux aides techniques pour les personnes en situation de handicap	251
• Article 32 sexies (nouveau) Extension de l'allocation journalière de proche aidant et de l'allocation journalière de présence parentale.....	253
• Article 32 septies (nouveau) Prolongation de l'expérimentation du relais de proches aidants.....	256
• Article 32 octies (nouveau) Rapport sur la mise en œuvre de la cinquième branche de sécurité sociale	258
• Article 32 nonies (nouveau) Rapport sur les dépenses de santé des détenus en perte d'autonomie	259

CHAPITRE III RÉNOVER LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE PRODUITS DE SANTÉ.....260

• Article 33 Innovation numérique et médicaments	260
• Article 34 Remises unilatérales médicaments et évolutions relatives à l'inscription de certains dispositifs médicaux	279
• Article 34 bis (nouveau) Lutte contre les pénuries de dispositifs médicaux.....	284
• Article 35 Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations magistrales et hospitalières.....	289
• Article 36 Accès direct au marché remboursé post avis HAS.....	293
• Article 36 bis (nouveau) Rapport visant à présenter l'avancement de la révision des actes hors nomenclature et de leur financement.....	303
• Article 37 Recours aux médicaments biosimilaires.....	304
• Article 38 Tarification des médicaments et critère industriel.....	311
• Article 38 bis (nouveau) Expérimentation de la prise en charge de substituts nicotiques délivrés par les pharmaciens sans ordonnance	318
• Article 39 Mise en conformité avec l'obligation de sérialisation pour les pharmacies d'officine	321

CHAPITRE IV RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS ET LES ACTIONS DE PRÉVENTION EN SANTÉ.....325

• Article 40 Amélioration de l'accès à la filière visuelle	325
• Article 41 Modalités de prescription des masseurs-kinésithérapeutes.....	330
• Article 41 bis (nouveau) Régulation des centres de santé	331
• Article 41 ter (nouveau) Moyens de sanction à l'encontre de gestionnaires de centres de santé	334
• Article 41 quater (nouveau) Certification obligatoire pour les prestataires de service et distributeurs de matériel.....	337
• Article 41 quinquies (nouveau) Expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes.....	338
• Article 41 sexies (nouveau) Expérimentation de l'accès direct aux orthophonistes..	339
• Article 41 septies (nouveau) Mise à disposition de l'accès gratuit au « guide du bon usage des examens d'imagerie médicale »	341
• Article 41 octies (nouveau) Expérimentation de la primo-prescription par les IPA pour des prescriptions médicales obligatoires	342
• Article 42 Généralisation d'expérimentations en santé.....	343
• Article 42 bis (nouveau) Prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de prestations d'accompagnement psychologique	348
• Article 42 ter (nouveau) Prolongation d'expérimentations médicaments	351
• Article 42 quater (nouveau) Expérimentation d'un financement du transport bariatrique	354

- **Article 42 quinquies (nouveau) Rapport évaluant la mise en œuvre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer**.....357
- **Article 43 Prolongation de l'expérimentation Halte « soins addictions »**.....359
- **Article 44 Extension de la gratuité de la contraception jusqu'à 25 ans**362
- **Article 44 bis (nouveau) Réalisation obligatoire d'un entretien postnatal précoce**..365
- **Article 44 ter (nouveau) Campagnes d'information afin de promouvoir, de communiquer et d'informer sur les compétences des sages-femmes**.....366
- **Article 44 quater (nouveau) Première consultation d'une patiente dans le cadre d'une demande de stérilisation auprès d'une sage-femme**368
- **Article 45 Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire**.....370
- **Article 45 bis (nouveau) Services numériques pour l'application du tiers payant intégral au panier 100 % santé**381
- **Article 45 ter (nouveau) Information systématique des bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active de la possibilité d'effectuer l'examen de prévention en santé (EPS)**384
- **Article 45 quater (nouveau) Prise en charge des frais de santé des pensionnés établis à l'étranger**.....385

CHAPITRE V SIMPLIFIER ET MODERNISER LE SERVICE PUBLIC DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....388

- **Article 46 Prolongation des dispositifs relatifs à la crise sanitaire**388
- **Article 46 bis (nouveau) Possibilité pour l'agence nationale de santé publique de céder des biens à titre gratuit**.....398
- **Article 46 ter (nouveau) Information des patients et transmission de données personnelles aux professionnels de santé par les organismes de sécurité sociale**.....400
- **Article 47 Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les salariés et les travailleurs indépendants**403
- **Article 47 bis (nouveau) Prise en compte de la variabilité des revenus des artistes-auteurs pour le calcul de leurs prestations**.....412
- **Article 48 Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les non-salariés agricoles**414
- **Article 48 bis (nouveau) Échanges de données entre les organismes de sécurité sociale, Pôle emploi et les administrations de l'État**.....421
- **Article 49 Généralisation du recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires**423
- **Article 49 bis (nouveau) Information des allocataires sur leurs droits**433
- **Article 49 ter (nouveau) Modalités de revalorisation et de versement de la prestation d'aide à la restauration scolaire**.....436
- **Article 49 quater (nouveau) Entrée en vigueur du tiers payant pour le CMG « structure »**.....441
- **Article 50 Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides**443
- **Article 50 bis (nouveau) Complémentaire santé et possibilité d'affiliation au régime général pour les travailleurs des plateformes**449
- **Article 50 ter (nouveau) Demande de rapport sur l'amélioration de la couverture AT-MP des travailleurs de plateformes**.....456
- **Article 51 Sécurisation des droits à retraite de base des travailleurs indépendants non agricoles affectés par les fermetures administratives**457

• Article 52 Rachat de trimestres de retraite de base pour les travailleurs indépendants	462
• Article 52 bis (nouveau) Aide sociale aux artistes-auteurs	468
• Article 53 Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux.....	471

**TITRE II DOTATIONS ET DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES
CONCOURANT AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE.....478**

• Article 54 Dotation au FMIS, aux ARS et à l'ONIAM	478
• Article 54 bis (nouveau) Rapport sur le FIR.....	484
• Article 55 Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	486
• Article 56 Ondam et sous-Ondam	491
• Article 56 bis (nouveau) Comité d'alerte de l'Ondam.....	504
• Article 57 Dotation au FIVA, au Fcaata et transferts de la branche AT-MP à la branche maladie et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité.....	506
• Article 58 Objectif de dépenses de la branche AT-MP	512
• Article additionnel après l'article 58 Mesures de redressement des comptes de la branche vieillesse.....	519
• Article 59 Objectifs de dépenses de la branche vieillesse.....	524
• Article 60 Objectif de dépenses de la branche famille	528
• Article 61 Objectif de dépenses de la branche autonomie	531
• Article 62 Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)	536

TRAVAUX DE LA COMMISSION - EXAMEN DU RAPPORT.....539

LA LOI EN CONSTRUCTION599

EXAMEN DES ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre, de l'ONDAM et des éléments relatifs au FRR, au FSV et à la CADES

Cet article a pour objet d'approuver les tableaux définitifs de l'année 2020, dernier exercice clos.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Conformément aux dispositions de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article comporte des dispositions figurant obligatoirement dans les lois de financement de la sécurité sociale.

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale (extrait du A du I)

« A - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos, la loi de financement de la sécurité sociale :

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

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

En application de ces dispositions, le présent article prévoit l'approbation des trois tableaux d'équilibre distincts relatifs au dernier exercice clos :

- le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) ;
- le tableau d'équilibre, par branche, du régime général ;
- le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes de sécurité sociale, cette catégorie ne comportant que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Ces tableaux comportent le résultat, le montant total des produits et le montant total des charges en droits constatés.

Cet article établit également les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

L'avis de la Cour des comptes sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour 2020

Dans le cadre de la mission d'assistance du Parlement et du Gouvernement définie à l'article 47-2 de la Constitution, en application du 2° du VIII de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la Cour des comptes produit un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos.

Sur la base des vérifications effectuées et au regard des éléments d'information qui lui ont été communiqués, la Cour, dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, *« estime que les tableaux d'équilibre précités fournissent une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde qui en découle.*

Elle formule néanmoins les trois observations suivantes :

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

2. La Cour a estimé qu'elle était dans l'impossibilité de formuler une opinion sur les comptes de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2020, ce qui emporte des conséquences sur la fiabilité des comptes des branches du régime général ;

3. Les réserves formulées par la Cour sur les comptes des branches du régime général de sécurité sociale et le maintien de la réserve émise par les commissaires aux comptes de la Mutualité sociale agricole, portant sur les incidences de la fiabilité insuffisante des données notifiées par l'État et par les organismes de sécurité sociale tiers à la MSA, soulignent les limites qui continuent d'affecter la fiabilité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre pour l'exercice 2020, sous l'effet, notamment, de faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne, au surplus allégés sur l'exercice dans le contexte de la crise sanitaire, et de difficultés comptables. »

A. L'approbation des tableaux d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général

Le déficit global des régimes de base et du FSV s'est établi à 39,7 milliards d'euros en 2020. Il s'agit du **déficit le plus élevé jamais enregistré par la sécurité sociale**.

Comme le montre le tableau ci-dessous, qui reprend le tableau que le 1° du présent article propose d'approuver, l'ensemble des branches a affiché un déficit l'année dernière (y compris la branche AT-MP), sous l'effet de la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19.

Tableau d'équilibre 2020 de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	209,8	240,2	-30,5
AT-MP	13,5	13,6	-0,1
Vieillesse	241,2	246,1	-4,9
Famille	48,2	50,0	-1,8
Total	499,3	536,6	-37,3
Total avec FSV	497,2	537,0	-39,7

Source : Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022

Pour ce qui concerne le seul régime général, dont le tableau d'équilibre fait également l'objet d'un vote (2° du présent article), la tendance est bien évidemment la même, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau d'équilibre 2020 du régime général et du fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	208,3	238,8	-30,4
AT-MP	12,1	12,3	-0,2
Vieillesse	135,9	139,6	-3,7
Famille	48,2	50,0	-1,8
Total	391,6	427,8	-36,2
Total avec FSV	390,8	429,4	-38,7

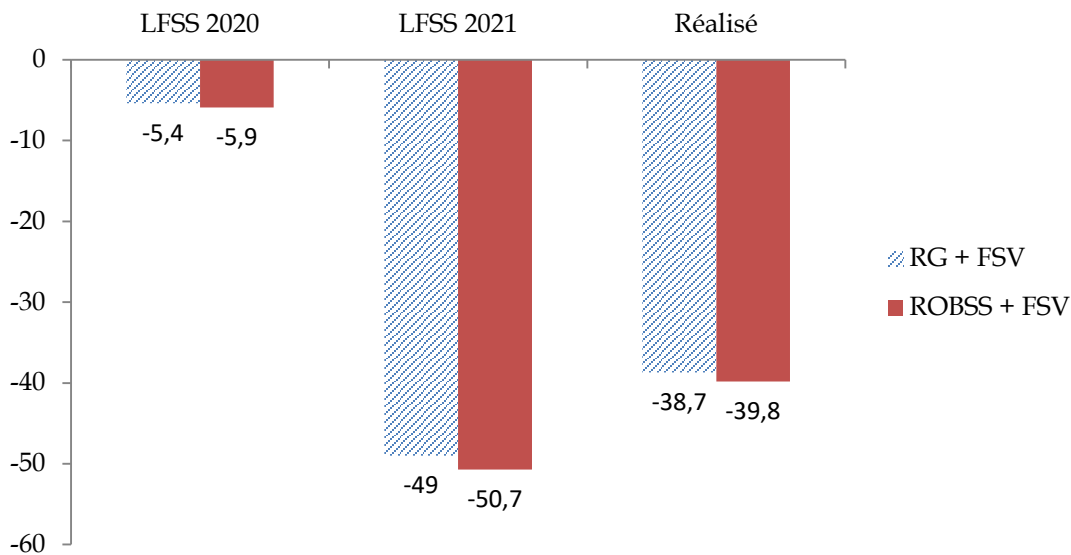
Source : Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022

L'écart entre le régime général et l'ensemble des ROBSS provient principalement de **la Caisse nationale des agents des collectivités locales (CNRACL)** qui ne bénéficie pas d'une subvention d'équilibre, à l'inverse de plusieurs régimes spéciaux, et qui a enregistré, en 2020, un déficit de 1,5 milliard d'euros (contre 0,7 milliard d'euros en 2019).

Il est à souligner que l'exercice 2020 s'est caractérisé par une forte incertitude, que symbolise le très fort écart entre le résultat finalement constaté et les prévisions : la prévision initiale, bien entendu, mais également (en sens inverse) la prévision rectifiée figurant dans la LFSS pour 2021, pourtant promulguée le 14 décembre 2020.

Prévisions de soldes et résultats constatés de la sécurité sociale en 2020

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales, d'après LFSS

Malgré cette amélioration relative du solde par rapport aux prévisions de l'automne, due à un moindre recul de la croissance et des recettes, ce résultat constitue de loin le déficit le plus lourd de l'histoire de la sécurité sociale.

Ce déficit dépasse d'environ 10 milliards d'euros le précédent record, qui datait de 2010 alors que les conséquences de la crise financière de 2008 se faisaient pleinement sentir.

Soldes consolidés des ROBSS et du FSV entre 2010 et 2020

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales, d'après LFSS

Comme l'ont indiqué le tome I du présent rapport ainsi que le rapport d'information¹ de Jean-Marie Vanlerenberghe sur l'application de la LFSS, les recettes et les dépenses des régimes ont été fortement affectées par la crise.

Plus précisément :

- la totalité des branches a subi d'importantes pertes de recettes, principalement du fait de la récession économique et de la chute de la masse salariale qu'elle a entraînée. **Par rapport à la prévision initiale de la LFSS pour 2020, la perte totale s'élève à 18,8 milliards d'euros** (390,8 milliards au lieu de 409,6 milliards d'euros) ;

- **la branche maladie a dû faire face, de surcroît, à une forte augmentation de ses dépenses** afin de répondre au volet strictement sanitaire de la crise (*cf. infra* les observations relatives aux dépenses relevant de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie - Ondam).

B. Les dépenses relevant du champ de l'Ondam

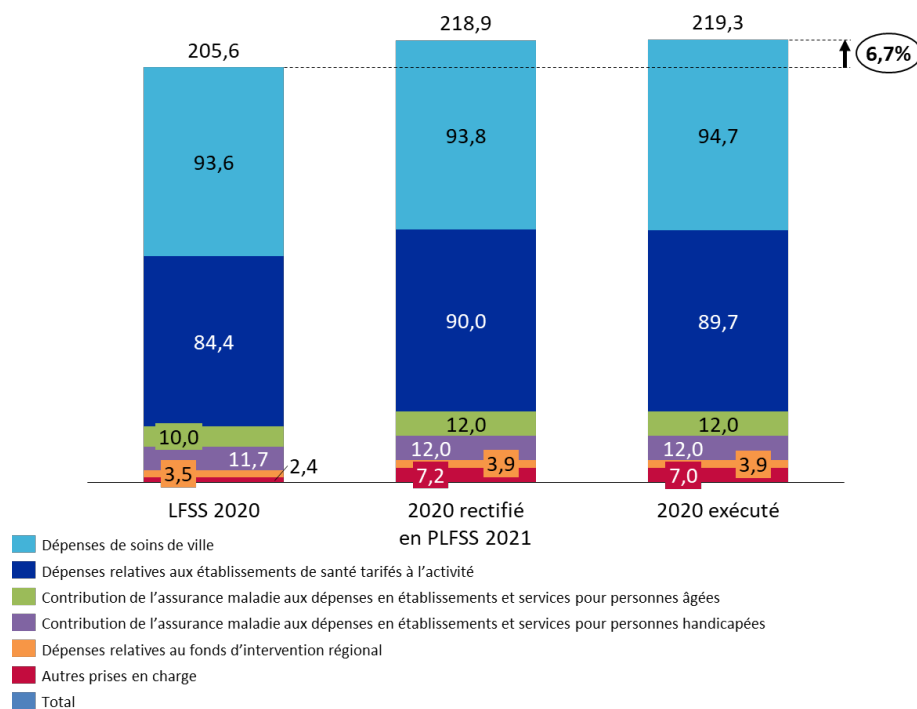
Aux termes du 3^o du présent article, les dépenses constatées relevant du champ de l'Ondam se sont élevées à **219,4 milliards d'euros** en 2020, soit un **dépassement de 13,8 milliards d'euros par rapport à l'Ondam voté en LFSS pour 2020**.

¹ Rapport d'information Sénat n° 746 (2020-2021).

Ces dépenses sont également **supérieures de 460 millions d'euros à la prévision actualisée de l'automne 2020** votée en LFSS pour 2021, et ce alors que le Gouvernement estimait alors les hypothèses de prévisions retenues comme prudentes.

Décomposition de l'Ondam 2020 en exécution et des prévisions des LFSS pour 2020 et pour 2021

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

Cet écart substantiel, de l'ordre de 6,7 %, s'explique par les **surcoûts liés à l'épidémie de covid-19, d'une part, à hauteur de 18,3 milliards d'euros** mais aussi par les dépenses nouvelles liées au Ségur de la santé, pour 1,4 milliard d'euros.

Parmi les surcoûts liés à la crise sanitaire, on peut particulièrement souligner :

- 2,4 milliards d'euros consacrés aux indemnités journalières ;
- 7 milliards d'euros destinés aux établissements de santé et médico-sociaux ;
- 4,8 milliards d'euros supplémentaires de dotation à Santé publique France pour l'achat de masques principalement.

Ces postes de dépenses majorées sont cependant atténués par des sous-exécutions à hauteur de 4,9 milliards d'euros (dont 2,9 milliards d'euros de moindres dépenses d'honoraires en ville) ainsi que, de manière comptable, par la taxe exceptionnelle sur les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM).

C. Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV)

Le 3° du présent article propose d'approuver les comptes des organismes concourant au financement des ROBSS, ce qui se résume au seul Fonds de solidarité vieillesse.

Le fonds a enregistré en 2020 un déficit de 2,5 milliards d'euros, ce qui représente une dégradation de 0,9 milliard d'euros par rapport à 2019.

Les recettes du FSV, qui proviennent de la CSG sur les revenus du capital et de remplacement, ont subi les effets de la crise et ont diminué de 3,2 % pour s'établir à 16,7 milliards d'euros.

Du côté des dépenses, alors qu'une diminution était attendue en raison de la fin du financement du minimum contributif par le fonds, celles-ci ont pourtant augmenté en raison d'une importante hausse des **prises en charge de cotisations** (+ 7,6 %), qui s'explique elle-même par la hausse **des prises en charge de cotisations au titre des périodes de chômage ou d'activité partielle**.

D. Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR)

Conformément aux dispositions de la loi du 9 novembre 2010, le Fonds de réserve pour les retraites a été mis en extinction. Depuis 2011, il ne perçoit plus aucune recette, ses produits (1,3 point de prélèvement sur les revenus du capital) ayant été transférés à la Cades.

Le fonds a pour objet :

- de participer au financement des déficits des organismes chargés d'assurer les prestations du régime de base de l'assurance vieillesse pour les exercices 2011 à 2018 en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Sur ce fondement, à compter du 1^{er} janvier 2011 et jusqu'en 2024, le fonds verse chaque année 2,1 milliards d'euros à la Cades. À la fin de l'année 2020, il avait ainsi versé 21 milliards d'euros ;

- de gérer à l'horizon 2020, pour le compte de la Cnav, la part de la soulte (40 %) versée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (Cnieg) en contrepartie de son adossement au régime général, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005¹. **Afin d'améliorer rapidement la situation de trésorerie du régime général, fortement sollicitée par la crise sanitaire, la soulte a été rétrocédée à la Cnav 29 juillet 2020, pour 5 milliards d'euros ;**

¹ De fait, en application de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, le FRR a rétrocédé cette soulte à la CNAV, pour un montant de 5 004 millions d'euros.

- de mobiliser ses actifs, sur recommandation du comité de suivi des retraites, en application de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, en cas de dérapage des déficits de la branche vieillesse.

Enfin, la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a confié de nouvelles missions au FRR. En prolongeant l'amortissement de la dette sociale par la Cades après 2024, dont une part importante porte sur les régimes de retraite, elle a prévu un versement annuel de 1,45 milliard d'euros du FRR à la Cades de 2025 à 2033.

Au 31 décembre 2020, la valeur de marché des actifs du fonds de réserve des retraites était de 26,3 milliards d'euros. Le résultat financier de l'exercice était de 0,8 milliard d'euros et le résultat net de 0,7 milliard d'euros.

E. Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades)

Le 7° du présent article propose l'approbation du montant de la dette amortie par la Cades en 2020, soit 16,1 milliards d'euros. Ce montant est en assez net retrait par rapport à l'objectif d'amortissement défini en loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 (16,7 milliards d'euros) du fait de la diminution des ressources de la caisse par rapport aux prévisions initiales.

L'amortissement est égal à la différence entre le produit net des ressources affectées (soit le produit de la CRDS, de 0,6 point de CSG et du versement annuel effectué par le FRR à la Cades) et le montant de ses frais financiers nets.

Les recettes de la caisse se sont élevées à 17,6 milliards d'euros pour l'année 2020, en retrait de 0,7 milliard d'euros par rapport à 2019.

Nature des ressources	Montant <i>(en milliards d'euros)</i>
CRDS	7,3
CSG	8,3
Versement du FRR	2,1

Source : CCSS

Des dettes supplémentaires d'un montant de 20 milliards d'euros ont été transférées à la Cades en 2020, conformément à la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 précitée et au décret n° 2020-1074 du 19 août 2020. Cette première reprise inclut les déficits cumulés au 31 décembre 2019 de la branche maladie du régime général (10,2 milliards d'euros), du FSV (6,2 milliards d'euros) et de la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles (3,6 milliards d'euros).

À l'issue de ces opérations, le montant des dettes transférées à la Cades s'élevait à 280,5 milliards d'euros à la fin 2020.

La dette amortie s'élevait à 187,5 milliards d'euros et la dette restant à amortir à 93 milliards d'euros.

La nouvelle date limite d'amortissement des sommes transférées à la Cades est le 31 décembre 2033. Mais, comme cela sera détaillé par ailleurs dans le présent rapport (*cf.* commentaire de l'article 23), l'absence de perspective de retour à un équilibre financier de la sécurité sociale rend le respect de cette échéance particulièrement incertain.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Cet article retrace les résultats de la gestion 2020 que votre commission ne peut que constater, d'autant que, comme chaque année, les conditions d'examen du PLFSS ne laissent guère de temps à l'examen spécifique des résultats de la gestion passée.

La proposition de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale à l'occasion de l'examen du projet de réforme constitutionnelle et organique pourrait être l'occasion de détacher la première partie des lois de financement de la sécurité sociale afin d'en faire des textes à part entière qui, à l'instar des lois de règlement du budget de l'État, pourraient être débattus à la fin du printemps.

Votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 2

**Approbation du rapport annexé sur les excédents ou déficits
de l'exercice 2020 et le tableau patrimonial (annexe A)**

Cet article propose d'approuver le rapport figurant en annexe A du projet de loi de financement retraçant la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2020, ainsi que les modalités proposées pour l'affectation des excédents et la couverture de déficits constatés en 2020, dernier exercice clos.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions figurant obligatoirement dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

**Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale
(extrait du A du I)**

« A - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos, la loi de financement de la sécurité sociale :

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

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

II. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos.

L'annexe A comporte deux parties distinctes décrivant, d'une part, la situation patrimoniale des régimes et organismes de sécurité sociale au 31 décembre 2020 et d'autre part, les mesures prévues pour la couverture des déficits constatés.

• **La situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2020**

Le tableau patrimonial consolide l'ensemble des bilans des régimes et organismes compris dans son périmètre, qui comprend le régime général et quinze autres régimes (n'y figurent pas les régimes qui n'ont pas de bilan ou dont le bilan est inférieur à 200 millions d'euros, dont le montant agrégé est inférieur à 0,1 milliard d'euros après neutralisation des effets des relations financières entre eux), les organismes concourant à leur financement (FSV), à l'amortissement de leur dette (Cades) ou à la mise en réserve de recettes à leur profit (Fonds de réserve pour les retraites, FRR).

En 2020, le **résultat d'ensemble** de la sécurité sociale **s'est dégradé** sous l'effet de la crise sanitaire. Le tableau patrimonial présente **un résultat net d'ensemble négatif de 22,9 milliards d'euros**, après plusieurs années d'excédent (dont 15,4 milliards d'euros en 2019).

Ce solde négatif est dû au plongeon des organismes de sécurité sociale, qu'il s'agisse du régime général (- 36,2 milliards d'euros), des autres régimes (- 1 milliard d'euros) ou du FSV (- 2,5 milliards d'euros), que n'ont pas pu compenser les résultats excédentaires de la Cades et du FRR (respectivement de 16,1 et 0,8 milliards d'euros).

Le **report à nouveau**, qui reflète les déficits des années passées se réduit de 14,5 milliards d'euros pour s'établir à **- 108,1 milliards d'euros**.

Le financement du passif est assuré par l'endettement financier, l'endettement financier net, différence entre le passif et l'actif financier, s'élevant à 110,7 milliards d'euros au 31 décembre 2020, en nette augmentation par rapport à 2019. Sur ce total, l'endettement financier net porté par l'Acoss s'établissait à 62,5 milliards d'euros.

Les actifs financiers sont principalement ceux du Fonds de réserve des retraites (25,3 milliards d'euros) et des encours bancaires (26,9 milliards d'euros).

En application de l'article 2 de la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la Cour des comptes a émis un avis sur « *la cohérence du tableau patrimonial du dernier exercice clos* » dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

**Avis de la Cour des comptes sur la cohérence
du tableau patrimonial au 31 décembre 2020**

La Cour estime que le tableau patrimonial qui sera soumis à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2020.

Elle formule néanmoins l'observation suivante: les données comptables intégrées au tableau patrimonial au 31 décembre 2020 présentent une fiabilité variable et parfois insuffisante, comme le soulignent l'impossibilité de certifier les comptes de l'activité de recouvrement, l'augmentation du nombre de réserves exprimées par la Cour sur les comptes des branches de prestations du régime général de sécurité sociale (22 au total, contre 16 sur les comptes de 2019) et la reconduction de la réserve formulée par les commissaires aux comptes de la Mutualité sociale agricole du fait de la fiabilité insuffisante des données notifiées par l'État et par les organismes de sécurité sociale tiers à la MSA.

• La couverture des déficits constatés sur l'exercice 2020

L'annexe A rappelle les soldes des différentes branches du régime général et du FSV pour 2020.

Elle rappelle que la loi du 7 août 2020 a permis de nouveaux transferts à la Cades d'un montant total de 136 milliards d'euros. Elle indique que, dans un premier temps, des versements effectués avant le 30 juin 2021 financent, dans la limite de 31 milliards d'euros, les déficits cumulés non repris constatés au 31 décembre 2019 de la branche maladie du régime général, du FSV, de la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles et de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL). Sur ce fondement, le décret n° 2020-1074 du 19 août 2020 et le décret n° 2021-40 du 19 janvier 2021 ont organisé des transferts de la CADES à hauteur de 20 milliards d'euros en 2020 et de 11 milliards d'euros en 2021. Dans un second temps, des versements à compter de 2021 ont vocation à financer, dans la limite de 92 milliards d'euros, les déficits cumulés des exercices 2020 à 2023 des branches maladie, vieillesse et famille du régime général, du FSV et de la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles.

L'annexe A apporte des précisions sur les régimes de base autres que le régime général. La plupart de ces régimes sont équilibrés :

- par une intégration financière au régime général (régimes maladie dans le cadre de la Puma, branche vieillesse des salariés agricoles, RSI) ;
- par une subvention d'équilibre de l'État (SNCF, RATP, régime des mines et des marins) ;
- par la « cotisation » employeur (Fonction publique de l'État, IEG).

S'agissant des autres caisses, l'annexe A indique que le résultat de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), présente un déficit depuis trois exercices, à - 1,5 milliard d'euros en 2020 après - 0,7 milliard d'euros en 2019.

En revanche, la branche retraite du régime des exploitants agricoles, qui était déficitaire en 2017, a présenté un excédent de 0,01 milliard d'euros en 2018 puis de 0,1 milliard d'euros en 2019 et de nouveau 0,01 milliard d'euros en 2020.

L'annexe A souligne enfin que les excédents du régime de retraite des professions libérales (0,1 milliard d'euros en 2020) et de la branche vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (0,1 milliard d'euros en 2020) diminuent respectivement de 0,3 milliard d'euros et 0,1 milliard d'euros. Celui du régime de base de la Caisse nationale des barreaux français (0,06 milliard d'euros en 2019) reste stable. Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021

Article 3

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

Cet article tend à affilier au régime général les personnes ayant participé à la campagne de vaccination sans avoir de statut de travailleur indépendant et à permettre aux professionnels de santé ayant poursuivi ou repris leur activité entre octobre 2020 et décembre 2021 de cumuler intégralement leur pension de retraite et leurs revenus d'activité.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements de précision qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé : l'affiliation des personnes ayant participé à la campagne de vaccination et la régularisation de l'assouplissement des règles de cumul emploi-retraite des professionnels de santé décidé face à la crise

A. L'affiliation des personnes ayant participé à la campagne de vaccination

1. De nombreuses personnes aux statuts divers ont participé à la campagne de vaccination

Engagée dès le début de l'année, dans un climat d'urgence du fait de l'ampleur de la crise sanitaire et de ses conséquences économiques et sociales, la campagne de vaccination contre la covid-19 a permis de vacciner un très grand nombre de Français. Plus précisément, à l'heure de l'examen de ce rapport, 51 237 148 personnes ont reçu une dose parmi lesquelles 50 054 620 sont entièrement vaccinées.

Cette campagne a nécessité la **mobilisation de nombreux professionnels de santé exerçant leur activité sous différents statuts**, en particulier des professionnels exerçant à titre libéral, des professionnels salariés des établissements de rattachement des centres de vaccinations ou encore des professionnels n'exerçant pas à titre libéral ni salariés des établissements de rattachement de ces centres.

Dans cette dernière catégorie, on compte notamment des étudiants, des salariés relevant d'établissements différents de celui auquel est rattaché le centre de vaccination, des retraités, des fonctionnaires, *etc.* Selon l'étude d'impact annexée au PLFSS, au 4 juillet 2021, un total de 457 millions d'euros avait été versé à ces professionnels de santé.

À cette diversité de statut correspond **une diversité d'affiliation à la sécurité sociale** pour les rémunérations perçues au titre de la participation à la campagne de vaccination. Ainsi :

- pour les **professionnels libéraux**, ces rémunérations sont cumulées avec les revenus perçus dans le cadre de leur activité principale, et assujetties selon les **règles de droit commun applicables aux travailleurs indépendants** ;

- les salariés des établissements de rattachement de vaccination obtiennent un complément à leur rémunération habituelle sans qu'il soit nécessaire de prévoir des modalités particulières d'affiliation et d'assujettissement.

En revanche, sans modification législative, **la situation des autres professionnels de santé non libéraux serait plus complexe**, puisqu'ils devraient **soit s'affilier en tant que travailleur indépendant** pour déclarer les rémunérations perçues dans ce cadre et acquitter les cotisations et contributions correspondantes, **soit être salariés par les établissements accueillant les centres de vaccination**, qui ne pouvaient pas tous réaliser une telle opération. En tout état de cause, l'une ou l'autre de ces solutions introduisaient d'incontestables facteurs de complexité.

2. L'affiliation de principe au régime général des professionnels non libéraux avec l'application de barèmes particuliers

Pour traiter la situation de ces professionnels de santé non libéraux, le **I du présent article** propose, dans un dispositif non codifié du fait de son caractère provisoire, de distinguer deux cas de figure en matière d'affiliation à la sécurité sociale des personnes ayant participé à la campagne vaccinale.

Le **1° du I** s'appliquerait aux **médecins salariés ou agents publics qui participent à la campagne, aux médecins retraités et aux étudiants en médecine**. Ces professionnels seraient affiliés au **régime général au titre de la sécurité sociale des travailleurs indépendants, lorsqu'ils relèvent de cette catégorie, et au régime des professionnels libéraux ou des praticiens et auxiliaires médicaux, lorsqu'ils sont déjà affiliés à ces régimes**. Les cotisations et contributions sociales assises sur les rémunérations issues de cette activité seraient calculées, pour ces personnes, au taux global de 13,30 % prévu pour le régime simplifié des professions médicales¹.

¹ Ce régime, défini à l'article L. 642-4-2 du code de la sécurité sociale, s'applique notamment aux médecins remplaçants et aux étudiants en médecine.

Par ailleurs, le 2° du I prévoit que les autres personnes ayant participé à la campagne vaccinale soient également affiliés à ce titre au régime général. Leurs cotisations et contributions seraient néanmoins calculées selon des modalités différentes, avec un **abattement sur l'assiette** qui sera de **60 %**, selon l'évaluation préalable annexée au présent PLFSS¹. Il en résulte un taux global de cotisations et contributions sociales de 19 % pour ces professionnels².

L'avant-dernier alinéa du I du présent article précise que, dans tous les cas, les cotisations et contributions sociales dues par l'ensemble de ces professionnels seraient précomptées par l'organisme local d'assurance maladie qui les rémunère pour le compte des organismes de sécurité sociale. Les dispositions relatives aux garanties et aux sanctions prévues pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales du régime général leur seraient applicables.

B. Les règles du cumul emploi-retraite ont fait l'objet d'une dérogation en faveur des professionnels de santé pendant la pandémie

1. En dehors de certaines conditions, le cumul emploi-retraite est plafonné

Le service d'une pension de retraite de base est subordonné à la rupture de tout lien professionnel avec l'employeur pour les salariés et, dans le cas des travailleurs indépendants, à la cessation de leur activité.

Néanmoins, le code de la sécurité sociale prévoit la possibilité, pour un retraité, de reprendre une activité salariée ou indépendante et de **cumuler celle-ci avec ses pensions de retraite de base et complémentaire** dans le cadre de deux dispositifs³ :

- **le cumul emploi-retraite libéralisé** : à condition soit d'avoir atteint l'âge légal de départ en retraite et de justifier de la durée d'assurance requise pour bénéficier du taux plein, soit d'avoir atteint l'âge d'annulation de la décote et sous réserve d'avoir liquidé ses pensions de retraite personnelles auprès de la totalité des régimes obligatoires de base et complémentaires dont il a relevé, **le retraité peut entièrement cumuler ses pensions avec cette activité** ;

¹ Cet abattement, qui correspond à l'abattement pour frais professionnels des loueurs de meublés, dont les professionnels concernés ont utilisé l'interface pour leur déclaration, s'applique également à d'autres professionnels tels que le régime des nano-activités (moins de 1 500 euros par an) auxquels peuvent s'assimiler les personnels utilisés lors de la campagne vaccinale.

² 19,60 % en Alsace et en Moselle.

³ Article L. 161-22 du code de la sécurité sociale.

- **le cumul emploi-retraite plafonné** : lorsque ces conditions ne sont pas satisfaites, le retraité ne peut pas cumuler ses pensions avec les revenus procurés par son activité au-delà de 160 % du SMIC ou de la moyenne des salaires perçus au cours des trois mois d'activité avant la liquidation des pensions¹. Dans le cas des indépendants, le plafond est fixé à des seuils adaptés selon les zones géographiques concernées², à savoir le montant du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit 41 136 euros en 2021, lorsque l'activité est exercée dans une zone urbaine sensible (ZUS) ou dans une zone de revitalisation rurale (ZRR) et 50 % de ce montant, soit 20 568 euros, dans les autres zones³. **Au-delà de ces seuils, les pensions sont réduites à due concurrence du dépassement.** En outre, **dans le cas des salariés reprenant une activité chez leur dernier employeur, le cumul n'est possible que six mois après la liquidation de la pension.**

Les fonctionnaires sont soumis à des règles de cumul spécifiques. Ils bénéficient en effet du cumul intégral si leurs revenus bruts d'activité sont inférieurs à la moitié de l'indice majoré 227, soit 7 123,56 euros en 2021, augmentés du tiers du montant brut de la pension de retraite⁴. Si les revenus d'activité dépassent cette limite, l'excédent est déduit de la pension.

Il convient de noter que la reprise d'une activité par le bénéficiaire d'une pension de retraite personnelle versée par un régime obligatoire de base **n'ouvre pas de nouveaux droits à pension** si la première pension de retraite personnelle a été obtenue depuis le 1^{er} janvier 2015⁵.

2. Face à la crise sanitaire, le cumul intégral a été accordé à tous les professionnels de santé reprenant ou poursuivant leur activité

En 2020, la survenue de la crise sanitaire a nécessité **une mobilisation d'ampleur des professionnels de santé** qui s'est notamment traduite par la poursuite ou la reprise d'activité des retraités.

La loi du 17 juin 2020 a donc prévu, à titre exceptionnel, qu'une pension de retraite pouvait être entièrement cumulée avec une activité professionnelle exercée dans un établissement de santé ou médico-social pendant la première période d'état d'urgence sanitaire, entre le 24 mars et le 10 juillet 2020⁶.

¹ Article D. 161-2-7 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 634-6 du code de la sécurité sociale.

³ Article D. 634-11-2 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 85 du code de pensions civiles et militaires de retraite.

⁵ Article L. 161-22-1A du code de la sécurité sociale.

⁶ Loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, article 14.

Dans le cadre de la deuxième période d'état d'urgence sanitaire, du 17 octobre 2020 au 1^{er} juin 2021, le ministre des solidarités et de la santé et le secrétaire d'État chargé des retraites et de la santé au travail ont demandé¹, pour toute demande de reprise d'activité médicale ou paramédicale du personnel soignant hospitalier relevant de la quatrième partie du code de la santé publique² et des professionnels de santé libéraux relevant de la CARMF³, de la CARCDSF⁴, de la CAVP⁵ et de la CARPIMKO⁶, jusqu'au 1^{er} juin 2021 :

- à la CNAV et à l'IRCANTEC d'autoriser le cumul d'une pension de retraite et d'une telle activité auprès du dernier employeur **sans opposer le délai de six mois à compter de la liquidation de la pension** ;

- à la CNAV, à l'IRCANTEC⁷, à la CNRACL⁸, à la CARMF, à la CARCDSF, à la CAVP et à la CARPIMKO **de ne pas prendre en compte les revenus des personnes concernées relatifs à une telle activité pendant toute la période en cause pour l'application des règles du cumul emploi-retraite plafonné.**

La lettre ministérielle du 9 avril 2021 a également prévu un assouplissement des règles de cumul pour les retraités de la fonction publique d'État et territoriale.

Enfin, la lettre ministérielle du 15 septembre 2021 a ouvert le bénéfice de ce dispositif à tous les professionnels de santé d'octobre 2020 à décembre 2021. La mesure dérogatoire serait donc **étendue aux revenus perçus pendant les mois d'état d'urgence sanitaire ayant précédé sa mise en œuvre, d'octobre 2020 à mars 2021**, et prolongée jusqu'à la fin de l'année 2021.

3. Cette mesure doit désormais faire l'objet d'une régularisation par le législateur

Ces mesures n'ayant pas été autorisées par le législateur, le PLFSS pour 2022 vise à les **régulariser a posteriori dans le but de garantir les droits des personnes concernées**, qui ont pu en bénéficier dès avril 2021.

¹ Courrier ministériel du 23 mars 2021.

² Professions médicales, professions de la pharmacie et de la physique médicale, auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires.

³ Caisse autonome de retraite des médecins de France.

⁴ Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes.

⁵ Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens.

⁶ Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes.

⁷ Institution de retraite complémentaire des agents non-titulaires de l'État et des collectivités publiques.

⁸ Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.

- Le A du II prévoit ainsi qu'à titre exceptionnel et par dérogation aux dispositions applicables en matière de plafonnement et de délai de carence, une pension de retraite de base peut être entièrement cumulée avec les revenus tirés d'une activité reprise ou poursuivie durant les mois d'octobre 2020 à décembre 2021 en qualité de professionnel de santé.

- Le B du II prévoit en outre son applicabilité au régime de retraite de base de Mayotte.

D'après l'étude d'impact, **2 366 assurés seraient éligibles au dispositif, dont seulement 200 ayant spécifiquement repris une activité en qualité de renfort**. Il est estimé que deux tiers d'entre eux en bénéficieront effectivement en raison du caractère quérable du droit dérogatoire au cumul intégral sur la période d'octobre 2020 à mars 2021. **Le gain individuel par assuré est évalué à 1 200 euros par mois sur la période d'octobre 2020 à décembre 2021 pour un coût total de 28,8 millions d'euros.**

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale : des précisions d'ordre rédactionnel

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels ou de précision de son rapporteur général.

L'un d'eux précise en particulier que les dispositions dérogatoires en matière de cumul emploi-retraite concernent les revenus tirés d'une activité reprise ou poursuivie en qualité de professionnel de santé **entre le 1^{er} octobre 2020 et le 31 décembre 2021**, au lieu des revenus tirés d'une telle activité durant les mois d'octobre 2020 à décembre 2021.

III - La position de la commission : l'adoption de cet article assorti d'une précision relative au cumul emploi-retraite

Le présent article propose de ratifier par la loi des dispositifs que le pouvoir réglementaire a mis en place dans l'urgence, auxquels la commission n'est évidemment pas opposée sur le fond.

Ainsi, pour ce qui concerne l'affiliation à la sécurité sociale des personnels mobilisés pour la campagne de vaccination contre la covid-19, l'ensemble du tableau des affiliations est assez complexe du point de vue du législateur, mais il est sans doute le plus simple pour les professionnels concernés, ce qui est l'essentiel. En tout état de cause, les droits de ces professionnels seront ainsi assurés de manière satisfaisante.

Pour ce qui concerne le cumul emploi-retraite intégral, la commission approuve également la dérogation accordée aux professionnels de santé mobilisés dans le cadre de la lutte face à la pandémie de covid-19.

Elle regrette toutefois que le Gouvernement prenne, par lettre ministérielle, des mesures relevant du domaine de la loi sans y être habilitée et sans en informer préalablement le Parlement, avant de lui imposer une ratification *a posteriori*.

En vue de clarifier le texte, l'**amendement n° 124** de la rapporteure générale a été adopté. La modification introduite par l'Assemblée nationale pouvait en effet être interprétée comme ouvrant le bénéfice des dispositions dérogatoires en la matière aux revenus tirés, y compris à l'avenir, d'une activité reprise ou poursuivie en qualité de professionnel de santé entre le 1^{er} octobre 2020 et le 31 décembre 2021. Les sommes concernées seraient donc bien les revenus générés uniquement durant les mois d'octobre 2020 à décembre 2021 par une activité reprise ou poursuivie en qualité de professionnel de santé.

En outre, la commission a adopté **un amendement de précision rédactionnelle n° 123** de la rapporteure générale.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 3 bis (nouveau)

Extension du dispositif exceptionnel d'accompagnement économique des médecins conventionnés

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement et avec l'avis favorable de la commission, propose, d'une part, une légère extension du dispositif d'aide à certains professionnels de santé affectés par des baisses d'activité en raison de l'épidémie de covid-19 et, d'autre part, le report d'un an de la date limite de remboursement des trop-perçus.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. L'extension du dispositif d'aide exceptionnelle aux professionnels médicaux affectés par une baisse d'activité

Le 1^o du présent article propose d'insérer un article 1^{er} *ter* au sein de l'ordonnance n° 2020-505 du 2 mai 2020 instituant une aide aux acteurs de santé conventionnés dont l'activité est particulièrement affectée par l'épidémie de covid-19. L'objet de cet ajout est de prendre en compte la situation particulière de certains professionnels qui ont eu à subir plus longuement une telle pénalisation de leur activité.

Pour mémoire, **le dispositif de base** mis en place au plus fort de la crise épidémique en 2020, **a concerné 200 000 professionnels libéraux** pour **un coût de 1,3 milliard d'euros** assumé par l'assurance maladie au travers d'un fonds d'aide¹ qu'elle gère.

1. Les professionnels exerçant en zone de montagne

Le I de ce nouvel article 1^{er} *ter* a pour objet de faire entrer **une nouvelle catégorie de professionnels de santé dans les critères d'éligibilité fonds d'aide**.

Cette extension concerne les **professionnels de santé libéraux, installés dans une commune support d'une station de ski alpin** ou dans une commune située en zone de montagne, appartenant à un établissement public de coopération intercommunale dont au moins une des communes membres est support d'une station de ski alpin et n'appartenant pas à une unité urbaine de plus de 50 000 habitants².

Les professionnels concernés devraient avoir constaté une baisse d'activité au cours d'une période allant du 1^{er} décembre 2020 jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard jusqu'au 30 avril 2021. Il leur reviendrait alors de formuler une demande d'aide auprès du fonds.

Il s'agit de compenser les conséquences de la fermeture des stations de ski au cours de la saison hivernale 2020-2021 du fait de la reprise de l'épidémie de covid-19.

2. La prise en compte des déprogrammations de soins

Le II du texte proposé pour l'article 1^{er} *ter* de l'ordonnance n° 2020-505 précitée prévoit la création d'une **aide spécifique** de la Caisse nationale de l'assurance maladie **destinée aux médecins libéraux affectés par la répétition des déprogrammations au second semestre de l'année 2021**.

Il est précisé que cette aide vise à garantir le maintien d'un niveau minimal d'honoraires, pour **compenser la baisse des revenus d'activité au cours de la période allant du 1^{er} juillet 2021 jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2021**, aux médecins libéraux conventionnés exerçant une activité libérale dans un établissement de santé privé et répondant sur la période aux conditions cumulatives suivantes :

- leur activité, en raison de sa nature particulière, a subi une baisse significative par rapport à une activité normale ;

- l'activité de l'établissement dans lequel ils exercent a été significativement impactée à des fins de maîtrise de l'épidémie de covid-19 ;

- et la région dans laquelle est situé l'établissement a connu une tension hospitalière soutenue.

¹ Ce fonds d'aide a été créé par l'article 1^{er} de la même ordonnance n° 2020-505 du 2 mai 2020.

² Par référence à l'annexe 3 du décret n° 2020-371 du 30 mars 2020 dans sa rédaction résultant du décret n° 2020-1770 du 30 décembre 2020, qui énumère lesdites communes.

Un décret fixerait les conditions d'application de ces deux dispositifs.

B. L'étalement du remboursement des trop-perçus jusqu'à la fin de l'année 2022

Le **2° du présent article** propose de modifier l'article 3 de l'ordonnance n° 2020-505 du 2 mai 2020 afin de **repousser d'un an**, du 1^{er} décembre 2021 au 1^{er} décembre 2022, **la date limite de récupération des trop-perçus d'aide** par certains professionnels de santé.

II - La position de la commission

La commission approuve le principe des mesures proposées par le présent article.

Néanmoins, les débats à l'Assemblée nationale n'ayant pas permis de préciser leur coût pour la sécurité sociale et la rapporteure générale n'ayant pas obtenu ces éléments, il conviendrait que la séance publique au Sénat permette d'obtenir des éclaircissements. De même, il est regrettable que l'activité du fonds d'aide ne soit pas retracée au sein de l'annexe 8 du présent PLFSS afin de donner au Parlement un éclairage complet.

Sous le bénéfice de ces observations, la commission souhaite l'adoption de cet article introduit par l'Assemblée nationale.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 4

Allègement de la taxe sur la vente en gros des spécialités pharmaceutiques

Cet article propose d'abaisser de 1,75 % à 1,5 % le taux de la première tranche de la taxe sur la vente en gros des médicaments remboursables.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Une baisse préoccupante de la rentabilité de la répartition pharmaceutique

La répartition pharmaceutique constitue la principale voie d'approvisionnement en médicaments du réseau officinal¹ : en 2019, les grossistes-répartiteurs, au nombre de sept dans l'Hexagone, ont distribué un peu plus de 58 % des médicaments aux pharmacies d'officine, les laboratoires ayant vendu directement à ces dernières un peu moins de 15 % des spécialités qu'ils exploitent.

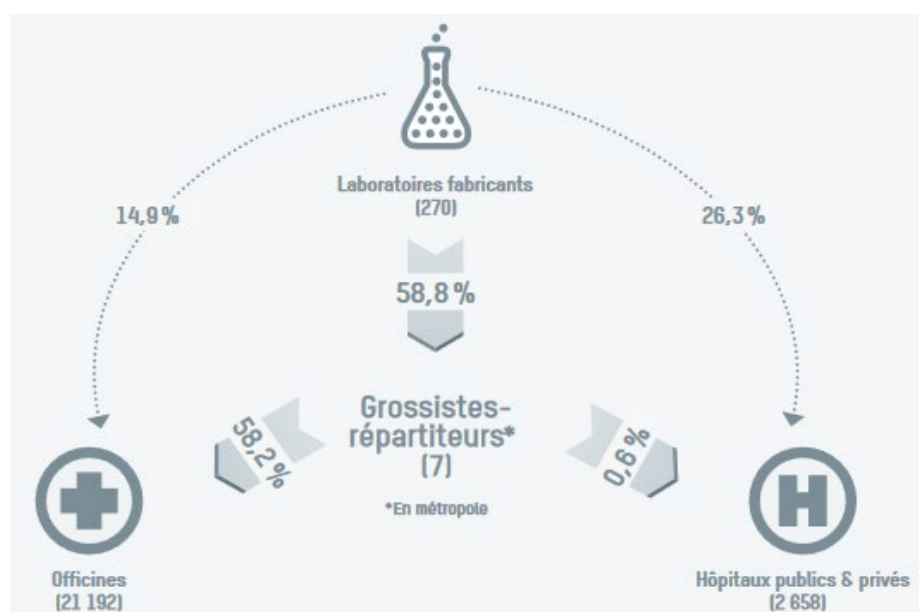
Ils assument des obligations de service public² destinées à garantir l'approvisionnement continu du marché national en médicaments. À ce titre, ils sont tenus de disposer d'un assortiment de médicaments comportant au moins les neuf dixièmes des présentations de spécialités pharmaceutiques effectivement commercialisées en France et d'être en capacité sur leur territoire de répartition, en dehors du samedi après 14 heures et des dimanches et jours fériés, de satisfaire la consommation de leur clientèle habituelle durant au moins deux semaines et de livrer dans les 24 heures toute commandée passée par une officine³.

¹ 20 978 officines au 1^{er} octobre 2021, selon l'ordre national des pharmaciens (<http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine/Cartes-departementales-Officine/Nombre-d-officines>).

² Article L. 5124-17-2 du code de la santé publique.

³ Article R. 5124-59 du code de la santé publique.

Le positionnement des grossistes-répartiteurs dans la chaîne de distribution du médicament



Source : Brochure de la chambre syndicale de la répartition pharmaceutique, « La répartition pharmaceutique – L'essentiel 2019 »

Au cours des dix dernières années, plusieurs travaux ont fait état d'une dégradation préoccupante de la situation économique du secteur de la répartition pharmaceutique :

- relevant en 2013¹ que « la marge brute totale du secteur de la répartition représente une proportion de plus en plus faible du chiffre d'affaires total TTC en valeur de la distribution du médicament remboursable en ville », l'Autorité de la concurrence a renouvelé, en 2019², son constat d'un secteur fragilisé dont les faibles niveaux de marge « ne [...] permettent pas [aux grossistes-répartiteurs] de compenser leurs charges, et notamment le coût des obligations de service public auxquelles ils sont tenus » ;

- pointant « l'essoufflement [du] modèle économique » d'un secteur de la répartition pharmaceutique « profondément déstabilisé par le développement des médicaments génériques », l'inspection générale des affaires sociales a formulé dans un rapport de 2014³ plusieurs propositions pour améliorer le partage de la valeur dans la chaîne du médicament, en dessinant notamment les contours de nouvelles modalités de rémunération des grossistes-répartiteurs ;

¹ Avis de l'Autorité de la concurrence n° 13-A-24 du 19 décembre 2013 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur de la distribution du médicament à usage humain en ville.

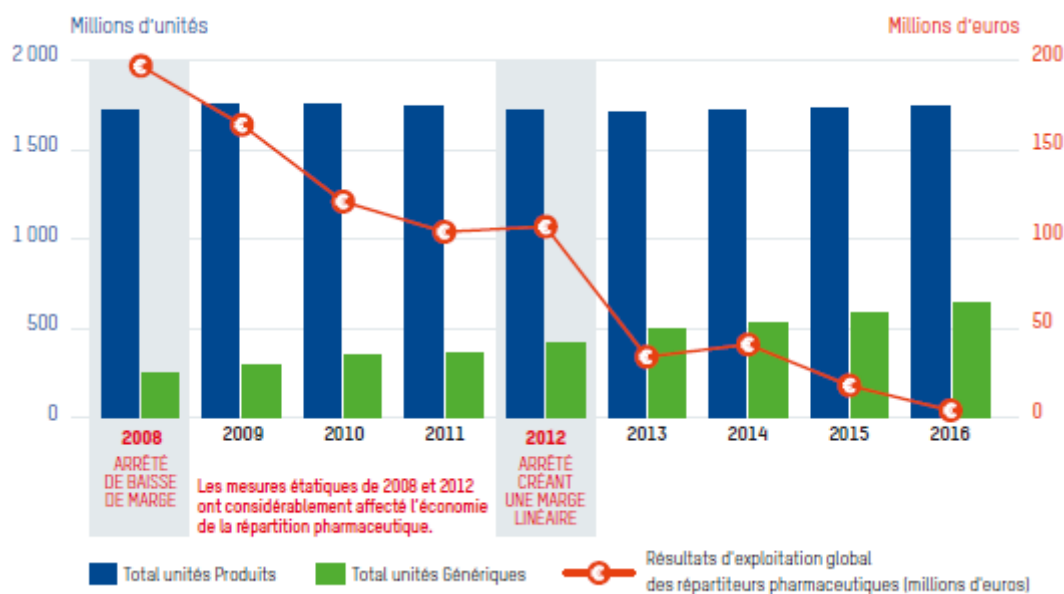
² Avis de l'Autorité de la concurrence n° 19-A-08 du 4 avril 2019 relatif aux secteurs de la distribution du médicament en ville et de la biologie médicale privée.

³ Gaëlle Turan-Pelletier et Hayet Zeggar, La distribution en gros du médicament en ville, rapport n° 2014-004R3 de l'inspection générale des affaires sociales, juin 2014.

- constatant que le bénéfice net du secteur de la répartition a été divisé par 3,5 entre 2009 et 2014, et estimant que « le principe d'une rémunération des grossistes répartiteurs assise sur les prix des médicaments est peu justifié au regard de la nature de leur activité », la Cour des comptes a plaidé, en 2017¹, pour une rémunération des grossistes-répartiteurs assise non plus sur le prix des médicaments mais sur les volumes livrés, ajustée, le cas échéant, pour tenir compte des coûts logistiques propres à la distribution de certaines catégories de médicaments, par exemple s'agissant du respect de la chaîne du froid pour des vaccins.

La chambre syndicale de la répartition pharmaceutique confirme la forte dégradation de la situation économique à laquelle fait face le secteur : alors que le chiffre d'affaires des entreprises de la répartition pharmaceutique s'établissait, en 2008, à 19 milliards d'euros et leur gain d'exploitation à 200 millions d'euros, leur chiffre d'affaires s'est élevé, en 2018, à 17 milliards d'euros et ces entreprises ont affiché une perte d'exploitation de 46 millions d'euros.

Évolution des résultats d'exploitation du secteur de la répartition pharmaceutique



Source : Chambre syndicale de la répartition pharmaceutique, Observatoire de l'accès aux médicaments, « Accès et disponibilité des médicaments en pharmacie », première édition, mars 2018

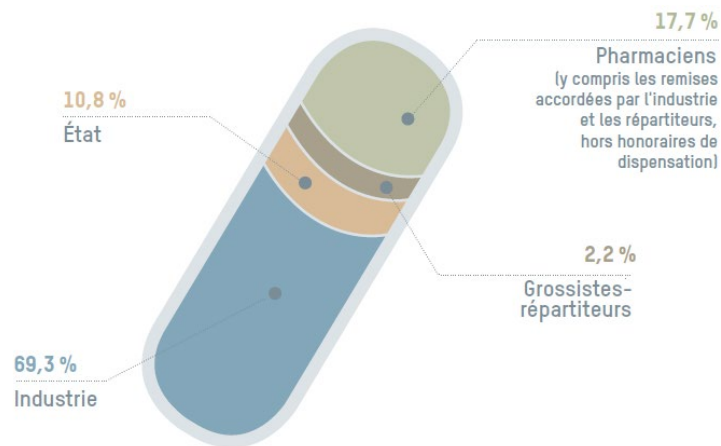
¹ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre IX « Le coût de distribution des médicaments : une dépense importante, des gains d'efficience nécessaires », septembre 2017.

À la suite de ces travaux, le ministère des solidarités et de la santé a indiqué en 2018¹, en réponse à une question écrite du sénateur Gilbert Bouchet, qu'une concertation avec le secteur de la répartition pharmaceutique avait été lancée afin de discuter des modalités du basculement d'un mode de rémunération dépendant du prix vers un « *mode de forfaitisation* ». Considérant que « *la solution idoine n'est pas à rechercher dans le domaine fiscal mais dans un changement plus structurel du mode de rémunération de ces entreprises* », le ministère avait annoncé que le Gouvernement s'engageait à ce que « *les travaux autour de ce changement de modèle aboutissent au cours du premier trimestre 2019.* » Les modalités de rémunération des grossistes-répartiteurs sont définies par voie réglementaire.

Le système de rémunération des grossistes-répartiteurs

En application de l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale, le mode de rémunération des grossistes-répartiteurs est défini par un arrêté dit « de marge » en date du 4 août 1987². En application de l'article 2 de cet arrêté, le montant limite de marge brute hors taxe des grossistes est calculé par rapport au prix fabricant hors taxe (PFHT) conformément au barème défini par l'État. Redéfinie par un arrêté du 14 septembre 2020³, leur marge correspond, depuis le 1^{er} février 2021, à un taux fixe de 6,93 % du PFHT – pour la partie du prix allant jusqu'à 468,97 euros –, limité par un plancher de 0,30 euro et un plafond de 32,50 euros.

Décomposition moyenne du prix TTC des médicaments remboursables vendus en officine en 2018



Source : Brochure de la chambre syndicale de la répartition pharmaceutique, « La répartition pharmaceutique – L'essentiel 2019 »

¹ Réponse du ministère des solidarités et de la santé en date du 6 décembre 2018 à la question écrite n° 07618 du sénateur Gilbert Bouchet en date du 8 novembre 2018.

² Arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu.

³ Arrêté du 14 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu.

B. La réponse apportée par le Gouvernement : un allègement de la taxe sur la vente en gros des médicaments remboursables

Créée en 1991, la taxe sur les ventes en gros de médicaments remboursables est due par les opérateurs de la distribution en gros de spécialités pharmaceutiques auprès des pharmacies. Sont redevables de cette contribution les entreprises de vente en gros de médicaments inscrits sur la liste des spécialités remboursables¹, à savoir les grossistes-répartiteurs, ainsi que les laboratoires, qu'ils soient fabricants, importateurs ou exploitants, assurant directement la vente en gros de certaines spécialités remboursables à des pharmacies. En 2019, 26 grossistes-répartiteurs et 115 laboratoires étaient redevables de la taxe, les premiers ayant contribué à hauteur de 85 % sur la première tranche.

L'assiette de cette taxe, définie à l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale, repose sur le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre du produit de la vente en gros de médicaments remboursables, à l'exception des médicaments orphelins dont le CAHT n'excède pas 30 millions d'euros. Aux termes de l'article L. 138-2 du même code, la taxe sur les ventes en gros de médicaments remboursables se décompose en trois parts, chacune se voyant appliquer un taux spécifique :

- la première part est constituée par le CAHT réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile n , auquel s'applique un taux de 1,75 % ;

- la deuxième part est constituée par la différence entre le CAHT réalisée au cours de l'année n et celui réalisé l'année précédente $n-1$, à laquelle s'applique un taux de 2,25 %, y compris lorsque la deuxième part est négative ;

- la troisième part est constituée par la marge rétrocédée par le distributeur au pharmacien, c'est-à-dire la différence entre la marge théorique que le distributeur peut réaliser sur les médicaments princeps - minorée des remises commerciales autorisées de 2,5 % du PFHT et plafonnées à 3,75 euros - et la marge effectivement appliquée lors de la vente aux pharmaciens, à laquelle s'applique un taux de 20 %. Cette troisième part avait été créée par l'article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014² et son périmètre a été précisé par l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018³ afin que le calcul de la marge effective ne tienne pas compte des avantages commerciaux consentis par les distributeurs en gros aux officines.

¹ Mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

² Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

³ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Le montant cumulé de la contribution due au titre des premières et deuxièmes parts est plafonné à 2,55 % du CAHT de l'année civile et ne peut être inférieur à 1,25 % du même CAHT. Le produit de la taxe s'est élevé, en 2020, à 249 millions d'euros, la première tranche représentant un montant de contribution de 229 millions d'euros.

Afin de permettre au secteur de la répartition pharmaceutique de retrouver une situation économique plus favorable, le Gouvernement prévoit, selon l'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2022, trois grandes mesures dont :

- *une mesure législative :*

- un allègement de la taxe sur la vente en gros de médicaments remboursables avec application rétroactive au 1^{er} janvier 2021 ;

- *deux mesures de niveau réglementaire :*

- une augmentation des marges réglementées, par un arrêté du 14 septembre 2020¹, en deux étapes successives : une augmentation du taux de marge de 6,68 % à 7,53 % est intervenue le 30 septembre 2020 et correspond à une mesure d'urgence permettant au secteur de la distribution en gros de dégager un surplus de 30 millions d'euros sur le dernier trimestre 2020 ; à compter du 1^{er} février 2021, le taux de marge a été ramené à 6,93 %, permettant de pérenniser en année pleine un surplus évalué à 30 millions d'euros ;

- la poursuite de la réflexion sur la mise en place, à partir de 2022, d'un forfait spécifique pour la distribution de médicaments conservés au froid pour un montant maximal de 30 millions d'euros.

En conséquence, afin de mettre en œuvre la mesure législative évoquée précédemment, l'article 4 du PLFSS pour 2022 modifie l'article L. 138-2 du code de la sécurité sociale afin d'abaisser le taux applicable à la première tranche de la taxe sur la vente en gros des spécialités remboursables de 1,75 % à 1,5 %.

Selon l'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2022, le coût de cette mesure est estimé, pour 2021, à 35 millions d'euros de moindres recettes pour l'assurance maladie, décomposé en un gain de 30 millions d'euros en année pleine pour les grossistes-répartiteurs et de cinq millions d'euros pour les laboratoires au titre de leurs ventes directes aux officines. Ce coût devrait augmenter de deux millions d'euros par an pour les années suivantes.

¹ Arrêté du 14 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

À la faveur d'un amendement du rapporteur général ayant reçu l'avis favorable du Gouvernement, l'Assemblée nationale a précisé, à l'article 4 du PLFSS pour 2022, que l'allègement de la taxe sur la vente en gros des spécialités pharmaceutiques entrera en vigueur de façon rétroactive, à compter de l'exercice 2021.

III - La position de la commission

La commission est attachée à une refonte du modèle économique de la répartition pharmaceutique qui est le seul maillon de la chaîne de distribution du médicament tenu à des obligations de service public pour garantir la continuité de l'approvisionnement de notre marché en médicaments essentiels¹. Un mouvement continu de diminution du prix des médicaments, le développement des médicaments génériques - qui représentent désormais près de 40 % du marché - et l'essor des médicaments innovants onéreux interrogent en effet le système de rémunération des grossistes-répartiteurs.

Selon la chambre syndicale de la répartition pharmaceutique², la distribution des médicaments génériques est trois fois moins rémunératrice pour les grossistes-répartiteurs que les *princeps*, alors que les contraintes logistiques de leur conservation et de leur acheminement sont les mêmes. S'agissant des médicaments innovants, la marge des grossistes-répartiteurs étant plafonnée, la dynamique de ce segment ne peut atténuer les difficultés économiques que connaît la profession.

Les efforts du secteur de la répartition pour diversifier son offre de service et produire des sources complémentaires de revenu doivent être salués. Ils ne peuvent néanmoins suffire à rétablir la santé financière d'une activité fortement contrainte par des obligations de service public rendues plus que jamais indispensables par l'augmentation spectaculaire des ruptures et tensions d'approvisionnement recensées dans la période récente. La commission partage ainsi pleinement l'objectif de réforme du modèle économique de la répartition pharmaceutique pour lui permettre d'assurer ses missions dans des conditions optimales.

¹ Depuis la fin du mois de septembre 2021, en application de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, les laboratoires sont tenus de constituer des stocks de sécurité pour tous les médicaments qu'ils commercialisent. Ces stocks correspondent à au moins deux mois de couverture des besoins pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur.

² Brochure de la chambre syndicale de la répartition pharmaceutique, « La répartition pharmaceutique - L'essentiel 2019 ».

Elle approuve, par conséquent, l'allègement de la taxe sur la vente en gros des médicaments remboursables proposée par l'article 4 du PLFSS pour 2022. Elle considère néanmoins incontournable une refonte du système de rémunération des grossistes-répartiteurs. À l'heure où les produits pharmaceutiques requérant des conditions de conservation complexes - notamment les vaccins - prennent une place importante dans la distribution en gros, la mise en place d'une rémunération forfaitaire pour la vente de ces produits peut constituer une voie d'évolution pertinente.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel après l'article 4

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

Cet article a pour objet de majorer le taux de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de l'année 2021.

I - Le droit existant : une contribution exceptionnelle de 500 millions d'euros des OCAM en faveur de l'assurance maladie pour l'année 2021

Les articles 3 et 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 ont instauré, respectivement pour les exercices 2020 et 2021, une **contribution exceptionnelle des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM)** au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie.

La contribution pour 2021, régie par l'article 13 de la LFSS pour 2021, est une imposition *ad hoc*, fonctionnant en pratique comme une contribution additionnelle à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) acquittée par les OCAM sur le montant des cotisations d'assurance maladie complémentaire qu'ils perçoivent.

Son assiette est constituée de l'ensemble des sommes versées au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire au profit des OCAM.

Le taux de la contribution est fixé à **1,3 %** dans l'objectif d'atteindre un **produit de 500 millions d'euros** pour l'année 2021. Il s'agit là de la principale différence avec la contribution exceptionnelle de l'année 2020, dont le taux a été fixé à 2,6 % afin d'atteindre un rendement d'un milliard d'euros.

La contribution doit être recouvrée par l'URSSAF Île-de-France en même temps que la TSA. Son recouvrement et son contrôle seraient effectués selon les mêmes règles, garanties et sanctions que celles qui prévalent pour la TSA.

Elle doit être déclarée et liquidée au plus tard le 30 janvier 2022 et pourra faire l'objet d'une régularisation annuelle, qui ne pourra toutefois intervenir après le 30 juin 2022.

II - La nécessité d'obtenir un rendement de la contribution d'un milliard d'euros, comme en 2020

Dès l'année dernière, le Sénat avait adopté, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, un amendement portant le taux de contribution exceptionnelle des OCAM pour l'année 2021 à 2,6 %.

En effet, le montant des économies réalisées par les OCAM en 2020 du fait de la baisse des activités médicales hors covid-19 a été évalué à environ 2,2 milliards d'euros. Au regard des très importants surcoûts subis dans le même temps par l'assurance maladie du fait de l'épidémie, il est légitime qu'un mécanisme de solidarité fasse bénéficier de la quasi intégralité des baisses de charges enregistrés dans le même temps par les complémentaires. De ce fait, **un montant total de 2 milliards d'euros semble adéquat.**

Une telle évolution apparaît d'autant plus nécessaire au regard de l'actualité récente. Ainsi, interrogé par la rapporteure générale lors de son audition par la commission des affaires sociales sur le présent PLFSS, le 14 octobre 2021, le ministre des solidarités et de la santé, Olivier Véran, a déclaré que *« la question de la taxe se posait légitimement : sur environ 2,2 milliards d'euros non dépensés, on en avait pris 1,5 milliard les années précédentes. Le choix qui a été fait a été de ne pas prélever de taxe complémentaire, mais de demander avec fermeté à l'ensemble des organismes complémentaires de modérer la hausse des cotisations pour 2022. Je dois vous avouer que le message n'était peut-être pas assez clair : plusieurs acteurs ont déjà annoncé que cette hausse sera au moins égale à l'inflation. Comptez sur moi pour exercer toutes mes capacités de conviction et leur rappeler les engagements que nous demandons en échange de notre modération en matière de taxes »*¹.

Or il apparaît clairement que ce message n'est pas passé puisque, depuis lors, les représentants des OCAM ont publiquement communiqué sur le fait qu'ils ne se sentaient pas engagés par cet objectif de modération tarifaire, laissant au contraire entendre que des hausses significatives étaient à attendre l'année prochaine.

¹ Compte rendu de la commission des affaires sociales du Sénat, réunion du 14 octobre 2021.

Dans un tel contexte, il est donc légitime d'accroître la solidarité financière des OCAM à l'égard de l'assurance maladie – qui a supporté seule les surcoûts liés à la pandémie – au travers de la contribution exceptionnelle. C'est pourquoi la commission a adopté à l'initiative de la rapporteure générale, **un amendement n° 125 visant à majorer, de 1,3 % à 2,6 %, le taux de la contribution exceptionnelle des OCAM au titre de l'année 2021.**

La commission vous demande d'adopter un article additionnel ainsi rédigé.

Article additionnel après l'article 4

**Compensation à la sécurité sociale du budget réel
de l'Agence nationale de santé publique pour l'année 2021**

Cet article a pour objet de fixer le principe d'une compensation de l'État à la sécurité sociale du budget réel de l'Agence nationale de santé publique pour l'année 2021.

I - Un budget de l'ANSP qui a de nouveau explosé en 2021 sous l'effet de dépenses régaliennes pour répondre à la crise du covid-19

L'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a procédé au transfert de l'État à la sécurité sociale du financement de l'Agence nationale de santé publique (ANSP, dite Santé publique France). Le Sénat et sa commission des affaires sociales s'étaient opposés à ce transfert, sa rapporteure pour la branche maladie, alors Catherine Deroche, considérant que « *le financement intégral de Santé publique France par l'État reste légitime au regard du rôle pivot que cet opérateur occupe dans notre système de veille épidémiologique et de sécurité sanitaire. Son transfert vers l'assurance maladie affaiblirait en outre la visibilité du Parlement sur les moyens consentis à cette agence* ».

Ce qui s'est passé depuis lors a totalement justifié cette analyse.

En effet, face à la crise épidémique de covid-19, Santé publique France a été totalement mobilisée par l'État afin de reconstituer ses stocks stratégiques de divers dispositifs médicaux, en particulier les masques chirurgicaux et FFP2, et de financer les campagnes de tests et de vaccination contre la covid-19.

Pour accomplir ces **missions régaliennes pilotées par l'État, l'agence a vu son budget** exploser deux années consécutives, passant de 156 millions d'euros à :

- **4,95 milliards d'euros en 2020 ;**
- **et 4,338 milliards d'euros en 2021.**

S'agissant de la mise à l'écart du Parlement, là aussi les faits parlent d'eux-mêmes. Alors que le Gouvernement aurait été contraint de passer par une loi de finances rectificative pour débloquer un tel budget si l'ANSP était restée financée par l'État, **il s'est totalement abstenu de demander une quelconque autorisation au Parlement pour augmenter l'Ondam** dans la même proportion, passant par de simples arrêtés ministériels, en 2020¹ comme en 2021².

De tels procédés de débudgétisation et d'engagement de dépenses publiques sans autorisation du Parlement ne sont pas admissibles. Le Sénat a d'ailleurs proposé des évolutions du cadre organique des LFSS afin d'éviter que de telles situations se répètent à l'avenir lors de l'examen de la proposition de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du député Thomas Mesnier. Dans la même logique, la commission proposera, à l'article 54 du présent texte, un amendement tendant à fixer de manière expresse la dotation de l'assurance maladie à Santé publique France ainsi qu'aux autres fonds et organismes qu'elle finance (*cf.* le commentaire de cet article).

II - La nécessité de compenser intégralement cette charge à la branche maladie faute de pouvoir retransférer l'ANSP à l'État

Au vu de ce qui précède, la commission considère qu'il conviendrait que le financement de l'ANSP relève de nouveau de l'État.

Cependant, l'article 40 de la Constitution ne permettant pas à l'initiative parlementaire de procéder à un tel transfert de charge entre personnes publiques, **il importe *a minima* que l'État compense intégralement à la branche maladie le coût des dépenses régaliennes qu'il a lui-même engagées et fait supporter à l'ANSP**. La commission a donc adopté un **amendement n° 126** de la rapporteure générale afin de poser le principe d'une telle compensation tout en renvoyant les modalités concrètes à la loi de finances, seule habilitée à affecter à une personne publique autre que l'État tout ou partie du produit d'une imposition de l'État.

D'autre part, à plus long terme, si le financement de l'ANSP devait toujours être assuré par la sécurité sociale, la fraction de TVA affectée à la branche maladie à cette fin (soit 156 millions d'euros) devrait nécessairement être recalibrée pour correspondre au budget réel de l'agence, certainement appelé à augmenter de façon structurelle.

La commission vous demande d'adopter un article additionnel ainsi rédigé.

¹ Arrêtés du 30 mars 2020, du 29 mai 2020 et du 8 juin 2020 fixant le montant pour l'exercice 2020 du financement de l'Agence nationale de santé publique.

² Arrêtés du 17 février 2021 et du 20 mai 2021 fixant le montant pour l'exercice 2021 du financement de l'Agence nationale de santé publique.

Article 5

**Assouplissement de l'échéance de signature des contrats
prévus à l'article 50 de la LFSS pour 2021**

Cet article propose de modifier les conditions de signature des contrats de « reprise de dette » des établissements de santé en permettant une signature avec les agences régionales de santé jusqu'en 2030.

Estimant que ce dispositif n'a pas d'impact sur les comptes de l'assurance maladie et rejetant une nouvelle fois le dévoiement de la Cades, la commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé

A. Un dispositif de contrats entre les ARS et les établissements de santé précisé en LFSS pour 2021

1. Un montant de 13 milliards d'euros à destination des établissements du service public hospitalier

Alors que la situation financière des hôpitaux et la question de leurs capacités de financement étaient jugées préoccupantes au regard des emprunts contractés par certains établissements et de la charge de la dette, le Gouvernement avait annoncé à la fin de l'année 2019 la reprise du tiers de la dette hospitalière et des frais financiers afférents, dont le montant était évalué à 39 milliards d'euros¹. L'intention principale était de rétablir des marges d'autofinancement permettant aux établissements du service public hospitalier d'être en capacité de financer des investissements courants indispensables à la qualité des soins.

Contre la position du Sénat², la loi de 2020³ relative à la dette sociale et à l'autonomie a organisé cette « reprise de dette » en prévoyant le versement de dotations d'un montant total de 13 milliards d'euros de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) à l'Acoss, en vue de financer les dotations de soutien aux établissements du service public hospitalier.

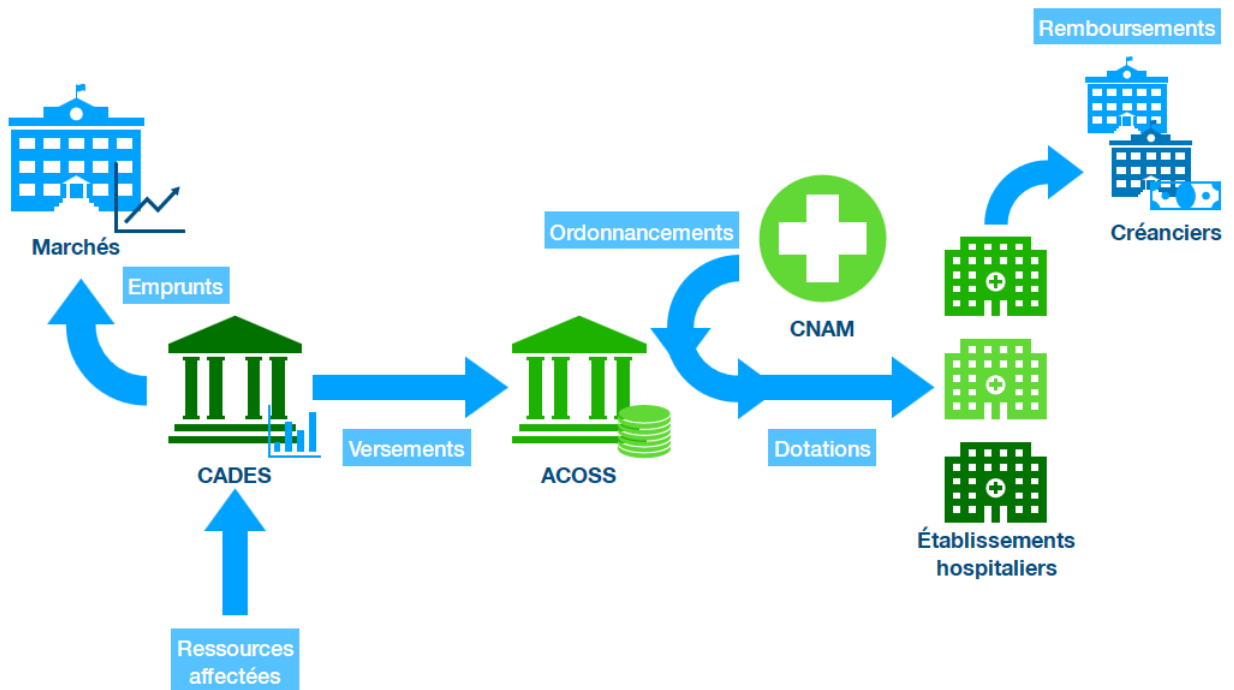
Si la Caisse nationale d'assurance maladie est comptablement affectataire des dotations de la Cades à l'Acoss et financeur des hôpitaux, elle n'intervient cependant aucunement dans ce dispositif.

¹ Voir, sur ce sujet, le rapport n° 556 (2019-2020) de M. Jean-Marie Vanlerenberghe sur le projet de loi relatif à la dette sociale et à l'autonomie, et le rapport IGF-IGAS 2020 Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise - Avril 2020.

² Voir le rapport précité sur le projet de loi.

³ La loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

Processus de reprise de la dette hospitalière prévu par le projet de loi

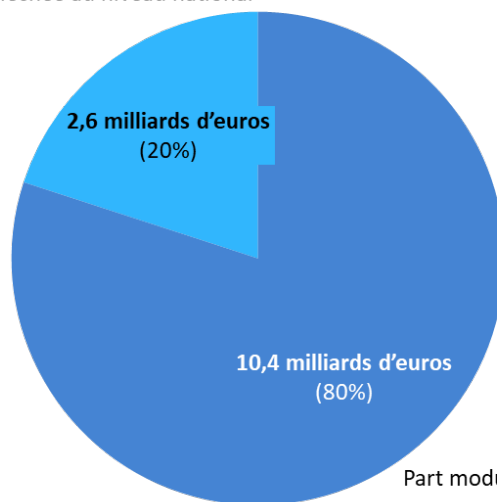


Source : Commission des affaires sociales du Sénat

2. Des dotations attribuées au bénéfice d'une contractualisation entre les ARS et les établissements

Concernant le pilotage global de l'enveloppe, le montant de 13 milliards d'euros doit se répartir pour un cinquième sur une part socle fléchée au niveau national quand 80 % doivent être modulés au niveau régional.

Part socle fléchée au niveau national



Part modulable au niveau régional

La loi de financement pour 2021 a procédé à un profond remaniement des dispositions de la loi du 7 août 2020 et **complété le mécanisme de dotations en organisant les modalités pratiques de répartition et de versements aux établissements**¹.

Ainsi, aux termes de la LFSS 2021, les organismes d'assurance maladie versent une **dotation annuelle** visant à « *concourir à la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci* ». **Ce versement est soumis à la signature d'un contrat entre l'agence régionale de santé et l'établissement concerné, et ce avant le 31 décembre 2021.** Ces contrats sont conclus pour une durée ne pouvant excéder dix ans.

La dotation peut notamment être déterminée au regard des ratios d'analyse et de marges financières des établissements.

Le Gouvernement a depuis pris deux textes réglementaires précisant les modalités du dispositif². Le décret du 30 juin 2021 distingue à cette occasion les « *investissements structurants* » dont les besoins sont au nombre des critères permettant le calcul des dotations.

Les paramètres servant à déterminer, pour chaque établissement bénéficiaire, le montant des dotations mentionnées à l'article 1^{er} concourant à la compensation des obligations de service public hospitalier sont :

1° les besoins de financements nécessaires afin de garantir la qualité et la sécurité des soins, en priorité par le renouvellement des investissements courants indispensables au fonctionnement du service public hospitalier ;

2° les besoins de financements nécessaires pour les opérations d'investissements structurants concourant à la transformation du service public hospitalier, en lien avec les missions et engagements contractuels des établissements notamment en termes d'accès aux soins, de continuité des soins et de service rendu au patient ;

3° les besoins de financements structurels permettant, une fois déduit le service de la dette, de restaurer les capacités de financement des investissements nécessaires pour garantir la continuité des soins.

Source : Décret n° 2021-868 du 30 juin 2021

¹ Article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

² Décret n° 2021-868 du 30 juin 2021 organisant un dispositif de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier en application de l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 et arrêté du 27 juillet 2021 relatif aux enveloppes régionales et au contrat entre les agences régionales de santé et les établissements de santé, dans le cadre du dispositif de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier en application du décret n° 2021-868 du 30 juin 2021.

B. Une lacune identifiée concernant les investissements structurants

Le Gouvernement justifie le présent article par une difficulté de mise en œuvre relative aux investissements « structurants ». En effet, comme précisé dans l'évaluation préalable jointe au présent PLFSS, **ces projets du fait de leur éventuelle complexité et des évaluations qu'ils requièrent, nécessiteraient un temps d'élaboration et une instruction par l'échelon régional incompatibles avec l'échéance du 31 décembre 2021.**

Cette date qui apparaît trop rapprochée pourrait conduire à exclure certains projets encore trop peu matures mais éligibles. Aussi, le présent article entend **adapter les règles relatives aux investissements structurants afin d'une part d'étendre les délais de signature des contrats** et ainsi laisser un temps supplémentaire à la structuration de projets et d'autre part d'en tirer les conséquences en termes d'imputations comptables. Particulièrement, il entend permettre le traitement comptable de ces dotations par les établissements en subventions d'investissement amortissables et non en complément de dotations.

C. Un ajustement proposé sur les échéances possibles de signature de ces contrats relatifs aux investissements structurants

À cette fin, le présent article modifie l'article 50 de la loi de financement pour 2021¹.

Le 1^o modifie le deuxième alinéa du I de l'article 50. S'il indique « *remplacer les dispositions* », il les complète en réalité, **conservant le principe d'une signature de contrats entre les agences régionales de santé et les établissements concernés avant la date limite fixée au 31 décembre 2021.**

La principale modification apportée réside dans l'ajout par le même 1^o d'une deuxième phrase concernant uniquement les **contrats ou avenants ayant pour seul objet les « investissements structurants »**, cependant non définis à l'article 50. Pour ces derniers, la **date limite de signature est fixée au 31 décembre 2030.**

Enfin, ledit 1^o prévoit que **les versements des dotations doivent intervenir avant l'échéance du 31 décembre 2030.** Si aucune date n'est précisée dans la rédaction actuelle de l'article 50, son III prévoit une durée maximale des contrats de dix ans ce qui, pour **des contrats devant nécessairement être conclus avant le 31 décembre 2021, emportait une échéance au 31 décembre 2031.** L'inscription de cette date vise donc à borner les versements à horizon 2030, et ce quelle que soit la date de signature du contrat entre l'ARS et l'établissement.

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

Tirant les conséquences de la conclusion possible de différents contrats, le 2° aménage lui **les règles de comptabilisation des dotations ou fractions de dotations relatives aux investissements structurants**, en prévoyant une **possibilité d'imputation en plusieurs fois** selon l'échéancier des versements. Le V de l'article 50, dans sa rédaction actuelle, prévoit une comptabilisation en une seule fois en capitaux propres, et ce dès la signature du contrat.

Calendrier de mise en œuvre et de versements

	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Signature des contrats	31 déc. 2021									
Imputation comptable	◆ à la date du contrat									
Signature de contrats ou avenants pour les seuls investissements structurants	31 déc. 2030									
Imputation comptable		◆ à chaque contrat ou avenant				◆	◆			◆
Versements des dotations	annuellement									

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a modifié la **date butoir de signature des contrats ou avenants relatifs aux investissements structurants, ramenée au 31 décembre 2028**. Le Gouvernement estimait la date initialement proposée peu compatible avec l'échéance identique des derniers versements, maintenue au 31 décembre 2030.

En outre, l'Assemblée nationale a ajouté au présent article un II prévoyant la **remise annuelle par le Gouvernement d'un rapport au Parlement** sur le versement des dotations relatives aux investissements structurants, celui-ci devant préciser la liste des établissements bénéficiaires et les montants reçus.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

A. Une vocation fluctuante au gré des textes : une confirmation des réserves initiales de la commission

1. Une inconstante définition et qualification du dispositif

Comme la commission a pu le souligner lors de l'examen du PLFSS 2021, la vocation de l'enveloppe exceptionnelle de 13 milliards d'euros à destination des établissements du service public hospitalier a fait montre d'une plasticité telle que **la sincérité des dispositions soumises au Parlement apparaît très discutable**.

Ainsi, l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale dans sa version résultant de la loi « dette sociale et autonomie » prévoyait la couverture « *des échéances des emprunts contractés au 31 décembre 2019 par les établissements de santé relevant du service public hospitalier* », la version proposée dans le PLFSS pour 2021 évoquait « *un soutien exceptionnel (...) au titre du désendettement pour favoriser les investissements dans les établissements de santé assurant le service public hospitalier* » avant que la loi de financement pour 2021 ne retienne finalement comme rédaction le concours « *à la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci* ».

Cette évolution est justifiée par le Gouvernement comme une **mise en conformité du dispositif au regard du droit européen** qui, s'il tolère le soutien à des investissements futurs, aurait regardé la reprise de dette initialement prévue comme une aide d'État contraire aux traités européens.

Quelle que soit la raison motivant la transformation rédactionnelle mais surtout conceptuelle de ce mécanisme, elle modifie profondément la légitimité du dispositif à être financé au titre du remboursement de la dette sociale.

2. Un dispositif transformant ostensiblement la Cades en fonds d'investissement, obérant l'objectif d'extinction de la dette sociale

Comme déjà soulevé par la commission à plusieurs reprises, le dispositif retenu par le Gouvernement dans la loi du 7 août 2020 comme sa mise en œuvre organisée en LFSS 2021 et au présent article **remettent en cause le bon amortissement de la dette transférée à la Cades**, réalisé conformément aux dispositions organiques au moyen des ressources affectées.

Alors que le Sénat estimait que la dette hospitalière ne relevait pas de la dette de la sécurité sociale et ne devait ainsi légitimement pas être transférée à la Cades, **le dispositif - aujourd'hui inscrit dans la loi - ne concerne plus les emprunts passés** des établissements du service public hospitalier mais bien des investissements futurs, courants ou structurants.

Aussi, la commission constate à nouveau que **la loi « Dette sociale et autonomie » a non seulement fait de la Cades un financeur des établissements de santé et, surtout, que la Cades se trouve désormais être un financeur d'emprunts à venir et non un établissement chargé d'amortir des dettes contractées.** Pour rappel, aux termes de l'article 2 de l'ordonnance de 1996, « *la Caisse d'amortissement de la dette sociale a pour mission d'apurer la dette mentionnée à l'article 4 et d'effectuer les versements prévus par ce même article* », la dette mentionnée étant historiquement celle de déficits cumulés portés par l'Acoss.

Ainsi, ce transfert non justifié, en dévoyant la mission de la Caisse d'amortissement de la dette sociale, **prive la sécurité sociale d'une partie de ces mêmes ressources et, à ce titre, porte atteinte à l'objectif de valeur constitutionnelle d'équilibre financier de la sécurité sociale.**

Enfin, la commission constate qu'alors que cette enveloppe financée par la Cades relève donc d'un financement assuré par le contribuable et non l'assuré social, le mécanisme retenu apparaît en **flagrante contradiction avec les principes du droit budgétaire.** Ainsi, quand le régime des autorisations d'engagement et des crédits de paiement (AE/CP) aurait permis une constatation annuelle des projets et des décaissements envisagés, le présent mécanisme laisse au Gouvernement toute latitude pour **conserver en réserve une partie de l'enveloppe des 13 milliards et se ménager une marge de manœuvre à horizon 2025.**

B. Une disposition à la recevabilité organique très discutable

1. Un impact financier qui relève de la fiction comptable

Aux termes de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, peuvent figurer en loi de financement de la sécurité sociale des dispositions ayant **un impact sur les recettes ou les dépenses des régimes obligatoires de base.**

Or, si le Gouvernement justifie¹ la présence de cet article dans le PLFSS au motif d'un double impact en recettes et en dépenses, force est cependant de constater que **le dispositif de dotations aux établissements de santé ne montre qu'un impact nécessairement neutre sur les comptes de l'assurance maladie,** dont la présence dans l'objectif de dépenses de la branche et le tableau d'équilibre n'a pas été précisée par le Gouvernement.

Par ailleurs, comme confirmé par le ministère des solidarités et de la santé, **ces dotations ne figureront pas dans l'Objectif national d'assurance maladie (Ondam).**

Signe manifeste de cet écueil que le Gouvernement a cherché à éviter, la rédaction de l'article 50 de la loi de financement pour 2021 a été profondément remaniée lors de la discussion parlementaire par une initiative gouvernementale.

¹ Annexe 9 au PLFSS 2022, Fiches d'évaluation préalable.

Alors que le projet prévoyait que « *pour les organismes de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, le versement de ces dotations constitue des opérations de trésorerie, sans incidence sur leur compte de résultat* », la rédaction finale de la loi indique bien que « *les sommes transférées par la Caisse d'amortissement de la dette sociale en application du même C sont inscrites au bilan de la Caisse nationale de l'assurance maladie au moment du transfert à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Elles sont constatées en produits au compte de résultat de la Caisse nationale de l'assurance maladie au même rythme que l'ordonnement des dotations annuelles mentionnées au premier alinéa du présent I dont elles assurent le financement.* »

Ainsi, **l'impact réel sur les comptes de l'assurance maladie relève de la seule imputation comptable et non des mouvements financiers.** En effet, pour rappel, **les dotations de la Cades à l'Acoss devraient être réalisées en trois versements** : l'un déjà réalisé à hauteur de 5 milliards d'euros, les suivants devant, en 2022 et 2023, s'élever respectivement à 5 milliards d'euros et 3 milliards d'euros. Ce calendrier est bien totalement disjoint des mouvements de délégations de crédits aux établissements.

Enfin, concernant la modification apportée par le présent dispositif, la rapporteure estime que la possibilité ouverte de signature de contrats après 2021 **ne montre aucune conséquence évidente de modification de l'impact sur le rythme de versements annuels aux établissements.** En effet, si le Gouvernement évoque un effet sur l'échéancier des dotations, aucun échéancier prévisionnel n'a été communiqué en amont et ne permet d'apprécier la modification avancée.

Au bénéfice de ces observations, la commission considère que l'impact du présent article sur les dépenses et les recettes de l'assurance maladie n'est pas établi et estime que **cet article ne relève pas du champ des lois de financement défini par la loi organique.**

2. Une approche confirmée lors des récents débats sur les propositions de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale

Alors que la proposition de loi organique¹ du rapporteur général de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Thomas Mesnier, **proposait une extension du champ des lois de financement de la sécurité sociale aux dispositions relatives à la dette des établissements de santé et médico-sociaux financés par l'assurance maladie** et soumis à un objectif de dépenses.

Le Conseil d'État a considéré dans son avis² qu'un tel élargissement ne serait pas conforme à la lettre de la Constitution.

¹ Proposition de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, n° 4111 rectifié, déposée le mardi 4 mai 2021.

² Conseil d'État, Assemblée générale, n° 402932 et n° 402933 – 1^{er} juillet 2021.

**Intégration de la dette des établissements de santé
au sein du périmètre des dispositions pouvant figurer LFSS**

« Au cas présent, le Conseil d'État considère que les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, qui sont dotés de la personnalité juridique et soumis à des régimes juridiques variés, sont financés par l'assurance maladie, mais restent néanmoins des entités distinctes et autonomes des systèmes de protection sociale. Il en déduit que les mesures relatives à la dette de ces établissements sont étrangères aux matières confiées aux LFSS par la Constitution et que le législateur organique ne peut, dès lors, prévoir que de telles dispositions puissent relever du domaine facultatif partagé. Le Conseil d'État estime que ces mesures ressortissent à la compétence du législateur ordinaire. »

Source : Avis du Conseil d'État précité

Sans préjuger de l'appréciation que porterait le Conseil constitutionnel sur ces dispositions organiques si elles lui étaient finalement transmises, la commission ne peut constater une **contradiction logique entre les dispositions de la proposition organique et les dispositions du présent PLFSS**.

Ainsi, la commission estime que, soit les dispositions relatives à la dette des établissements de santé relèvent du champ des LFSS tel que prévu aujourd'hui par la loi organique et la modification de cette dernière est superflue, **soit elles n'entrent pas dans le périmètre actuel et devraient donc être irrecevables au titre de cette même loi organique**.

C. Un report d'échéance discutable pour un dispositif adopté en 2020 encore non mis en œuvre

1. Une mise en œuvre prévue sur l'année 2021, mais à ce jour non engagée

Si un report est prévu pour les contrats liés aux projets structurants, la date du 31 décembre 2021 demeure bien applicable aux contrats relatifs au rétablissement des capacités financières des établissements. Cependant, la commission constate qu'à **la date d'examen du présent PLFSS, aucun contrat n'a été signé entre un établissement de santé et une agence régionale de santé concernant ces dotations**.

2. Un report à une échéance lointaine non justifiée

La date proposée du 31 décembre 2030, ramenée au 31 décembre 2028, apparaît excessivement lointaine pour la mise en œuvre d'un plan qui se veut un effort massif et rapide d'investissements à destination du service public hospitalier. Ainsi, **une échéance plus rapprochée, dans les trois années à venir, aurait été de nature à permettre une souplesse suffisante sur l'évaluation et l'analyse des projets structurants**.

Concernant les coordinations nécessaires à ce report, la commission observe qu'une précision aurait pu justement être apportée concernant l'imputation comptable des dotations non « en plusieurs fois » mais « à la signature de chacun des contrats ou avenants ».

D. Une reprise de dette hospitalière au suivi très insuffisant

1. Un impact encore imprécis au démarrage du dispositif

Interrogé sur le nombre d'établissements qui devraient être concernés par les deux volets du dispositif, le ministère des solidarités et de la santé a indiqué à votre rapporteure que plus de 800 contrats d'établissements publics de santé et d'établissements privés d'intérêt collectif sont attendus pour la fin du mois de décembre au titre du volet restauration des capacités financières.

S'agissant du volet relatif à l'accompagnement des investissements structurants, le nombre de contrats n'est cependant pas connu à ce jour. Le ministère justifie cette absence d'informations par l'organisation de la mesure en deux phases : la première pour 2021-2025 et la seconde pour 2026-2030, et le dialogue actuellement mené par les ARS.

Suivi ministériel de la mise en œuvre du dispositif

Les ARS feront parvenir au ministère des solidarités et de la santé, d'ici le 31 décembre 2021, les orientations pour la répartition de l'enveloppe retenues au sein de leur région pour les crédits du bloc « restauration des capacités financières ».

Il sera attendu par la suite que les ARS transmettent au ministère (DGOS et DSS) à échéances régulières, et au fil de l'eau après la conclusion de nouveaux contrats ou avenants, ainsi qu'au plus tard le 31 janvier de chaque année, les informations relatives aux engagements cumulés pris au 31 décembre de l'exercice antérieur, afin de permettre un suivi pluriannuel des crédits engagés et décaissés, par le ministère des solidarités et de la santé et les caisses primaires d'assurance maladie.

Il sera attendu enfin des ARS qu'elles fassent parvenir concernant le second volet, un *reporting* sur les projets soutenus, leur état d'avancement et leur impact sur la trajectoire financière des établissements, notamment du point de vue de l'endettement dans le cadre du nouveau dispositif de gouvernance des investissements en santé.

Un outil numérique de suivi de la mesure, axé notamment sur les indicateurs et les échéanciers fixés, va être mis en place. Il permettra de suivre en temps réel et au fil de l'eau d'une part les engagements pris par les ARS dans les contrats et d'autre part les versements effectués aux établissements par les CPAM.

Un suivi national annuel sera établi sur la base d'indicateurs et de cibles relatifs à l'endettement, afin d'évaluer l'impact de la mesure. Ces indicateurs seront recueillis *via* les plateformes de saisie des comptes financiers afin de permettre un traitement automatisé.

2. Un nécessaire suivi au long cours

Concernant le contrôle parlementaire portant sur un engagement de 13 milliards d'euros à destination des établissements du service public hospitalier, la rapporteure ne peut que regretter une information très peu étayée à ce stade. Cette lacune est d'autant plus préjudiciable que ces crédits relèvent de dépenses discrétionnaires pilotées par les agences régionales de santé, et non d'assurances sociales, qu'il s'agisse du volet relatif au rétablissement des capacités de financement ou de celui dédié aux investissements structurants.

Par surcroît, ces dotations sont exclusivement financées par les transferts de la Cades à la Cnam, et donc par des emprunts amortis par des contributions publiques affectées ; **il relève de la mission constitutionnelle des parlementaires que de constater le bon emploi de ces dernières.**

Partant, la mise en œuvre des délégations de crédits sur les dix prochaines années nécessiteront un suivi et une évaluation particulièrement vigilants de la commission. À ce jour, **aucun échéancier prévisionnel des délégations de crédits jusqu'en 2030 n'a pu être communiqué à la rapporteure.**

Sur ce point, la commission constate finalement que le rapport au Parlement prévu au II se borne au suivi des dotations liées aux investissements structurants et **s'étonne d'un rapport particulier sur ces dotations quand la visée initiale de cette enveloppe de 13 milliards d'euros était bien l'assainissement financier des établissements du service public hospitalier.**

Au bénéfice de l'ensemble de ces observations, **la commission a adopté l'amendement de suppression n° 127, considérant que cet article ne relève pas d'une loi de financement de la sécurité sociale** et, partant, serait adopté selon une procédure contraire à la Constitution.

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 5 bis (nouveau)

**Financement des équipes mobiles santé précarité (EMSP)
et des équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP)**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à sécuriser, rétroactivement au 1^{er} septembre 2021, l'utilisation par les agences régionales de santé de crédits prévus dans le sixième sous-objectif de l'Ondam pour le financement de deux dispositifs médicosociaux en faveur des personnes éloignées du système de santé : les équipes mobiles santé précarité et les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Le développement des dispositifs mobiles en faveur des personnes éloignées du système de santé : un engagement du Ségur

La mesure 27 du Ségur de la santé prévoit, parmi plusieurs actions visant à lutter contre les inégalités de santé, de « *recourir aux démarches d'aller-vers pour toucher les plus exclus au travers de dispositifs mobiles.* » Ces dispositifs ont pour objectif de développer les prises en charge d'aller-vers au bénéfice des personnes éloignées du système de santé, dans le cadre d'approches transversales s'appuyant sur la coopération entre les secteurs sanitaire, social et médicosocial. Ils assurent ainsi la prise en charge prévue au 9^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, consistant en « *l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical.* »

Rationalisées par un décret du 9 septembre 2021¹, les équipes mobiles médicosociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques, dont l'existence est désormais codifiée à l'article D. 312-176-4-26 du code de l'action sociale et des familles, comprennent notamment :

➤ des établissements ou services médicosociaux créés *ex nihilo* :

- les équipes mobiles santé précarité (EMSP) : elles interviennent plus particulièrement auprès des personnes marginalisées, notamment des personnes sans-abri et des personnes désocialisées, afin de leur permettre d'exercer leurs droits et de faciliter leur accès aux dispositifs de prise en charge de droit commun ;

¹ Décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

- les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP), succédant aux anciens services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) précarité créés par l'ARS Hauts-de-France, soumises à la continuité des soins : elles visent, dans une démarche d'aller-vers, à « *dispense[r], sur prescription médicale, des soins infirmiers et des soins relationnels à des personnes en situation de grande précarité ou très démunies* »¹, accueillies dans des structures d'hébergement ou de réinsertion sociale ou vivant « *dans des lieux de vie informels (campements, squats, bidonvilles...)* » ;

- des établissements ou services médicosociaux déjà existants et pouvant faire l'objet d'une autorisation d'extension de leurs activités :

- les lits « haltes soins santé » mobiles et de jour ;

- les appartements de coordination thérapeutique hors les murs.

Selon l'exposé des motifs de l'amendement, des financements en faveur des EMSP et des Essip ont été inscrits en loi de financement de la sécurité sociale pour 2021², dans le prolongement du Ségur, sur l'Ondam spécifique, prévu à l'article L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, pour les années 2021 et 2022 : 22 millions d'euros pour les EMSP et 7,8 millions d'euros pour les Essip.

Comme le rappelle une instruction interministérielle du 8 juin 2021³, l'objectif de dépenses correspondant au financement des dispositifs de prise en charge et d'aller-vers au bénéfice des personnes éloignées du système de santé ainsi que des actions expérimentales à caractère médical et social – dont les salles de consommation à moindre risque – au titre de l'année 2021, s'élève à 823,89 millions d'euros, en progression de 15,1 % par rapport à 2020.

B. Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : sécuriser le financement des EMSP et des Essip par les ARS à compter du 1^{er} septembre 2021

Introduit en première lecture à l'Assemblée nationale à la faveur d'un amendement du Gouvernement, l'article 5 bis du PLFSS pour 2022 vise à sécuriser les conditions de financement des EMSP et des Essip, en consacrant leur place dans le champ des dispositifs médicosociaux destinés à la prise en charge des personnes confrontées à des difficultés particulières et éloignées du système de santé.

¹ Cahier des charges des Essip de l'ARS d'Île-de-France.

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

³ Instruction interministérielle n° DGCS/1B/3A/5C/DSS/1A/DGS/SP2/SP3/2021/120 du 8 juin 2021 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2021 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

Est ainsi modifié l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles, qui définit les dispositifs et actions couverts par l'objectif de dépenses correspondant au financement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie, des dépenses médicosociales hors du champ de la CNSA et de l'objectif global de dépenses - c'est-à-dire le sixième sous-objectif de l'Ondam - (I de l'article 5 bis du PLFSS pour 2022). En lieu et place d'une énumération, par nature limitative, des dispositifs relevant du champ de cet objectif, est privilégiée une référence aux « établissements et services » mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles : cette précision permet d'inclure dans le champ de cet objectif les équipes mobiles créées par voie réglementaire.

En complément, une modification analogue est apportée à l'article L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale, qui pose le principe du financement de divers dispositifs médicosociaux - lits halte soins santé, lits d'accueil médicalisés, centres spécialisés de soins et d'accompagnement aux toxicomanes... - par une dotation globale annuelle. L'énumération des dispositifs concernés est remplacée par une référence aux établissements et services mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (II de l'article 5 bis du PLFSS pour 2022).

Enfin, le III de l'article 5 bis du PLFSS pour 2022 prévoit une application de ses I et II à compter du 1^{er} septembre 2021. Selon l'exposé des motifs de l'amendement, cette disposition est de nature à permettre aux ARS d'autoriser sans délai la création des EMSP et des Essip et de sécuriser l'utilisation des crédits correspondants pour leur financement avant la clôture de l'exercice comptable 2021.

II - La position de la commission : garantir les conditions d'un déploiement rapide de dispositifs médicosociaux attendus

La commission considère indispensable de réunir les conditions d'un déploiement rapide des EMSP et des Essip afin de renforcer l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité. La crise sanitaire a pu, dans certains territoires, aggraver les inégalités dans l'accès aux soins : dans ces conditions, l'exigence d'une intensification des actions d'aller-vers, notamment pour garantir l'accès des personnes marginalisées à la vaccination et au dépistage, plaide pour l'autorisation rapide de ces équipes mobiles médicosociales.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 6

Transferts financiers entre branches de sécurité sociale

Cet article transfère une fraction de taxe sur les salaires de la CNAM à la CNSA afin de couvrir une partie des frais de gestion au titre de l'année 2021.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Des frais de gestion exceptionnellement élevés en 2021

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021¹, la CNSA, gestionnaire de la branche autonomie, contribue aux frais de gestion administrative de l'ACOSS, chargée de recouvrer les recettes pour son compte et d'assurer son financement et sa trésorerie. Ces frais s'élèvent en 2021 à 109 millions d'euros.

La CNSA est également redevable au même titre de charges liées au non recouvrement de la contribution sociale généralisée qui lui est affectée et qui sont appliquées par la direction générale des finances publiques. Or comme l'a relevé la commission des comptes de la sécurité sociale depuis son premier rapport de l'année², la crise a pesé sur le recouvrement de la CSG sur les revenus d'activité, augmentant conjoncturellement les restes à recouvrer et accroissant en conséquence les provisions pour dépréciation de ces créances. La CNSA est ainsi à ce titre redevable de 432 millions d'euros, auxquels s'ajoutent 46 millions d'euros de frais de dégrèvement.

Or la caisse ne disposait pas en 2021 d'un niveau de recettes suffisant pour couvrir ces charges de 587 millions d'euros.

B. Le transfert à la CNSA d'une fraction de taxe sur les salaires

L'article modifie en conséquence, au sein du code de la sécurité sociale, les parts respectives de produit de la taxe sur les salaires affectées aux branches maladie et autonomie, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Affectataires de taxe sur les salaires	Affectation de la taxe sur les salaires avant l'entrée en vigueur de la mesure	Affectation de la taxe sur les salaires après l'entrée en vigueur de la mesure
CNAM	28,14%	24,33%
CNAF	18,49%	18,49%
CNAV	53,37%	53,37%
CNSA	0,00%	3,81%
Total	100,00%	100,00%

Source : Annexe 9 au PLFSS pour 2022

¹ Article 32 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, codifié à l'article L. 225-1 de la sécurité sociale.

² Commission des comptes de la sécurité sociale, rapports de juin 2021 et septembre 2021.

Ce transfert d'un montant égal à 587 millions d'euros, qui figure en deuxième partie du PLFSS, ne porte donc, à titre rectificatif, que sur l'année 2021. L'étude d'impact n'évoque l'idée d'affecter une fraction pérenne de taxe sur les salaires à la CNSA pour couvrir ses charges nouvelles que pour mieux l'écarter : il ne s'agit ici que de compenser la CNSA au plus près du coût de ces charges nouvelles, dont le montant est lié à la conjoncture particulière de l'année 2021. La compensation devra donc être recalibrée pour 2022 et les années suivantes.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article modifié par un amendement rédactionnel.

III - La position de la commission

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 7

Rectification des tableaux d'équilibre

Cet article a pour objet de rectifier pour 2021, exercice en cours, les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre, par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général, ainsi que les tableaux d'équilibre des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Une stabilité en trompe l'œil par rapport au vote du Parlement de l'an dernier, dans un contexte de poursuite de la crise épidémique

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément à la loi organique du 2 août 2005.

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

(extraits du B du I)

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

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

• **La rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre**

Le présent article propose trois tableaux, le premier pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, le deuxième pour le régime général, le troisième pour les organismes concourant au financement des régimes de la sécurité sociale, que la rapporteure générale traitera avec les deux premiers. Il rectifie également l'objectif d'amortissement de la Cades.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a prévu un solde des régimes de base et du FSV de - 34,9 milliards d'euros. **Le présent article révisé à peine ce solde, à - 34,8 milliards d'euros.** Néanmoins, cette quasi absence de correction ne doit pas masquer les très grandes évolutions des prévisions de recettes et objectifs de dépenses par rapport au vote du Parlement l'année dernière.

Régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

Régimes obligatoires de base	Prévisions LFSS 2021			Rectification PLFSS 2022		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	195,5	219,1	-23,7	202,2	232,2	-30,0
AT-MP	14,4	14,1	0,3	14,6	13,9	0,7
Vieillesse	242,9	251,9	-9,0	246,4	250,4	-4,0
Famille	49,6	49,3	0,3	50,5	49,4	1,2
Autonomie	31,2	31,6	-0,4	31,8	32,2	-0,4
Toutes branches hors transferts	519,5	552,0	-32,5	531,3	563,8	-32,5
Toutes branches y compris FSV	517,5	552,4	-34,9	529,3	564,1	-34,8

Source : PLFSS 2022

De la même façon, le **solde du régime général et du FSV en 2021** afficherait un **déficit de 34,6 milliards d'euros**, en léger retrait par rapport à la prévision de l'année dernière (- 35,8 milliards d'euros), comme le montre le tableau suivant.

(en milliards d'euros)

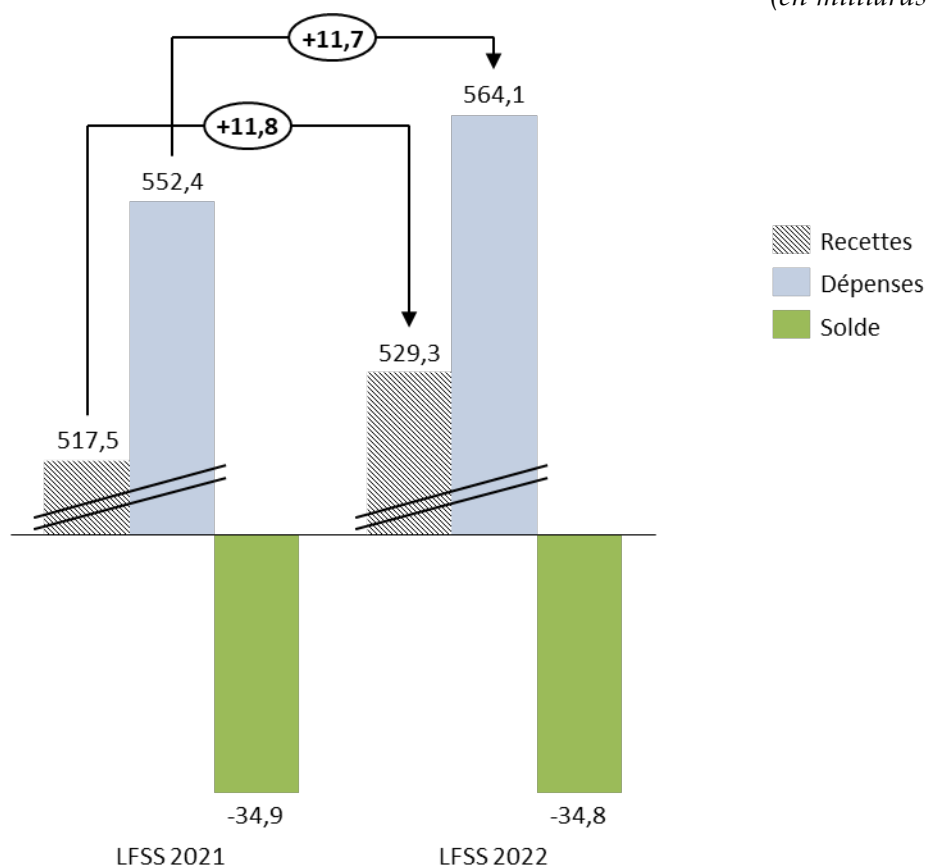
Régime général	Prévisions LFSS 2021			Rectification PLFSS 2022		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	193,9	217,6	-23,7	200,7	230,7	-30,0
AT-MP	12,8	12,7	0,2	13,1	12,5	0,6
Vieillesse	135,0	144,7	-9,7	140,0	143,7	-3,7
Famille	49,6	49,3	0,3	50,5	49,4	1,2
Autonomie	31,2	31,6	-0,4	31,8	32,2	-0,4
Toutes branches hors transferts	408,6	442,0	-33,3	422,5	454,7	-32,3
Toutes branches y compris FSV	407,9	443,7	-35,8	421,7	456,3	-34,6

Source : PLFSS 2022

Comme indiqué précédemment, la révision de la trajectoire est bien plus forte qu'il n'y paraît en distinguant la trajectoire parallèle des recettes et des dépenses par rapport aux prévisions initiales. Le schéma ci-dessous montre cette évolution sur le périmètre des ROBSS et du FSV ; l'écart en recettes comme en dépenses est en fait proche de 12 milliards d'euros.

Évolution des recettes et des dépenses des ROBSS et du FSV pour 2021 entre la prévision de la LFSS pour 2021 et la prévision rectifiée du présent PLFSS

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales, d'après LFSS pour 2021 et PLFSS pour 2022

Le commentaire de l'article 8 et le tome I du présent rapport reviennent plus en détail sur les causes de cette envolée des dépenses et des recettes, dans le contexte :

- s'agissant des recettes, d'une forte reprise économique après la récession de l'année dernière ;

- mais, sur un plan sanitaire, de la prolongation de la crise provoquée par la pandémie de covid-19 et d'actions nécessaires mais mal calibrées d'un point de vue budgétaire, comme la campagne de vaccination.

- **La rectification de l'objectif d'amortissement de la Cades**

Pour l'année 2021, l'objectif d'amortissement de la Cades était fixé à 17 milliards d'euros. Il est rectifié à 17,4 milliards d'euros.

Cette révision montre là aussi l'effet de la reprise sur les recettes de la Cades, principalement issues de la CRDS et d'une fraction de CSG.

Cet objectif d'amortissement porterait le total de la dette amortie en 2021 à 204,9 milliards d'euros et le montant de la dette restant à amortir serait, à fin 2021, de 115,6 milliards d'euros, compte tenu de la reprise par la caisse de 20 milliards d'euros de dette sociale en 2020 puis de 40 milliards d'euros en 2021, en application de la loi du 7 août 2020 sur la dette sociale et l'autonomie et du décret n° 2020-1074 du 19 août 2020.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

La commission des affaires sociales considère que, comme l'année dernière, **la remise en cause dans de fortes proportions des hypothèses sur lesquelles était construite la LFSS pour 2021 aurait dû conduire à l'examen en cours d'année d'un projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale**. L'évolution du cadre organique des lois de financement devra permettre de progresser dans cette voie mais le cadre actuel aurait déjà permis un tel dépôt, auquel il est regrettable que le Gouvernement ne se soit pas senti politiquement contraint.

Sous le bénéfice de ces observations, le présent article étant avant tout un article de constat sur un exercice déjà largement écoulé, la commission considère son adoption comme nécessaire. Il est à relever que, selon les informations transmises à la rapporteure générale, le Gouvernement pourrait l'amender au Sénat afin d'intégrer l'effet de la modification des hypothèses macroéconomiques soumise au Haut Conseil des finances publiques.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 8
Rectification de l'Ondam et des sous-Ondam

Cet article rectifie pour l'exercice 2021 en cours les montants de l'Ondam et des sous-objectifs le composant.

Si elle regrette l'absence de dépôt de PLFSS rectificatif malgré un dépassement de l'Ondam de près de 12 milliards d'euros, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Un large dépassement prévu de l'Ondam voté pour la deuxième année consécutive

Le présent article vise à rectifier, au titre de l'année 2021 en cours, les prévisions de montants de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) et de ses sous-objectifs. Le Gouvernement présente ainsi dans ce PLFSS 2022 une **rectification de l'Ondam à hauteur de 11,7 milliards d'euros, soit un écart de 5,2 % au montant voté en LFSS pour 2021.**

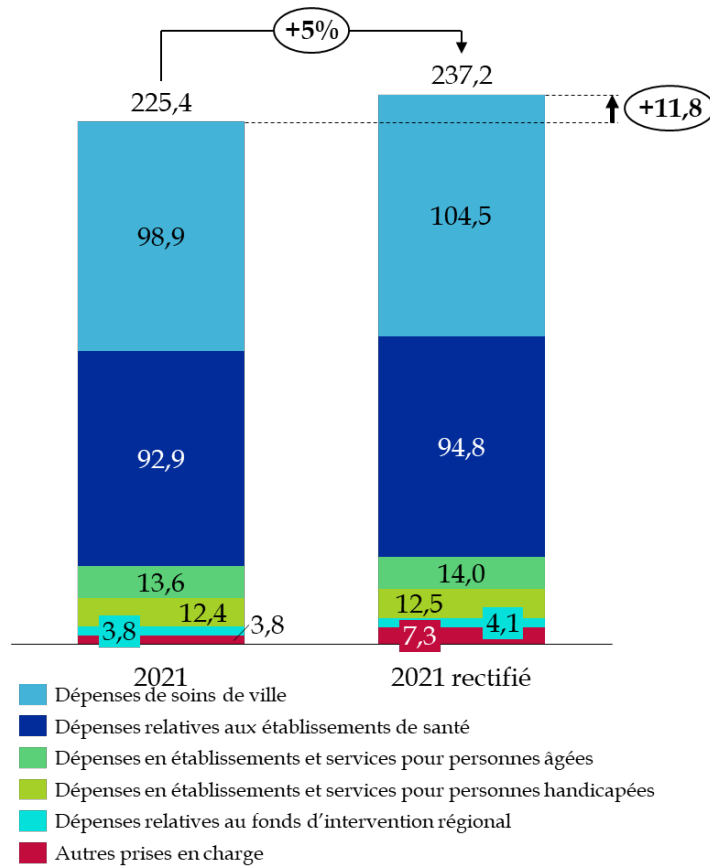
La progression de l'Ondam sur l'année serait sur l'année de 7,4 % contre 2,3 % envisagés en LFSS pour 2021.

Ondam 2021 tel que rectifié et écart à la LFSS

(en milliards d'euros et en %)

	2021	2021 rectifié	Écart à la LFSS
Dépenses de soins de ville	98,9	104,5	5,7 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	92,9	94,8	2,0 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	13,6	14,0	2,9 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,4	12,5	0,8 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,8	4,1	7,9 %
Autres prises en charge	3,8	7,3	92,1 %
Total	225,4	237,1	5,2 %

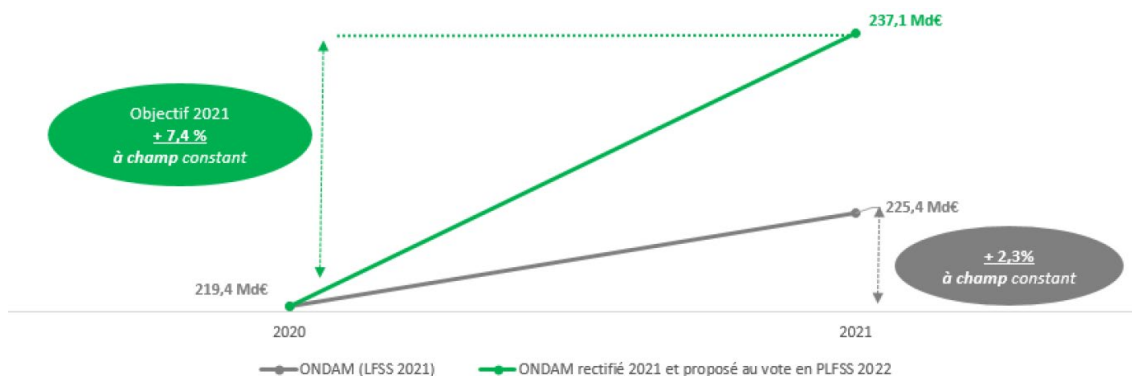
Écarts à la LFSS dans les montants de l'Ondam 2021



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

- Pour rappel, la commission des comptes de la sécurité sociale anticipait en juin un dépassement de l'Ondam de 9,6 milliards d'euros, prévision rehaussée donc à l'automne de 2 milliards d'euros.

Ondam 2021 rectifié à hauteur de 237,1 Md€ en PLFSS 2022



Source : Annexe 7 du PLFSS 2022

B. Des surcoûts majeurs essentiellement liés à la crise sanitaire

1. Un dépassement substantiel des provisions au titre de la crise sanitaire

La majoration de l'Ondam rectifié résulte pour l'essentiel de surcoûts imputables à la crise sanitaire, principalement la campagne vaccinale et les tests de dépistage.

Une **provision de 4,3 milliards d'euros figurait au PLFSS 2021** en vue de couvrir les dépenses liées à la crise sanitaire :

- 2 milliards d'euros pour les tests de dépistage ;
- 1,5 milliard d'euros pour l'achat de vaccins et la campagne vaccinale ;
- 0,7 milliard d'euros pour les achats de masques.

La précision actualisée à l'automne 2021 fait état d'un **dépassement attendu de 10,5 milliards d'euros concernant les dépenses de crise**, avec notamment :

- **3,5 milliards d'euros** de dotation supplémentaire à Santé publique France pour le **financement de la campagne vaccinale** (pour 2,5 milliards) et des dépenses supplémentaires (traitements, tests, à hauteur d'1 milliard) ;

- 0,7 milliard d'euros pour la campagne de rappels initiée à l'automne ;

- **4,2 milliards d'euros** de surcoûts sur les **tests de dépistage**, du fait notamment d'un nombre de tests considérable à l'été 2021 - 6 millions de tests par semaine mi-août ;

- 1,9 milliard d'euros supplémentaires pour les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Surcoûts liés à la crise sanitaire

Dotation supplémentaire de l'assurance maladie à Santé publique France pour permettre à l'agence de faire face à de nouvelles dépenses : 4,3 Md€

- Achats de vaccins
- Organisation de la campagne vaccinale (matériels, logistique)
- Traitements contre la Covid

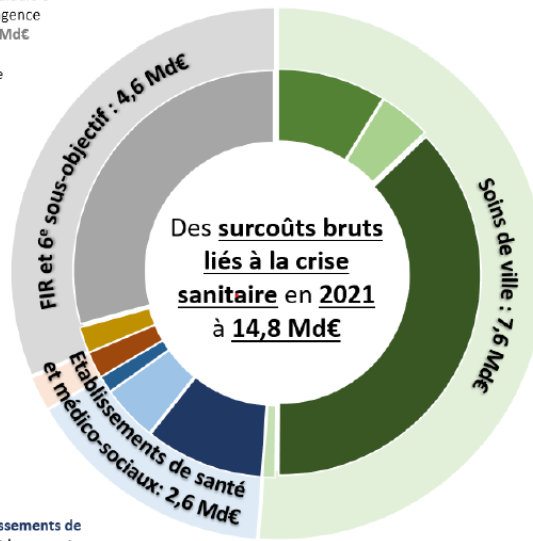
Fonds d'intervention régional : 0,3 Md€ de dépenses supplémentaires en lien avec la gestion locale de la crise sanitaire

Dotation de l'assurance maladie aux établissements de santé médico-sociaux pour assurer notamment la couverture des surcoûts liés à la lutte contre la COVID19 : 0,3 Md€

Rémunération du personnel au titre de la campagne de vaccination en établissements de santé : 0,2 Md€

Réalisation de tests diagnostiques à l'hôpital : 0,7 Md€

Dotation de l'assurance maladie aux établissements de santé hospitaliers pour assurer notamment la couverture des surcoûts liés à la lutte contre la COVID19 : 1,4 Md€



Rémunération du personnel au titre de la campagne vaccinale : 1,3 Md€

Indemnités journalières dérogatoires pour personnes malades de la Covid, cas contact et pour garde d'enfants ou personnes vulnérables non salariées du privé : 0,6 Md€

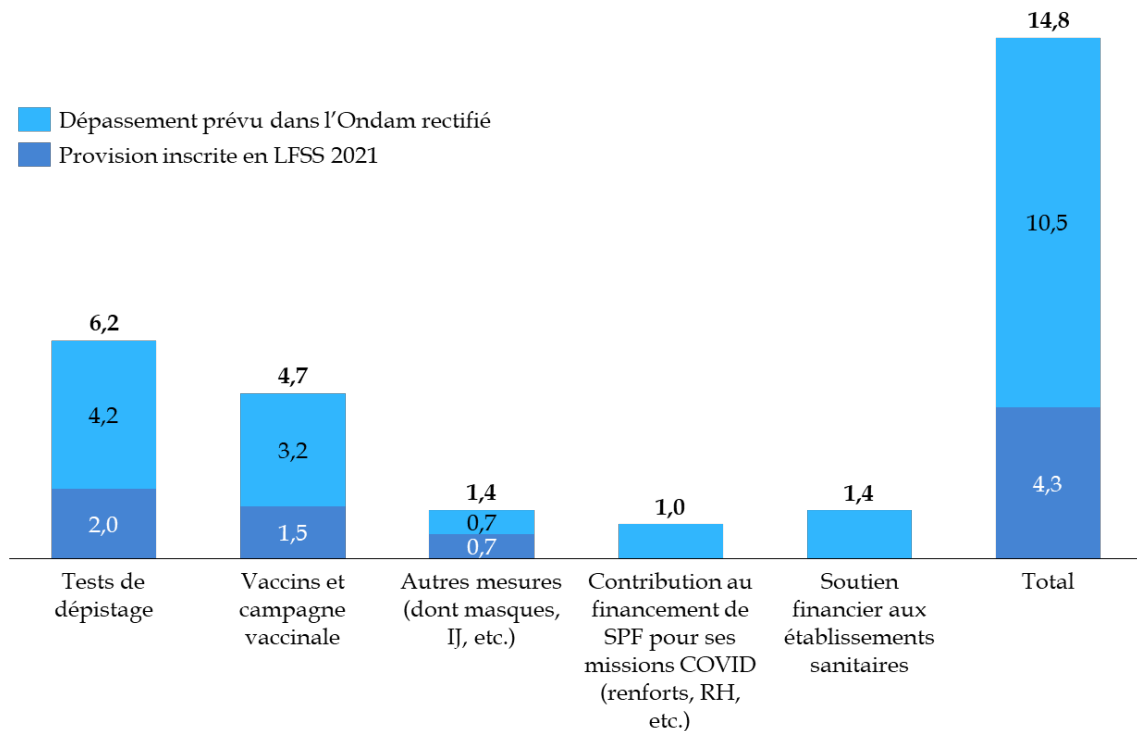
Réalisation de tests diagnostiques (PCR, Antigéniques) en ville : 5,5 Md€

Distribution des masques en officine de ville à destination du grand public et des professionnels de santé : 0,1 Md€

Source : DSS/SDEPF/6B

Source : Annexe 7 du PLFSS 2022

Majoration des dépenses au regard des provisions faites pour 2021



Source : Annexe 7 du PLFSS 2022

2. Des surcoûts constatés hors dépenses covid

Hors dépenses majorées liées à l'épidémie de covid-19, **les dépenses de soins de ville dépassent également les prévisions, à hauteur de 1,4 milliard d'euros**, du fait notamment des dépenses de produits de santé et des indemnités journalières.

En revanche, **les dépenses liées au Ségur sont attendues en baisse de 200 millions d'euros** en raison de reports de crédits.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

La rapporteure générale rappelle que, dans le cadre de l'examen du PLFSS pour 2021, **la rapporteure pour l'assurance maladie avait souligné le caractère optimiste des hypothèses de construction de l'Ondam**, et ce alors que le pays entrait dans la « deuxième vague » de l'épidémie de covid-19.

Force est de constater que les provisions inscrites à la LFSS pour 2021 au titre des dépenses liées à la crise sanitaire ont été très largement dépassées.

Si la rapporteure générale **rappelle le caractère nécessaire de ces dépenses et ne s'oppose pas à la modification proposée de l'Ondam 2021**, elle formule deux réserves substantielles :

- d'une part, sur **le caractère insuffisamment prudent des hypothèses retenues pour le PLFSS 2021**, sans doute conforté par le caractère évaluatif de l'Ondam ;

- d'autre part, la proportion notable de ces dépenses **relevant de crédits de Santé publique France** dont la dotation a, une fois encore, été réévaluée à plusieurs reprises et dès le mois de février, par arrêté ministériel, pour atteindre **plus de 4 milliards d'euros**.

• **Enfin, la rapporteure générale souligne que le dépassement de l'Ondam à hauteur de plus de 10 milliards d'euros représente un écart de plus de 5,2 % au montant voté par le Parlement.**

Aussi, alors que **ce dépassement était anticipé par la commission des comptes de la sécurité sociale dès le printemps 2021** et la « troisième vague » de l'épidémie, la rapporteure générale estime que le **dépôt d'un projet de loi de financement rectificatif relevait de la nécessité démocratique** et aurait permis aux parlementaires de constater, comme c'est leur mission constitutionnelle, la nécessité de la contribution publique et d'en suivre l'emploi.

Elle rappelle à ce titre les **propositions formulées dans le cadre de la révision en cours de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale** et l'attachement de la commission des affaires sociales du Sénat à prévoir des « **clauses de retour devant le Parlement** » en cas de dérapage financier, en cours d'exécution, par rapport à la trajectoire votée en loi de financement de l'année.

Sous ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 9

Rectification de la dotation FMIS

Cet article propose de modifier les dotations de l'assurance maladie et de la branche autonomie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé votées en LFSS pour 2021 pour tenir compte de changements de circuits de paiement de certains investissements.

Sous des réserves relatives aux outils de financement de l'investissement hospitalier et à leurs finalités, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Un effort d'investissement suivant les engagements du Ségur de la santé

1. Une dotation au FMIS votée annuellement en LFSS

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 a modifié les dispositions de l'article 40 de la LFSS pour 2001 afin de transformer le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) en fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS). Le Gouvernement entendait, par la « création » du nouveau fonds, marquer le nouvel effort d'investissement décidé à l'issue de la première vague de l'épidémie de covid-19 et, dans le même mouvement, signifier un décloisonnement des investissements entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social à l'occasion de la création de la branche autonomie.

Aux termes de l'article 40 précité, les ressources du fonds sont notamment constituées de participations des régimes d'assurance maladie et de la branche autonomie.

2. Un effort de 6 milliards d'euros annoncé

Pour rappel, le Gouvernement a revendiqué dans le cadre du Ségur de la santé un effort d'investissement à hauteur de 19 milliards d'euros, dont 6 milliards sont portés par le FMIS créé à l'automne 2020.

Les crédits budgétés au sein du FMIS en 2021 s'élèvent à 1,03 milliard d'euros et se concentrent à plus de 88 % sur les dépenses d'investissements immobiliers et numériques, ce qui conduit à faire un suivi plus fin sur cette nature des dépenses.

La prévision de consommation du FMIS pour 2021 et les années suivantes est principalement portée par les crédits issus du Ségur de la santé en matière d'investissements immobiliers et numériques, ainsi que par les engagements pris dans le COPERMO et le grand plan d'investissement (GPI). Le tableau ci-dessous présente pour ces catégories de dépenses, la prévision pluriannuelle de consommation des crédits sur le FMIS.

Ainsi, plus d'1 milliard d'euros devront être alloués dès 2021 *via* les circulaires budgétaires FMIS, dont 566 millions d'euros ont déjà été délégués dans la première circulaire FMIS au titre du Ségur de la santé.

Source : Réponse de la DGOS au questionnaire de la rapporteure

Dépenses du FMIS

(en millions d'euros)

		2021
Décaissements prévisionnels	Décaissements prévisionnels	271,0
	Décaissements prévisionnels	60,4
	Décaissements prévisionnels « Investissements du quotidien »	150,0
		481,4
Ségur	Investissement	500,0
Ségur	Numérique de la santé	66,0
		566,0
		1047,4

Source : Réponse de la DGOS au questionnaire de la rapporteure

B. Un ajustement des montants affectés au titre de l'exercice 2021

Le Gouvernement propose, par le présent article, de modifier les dotations de l'assurance maladie et de la branche autonomie du FMIS au titre de l'année 2021.

Concernant la dotation de l'assurance maladie, le montant initialement voté à 1 032 millions d'euros serait porté à 1 035 millions d'euros. Cet ajustement procède d'un double mouvement avec, d'une part, **une prise en charge à hauteur de 7 millions d'euros de projets numériques via le budget annexe du FIR**, et non *via* le FMIS, et d'autre part, **un financement dans le cadre du plan France Relance** d'un plan de mise en conformité parasismique aux Antilles avec une contribution de 10 millions d'euros de l'assurance maladie.

Concernant la branche autonomie, le montant initial de 100 millions d'euros serait ramené à 90 millions d'euros. Cette baisse résulte uniquement de la prise en charge susmentionnée, par les ARS *via* le budget annexe du FIR, de projets numériques.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

La commission déplore le manque de lisibilité dans les circuits de financement de l'investissement en santé et les jeux de vases communicants opérés entre le fonds d'investissement régional et les crédits directement issus des deux branches qui en sont les financeurs, et ce d'autant plus que ces crédits rejoignent en 2022 un même sous-objectif de l'Ondam.

Sous ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

TROISIÈME PARTIE

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

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER}

POURSUIVRE LES ACTIONS DE SIMPLIFICATION ET D'ÉQUITÉ DU PRÉLÈVEMENT

Article 10

Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale

Cet article tend à transférer aux Urssaf le recouvrement des cotisations sociales dues à la Cipav et à clarifier le système de recouvrement et de reversement des sommes collectées par les Urssaf.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé : le transfert aux Urssaf du recouvrement des cotisations dues à la Cipav et l'adaptation du système de recouvrement et de reversement des sommes collectées par les Urssaf

A. Le recouvrement des cotisations des professionnels libéraux affiliés à la Cipav n'est pas satisfaisant, tandis que le système de reversement des sommes dues aux partenaires de l'Acoss doit être ajusté

1. Les limites du recouvrement des cotisations des professionnels libéraux par la Cipav justifient son transfert aux Urssaf

Les professionnels libéraux relèvent, au titre de l'assurance vieillesse de base, de la CNAVPL¹ et, au titre de l'assurance vieillesse complémentaire et de l'assurance invalidité-décès, de **l'une des dix sections professionnelles de la CNAVPL, en fonction de la profession concernée.**

¹ Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

Ces sections assurent la gestion du régime de retraite de base pour le compte de la CNAVPL.

La section professionnelle compétente assure, en parallèle du versement des prestations correspondant à ces trois régimes, **le recouvrement des cotisations afférentes** auprès des professionnels libéraux qui leur sont affiliés¹. **Les autres cotisations et contributions sociales dues par ces travailleurs sont, elles, recouvrées par les Urssaf**, qui encaissent également l'ensemble des cotisations versées par les micro-entrepreneurs des professions libérales au travers du versement libératoire².

Parmi ces sections, la Cipav³ recouvre **les travailleurs des professions libérales réglementées qui n'appartiennent pas aux autres sections professionnelles**.

Dans une logique d'unification de la protection sociale des travailleurs indépendants exerçant une activité distincte des professions libérales réglementées et dans la lignée de la suppression du régime social des indépendants (RSI) en 2018 et de l'intégration de la sécurité sociale des indépendants (SSI) au régime général en 2020, **le périmètre de la Cipav a été largement réduit en 2018** à l'occasion du transfert de nombreuses professions vers le régime général⁴. Les travailleurs dont la profession a ainsi été transférée, mais qui relevaient de la Cipav à la date du transfert demeurent affiliés à celle-ci. Ils disposent toutefois **d'un droit d'option en faveur du régime général jusqu'au 31 décembre 2023**.

La Cipav regroupe désormais **21 professions, contre près de 400 avant 2018**. Il s'agit :

- des architectes, des architectes d'intérieur, des économistes de la construction, des maîtres d'œuvre, des géomètres-experts ;
- des ingénieurs conseil ;
- des moniteurs de ski, des guides de haute montagne, des accompagnateurs de moyenne montagne ;
- des ostéopathes, des psychologues, des psychothérapeutes, des ergothérapeutes, des diététiciens, des chiropracteurs ;
- des artistes non affiliés à la Maison des artistes ;
- des experts automobiles, des experts devant les tribunaux ;
- des guides-conférenciers ;
- des mandataires judiciaires à la protection des majeurs ;
- d'une série de métiers liés à l'art.

¹ Article L. 642-5 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 213-1 du code de la sécurité sociale.

³ Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales.

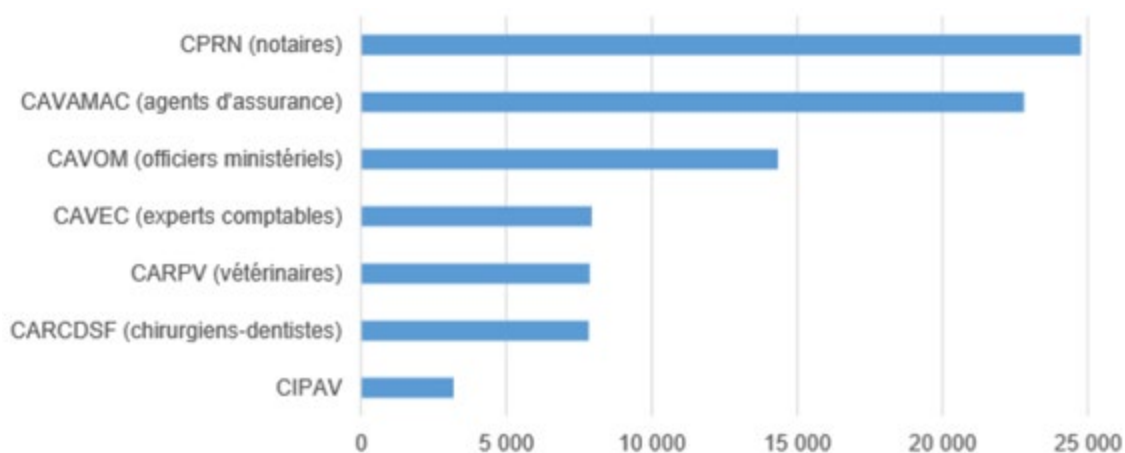
⁴ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 15.

À ce jour, 497 000 actifs cotisants sont affiliés à la caisse, dont 287 000 micro-entrepreneurs, pour 132 000 bénéficiaires de prestations de droits propres et dérivés. **La Cipav recouvre 36 % des cotisations au régime de retraite de base des professions libérales et 16 % des cotisations aux régimes complémentaires.** Comme indiqué précédemment, les cotisations des micro-entrepreneurs des professions libérales, soit 58 % des cotisants affiliés à la Cipav, sont recouvrées par les Urssaf.

Or, **la coexistence de deux systèmes de recouvrement n'est pas sans générer des redondances, de la complexité et donc une perte d'efficacité.** Parmi les sections professionnelles, la Cipav est particulièrement concernée, dans la mesure où les revenus des travailleurs qui lui sont affiliés sont généralement plus faibles et plus variables que ceux des affiliés des autres sections. La caisse se trouve donc dans une situation particulière, qui doit inciter à la recherche permanente d'une meilleure performance et d'économies de gestion.

Montant annuel moyen des cotisations de retraite complémentaire

(en euros)



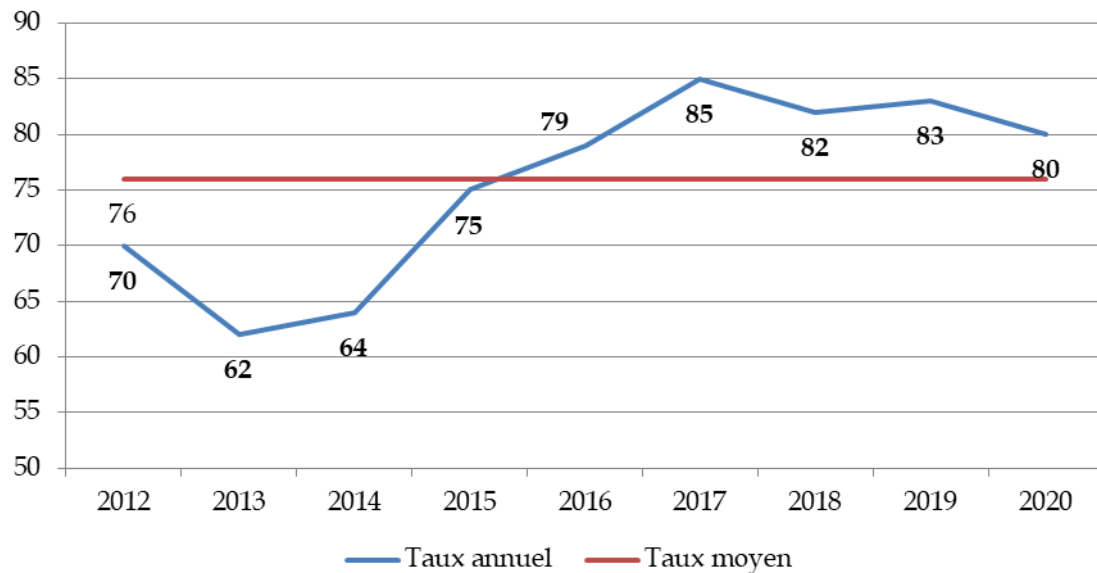
Source : Étude d'impact du PLFSS pour 2022

En la matière, l'IGAS a relevé des insuffisances importantes, **le taux de recouvrement annuel moyen des cotisations dues à la Cipav s'étant élevé à 74 % de 2012 à 2018** contre 93,2 % pour les cotisations dues aux Urssaf par les travailleurs indépendants¹. Cet écart doit toutefois être relativisé compte tenu des modes de calcul des restes à recouvrer utilisés, différents d'un organisme à l'autre. Il convient également de souligner l'amélioration du taux de recouvrement de la Cipav depuis 2013, bien qu'il n'atteigne toujours pas un niveau satisfaisant.

¹ IGAS, Rapport d'évaluation du contrat pluriannuel liant l'État et la CNAVPL, 2019.

Évolution du taux de recouvrement par la Cipav des cotisations de l'année d'exercice restant à acquitter au 31 décembre

(en %)



Source : Cipav

Les facteurs d'explication de la performance insuffisante du recouvrement par la Cipav

La Cipav met en avant quatre facteurs permettant d'expliquer la faiblesse de son taux de recouvrement :

- **un rythme de recouvrement insuffisant** : le processus de recouvrement de la Cipav est engagé sur une base annuelle, alors que le recouvrement par les Urssaf est engagé, pour chaque période de cotisations non-acquittées, sur un plan infra-annuel (mensuel ou trimestriel) ;

- **des ajustements administratifs constants dans le référentiel des assurés de la Cipav** : une rotation très importante des cotisants étant observée dans le fichier ;

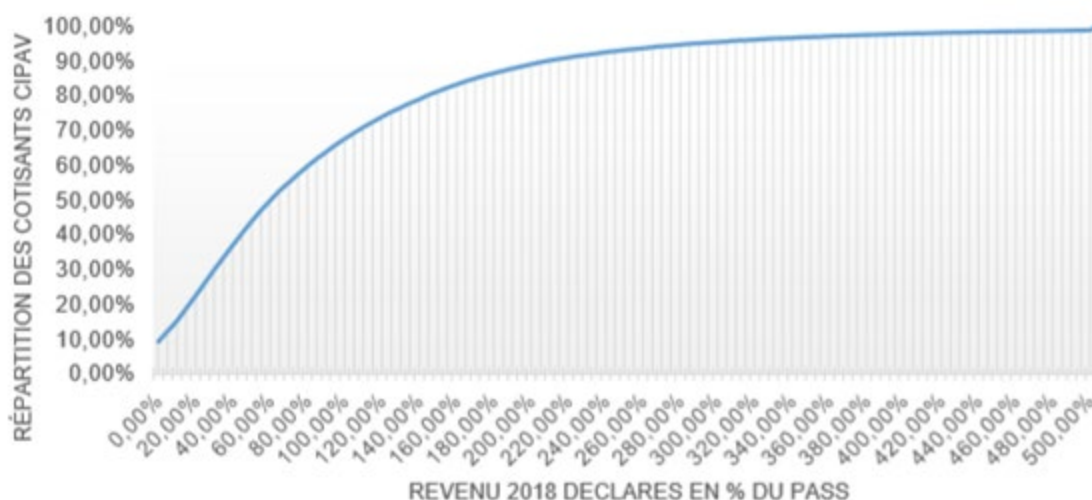
- **des ajustements comptables incessants** : la Cipav doit intégrer les données relatives aux revenus que l'Acoss lui transmet après les avoir reçues de la DGFIP, tandis que l'optionnalité des cotisations Cipav, c'est-à-dire la possibilité de réduire ses cotisations de 25, 50, 75 ou 100 % selon le revenu déclaré, conduit à gérer un processus de demande entre les assurés et la Cipav et donc à organiser des allers-retours d'information pour sécuriser le montant des débits de cotisations à recouvrer par la Cipav ;

- **un facteur culturel** : les cotisations à la Cipav sont perçues par leurs redevables comme les dernières à devoir être payées, après les cotisations dues aux Urssaf.

Aussi l'IGAS comme la Cour des comptes ont-elles appelé à l'unification du recouvrement des cotisations des professionnels libéraux relevant de la Cipav sous la responsabilité des Urssaf et des CGSS¹. Cette préconisation a été retenue par le Gouvernement, qui, par le biais d'une instruction ministérielle du 16 novembre 2020, a chargé le directeur de la Cipav d'amorcer les travaux préparatoires au transfert du recouvrement des cotisations aux Urssaf et aux CGSS d'ici 2023.

Distribution des revenus des cotisants à la Cipav

(en % du PASS)



Source : Étude d'impact du PLFSS pour 2022

Dans cette perspective, il convient également d'envisager **les modalités de transfert des salariés de la Cipav** chargés du recouvrement des cotisations et contributions sociales.

2. Le périmètre du système de reversement par l'Acosse des cotisations sur la base des sommes dues doit être ajusté avant sa mise en œuvre et l'ordre d'imputation des cotisations versées par les micro-entrepreneurs en cas de paiement partiel précisé

En vue de simplifier les relations financières entre l'Acosse et les organismes affectataires des sommes qu'elle recouvre, **un système de reversement des cotisations sur la base des sommes dues** a été adopté par le législateur en 2019² pour une mise en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2022³.

¹ Les caisses générales de sécurité sociale assurent, dans les départements d'outre-mer, la gestion des risques maladie et vieillesse et du recouvrement des cotisations sociales.

² Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, article 18.

³ Article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale.

Dans le cadre de ce nouveau système, inspiré du mode de fonctionnement de la direction générale des finances publiques (DGFIP), l'Acoss assure aux organismes attributaires des cotisations recouvrées par les Urssaf et les CGSS le versement non pas des sommes effectivement recouvrées, mais des sommes dues par les assurés, telles qu'elles ont été déclarées dans la déclaration sociale nominative (DSN) puis contrôlées, après application d'un taux forfaitaire représentatif des charges inévitables de non-recouvrement.

Dans l'état actuel du droit, le système de reversement des cotisations sur la base des sommes dues doit s'appliquer à l'ensemble des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base et complémentaires de sécurité sociale à la charge des salariés et assimilés (hors salariés agricoles) et de leurs employeurs, à l'exception des sommes affectées aux branches du régime général. Il doit par ailleurs être étendu à **l'ensemble des cotisations et contributions sociales recouvrées par les Urssaf et les CGSS, à l'exception de celles dont le régime général est affectataire**, à des dates fixées par décret en Conseil d'État.

Or, cette mesure, qui transfère le risque de non-recouvrement à l'Acoss, a pour effet de **renforcer la transparence de la performance du recouvrement** pour les attributaires et de **garantir la prévisibilité de leurs recettes**. Compte tenu de sa nature et de son objet, elle n'a pas vocation à s'appliquer :

- aux relations financières avec les organismes et régimes dont la gestion de trésorerie est adossée à celle du régime général ou étroitement liée à celle-ci, tels que le régime général lui-même (la gestion de sa trésorerie étant assurée par l'Acoss), les régimes qui lui sont intégrés financièrement (Cavimac¹, ENIM²), le FSV³, la Cades⁴ et le FNAL⁵, qui relève du budget de l'État ;

- aux prélèvements sociaux dont le paiement effectif conditionne l'ouverture des droits.

Il paraît donc nécessaire d'exclure du périmètre du système de reversement des cotisations sur la base des sommes dues certaines cotisations et contributions recouvrées par les Urssaf et les CGSS avant son entrée en vigueur. Il s'agit :

- **de la CSG, de la CRDS et des recettes dont sont affectataires, outre le régime général et le FSV, le FNAL**, qui relève du budget de l'État ;

¹ Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes.

² Établissement national des invalides de la marine.

³ Fonds de solidarité vieillesse.

⁴ Caisse d'amortissement de la dette sociale.

⁵ Fonds national d'aide au logement.

- **des cotisations dues par les travailleurs indépendants**, en raison du lien entre les cotisations effectivement versées et les droits acquis, tandis que l'ouverture de droits à pension par les salariés est généralement déconnectée du versement effectif des cotisations afin de ne pas faire peser sur ceux-ci la responsabilité des défauts de versement par les employeurs.

D'autre part, le régime général, qui assumera les frais financiers et de gestion liés au non-recouvrement dans le cadre du système de reversement des sommes dues tandis que les autres affectataires des sommes recouvrées par les Urssaf ne pâtiront plus des retards de paiement, doit se voir **affecter, en compensation, le produit des majorations de retard et pénalités** dues par les assurés. Aucun texte ne prévoyant actuellement de règle d'affectation de ces sommes, il convient d'y remédier.

De même, le législateur n'a pas encore prévu, pour ce qui concerne les cotisations et contributions déjà recouvrées par les Urssaf et les CGSS et celles concernées par le système de reversement sur la base des sommes dues, **la reprise des créances antérieures par l'Acoss**, à qui leur financement doit revenir dans le cadre du nouveau système.

Enfin, dans une logique d'harmonisation des procédures de recouvrement, en cas de recouvrement partiel, les cotisations et contributions versées par les micro-entrepreneurs devraient se voir appliquer l'ordre d'imputation prévu en matière fiscale et, depuis 2021¹, aux versements partiels des autres travailleurs, à savoir **une affectation prioritaire sur la créance due au principal, puis sur les majorations de retard et pénalités restant dues et les frais de justice**². Les Urssaf appliquant d'ores et déjà cet ordre d'imputation, il ne s'agit ici que d'une harmonisation des textes.

B. Le PLFSS pour 2022 confie aux Urssaf le recouvrement des cotisations dues à la Cipav et précise le périmètre du reversement des cotisations sur la base des sommes dues et l'ordre d'affectation des cotisations des micro-entrepreneurs en cas de paiement partiel

1. Le transfert aux Urssaf du recouvrement des cotisations d'assurance vieillesse et invalidité-décès assumé par la Cipav

• Le 2° du I modifie l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2022 afin de permettre le recouvrement par les Urssaf et les CGSS des cotisations d'assurance vieillesse de base et complémentaire et invalidité-décès des travailleurs indépendants des professions libérales affiliés à la Cipav (a).

Il procède également à une coordination légistique avec le code de la construction et de l'habitation, qui contient, depuis 2019, en lieu et place du code de la sécurité sociale, les règles relatives à la contribution au Fonds national d'aide au logement (FNAL), recouvrée par les Urssaf (b).

¹ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, article 31.

² Article L. 133-4-11 du code de la sécurité sociale.

- Le 6° du I créé un article L. 640-2 disposant, en ouverture du titre 4 du livre VI du code consacré à l'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales, que **les cotisations afférentes dues par les assurés affiliés à la Cipav sont recouvrées par les Urssaf et les CGSS** selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables en matière de cotisations et contributions dues par les travailleurs indépendants.

Cet article préciserait que les cotisations de retraite de base sont affectées à la CNAVPL et les cotisations de retraite complémentaire et invalidité-décès à la Cipav. Une convention conclue entre la CNAVPL, la Cipav, l'Acoss, les Urssaf et les CGSS et approuvée par le ministre chargé de la sécurité sociale définirait les modalités de cette affectation.

- Le 7° du I procède quant à lui à une coordination avec les articles L. 641-8 et L. 642-5 relatifs au recouvrement et au contrôle du recouvrement des cotisations de retraite de base par les sections professionnelles de la CNAVPL pour le compte de cette dernière afin de préciser que ces compétences sont exercées, dans le cas de la Cipav, par les Urssaf et les CGSS.

2. La fixation de l'ordre d'affectation des cotisations versées par les micro-entrepreneurs en cas de paiement partiel

- D'autre part, le 5° du I modifie l'article L. 613-9 de façon à aligner l'ordre d'imputation des cotisations et contributions sociales versées par les micro-entrepreneurs en cas de paiement partiel sur celui qui s'applique aux versements partiels des autres travailleurs, à l'exception de l'affectation prioritaire des sommes versées à l'impôt sur le revenu, recouvré par les Urssaf au travers du versement libératoire des micro-entrepreneurs.

- En conséquence, le 1° du I modifie l'article L. 133-4-11, qui détermine l'ordre d'imputation des cotisations et contributions sociales dans le cadre du recouvrement partiel, afin de préciser que l'affectation prioritaire du paiement partiel, parmi les créances dues au principal, aux cotisations et contributions salariales s'applique aux sommes versées par les employeurs.

3. Les précisions apportées au périmètre du système de reversement des cotisations sur la base des sommes dues

- Enfin, le 3° du I modifie l'article L. 225-1-1 de sorte à clarifier le périmètre du système de reversement des cotisations sur la base des sommes dues.

Il est d'abord proposé de lister les cotisations concernées par ce mécanisme dans le but d'en **exclure les cotisations prélevées sur les travailleurs indépendants, la CSG, la CRDS et les recettes dont sont affectataires le régime général, le FSV et le FNAL**. Seraient concernés par le reversement des sommes dues (a) :

- les cotisations et contributions finançant les régimes obligatoires de base ou complémentaires de sécurité sociale à la charge des salariés ou assimilés (hors salariés agricoles) et de leurs employeurs¹, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général et de celles dues par les affiliés du régime de sécurité sociale des marins, géré par l'ENIM² ;

- le versement destiné au financement des services de mobilité³ ;

- les cotisations à l'assurance contre le non-paiement des salaires dus⁴, la contribution à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés⁵, les contributions des employeurs, des intermittents du spectacle et de certains salariés expatriés à l'allocation d'assurance et à l'allocation des travailleurs indépendants⁶, la contribution unique à la formation professionnelle et à l'alternance (CUFPA), la contribution supplémentaire à l'apprentissage (CSA) et la contribution dédiée au financement du compte personnel de formation (CPF) des salariés en CDD⁷, ainsi que la contribution au Fonds pour l'emploi hospitalier⁸ ;

- la cotisation obligatoire versée par les collectivités territoriales, leurs établissements publics et les maisons départementales des personnes handicapées au CNFPT⁹, la majoration affectée au financement de la formation des officiers de sapeurs-pompiers professionnels et des charges salariales relatives aux élèves officiers et le prélèvement supplémentaire obligatoire versé par les offices HLM publics¹⁰ ;

¹ Article L. 213-1 du code de la sécurité sociale.

² Les cotisations sociales concernées par le système de reversement sur la base des sommes dues seraient donc les cotisations affectées aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale non intégrés financièrement au régime général – Camieg (2020), CNIIEG (2022), CRPCEN (2023) et CNRACL (2024) – et à des régimes complémentaires obligatoires – Ircem (attributaire actuel, bascule prévue en 2022), Agirc-Arrco (2023) et Ircantec (2024).

³ Articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales.

⁴ Article L. 3253-18 du code du travail.

⁵ Article L. 5212-9 du code du travail.

⁶ Articles L. 5422-9 et L. 5422-11 du code du travail.

⁷ Article L. 6131-1 du code du travail.

⁸ Loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, article 14.

⁹ Centre national de la fonction publique territoriale.

¹⁰ Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, articles 12-2 et 12-2-1.

- la contribution des employeurs au fonds paritaire de financement des organisations syndicales de salariés et organisations professionnelles d'employeurs¹ ;

- les cotisations ou contributions autres que celles d'origine légale ou conventionnelle pouvant être déclarées et payées par les employeurs au travers de dispositifs simplifiés (TESE², CEA³, CESU⁴, Pajemploi)⁵.

Le plafond du taux forfaitaire de frais de non-recouvrement, fixé à 3,6 %, serait supprimé, certains taux de non-recouvrement étant actuellement supérieurs. Il serait donc fixé par attributaire ou catégorie d'attributaires, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, dans la seule limite, pour les cotisations ou contributions dont le recouvrement est transféré aux Urssaf et aux CGSS à compter du 1^{er} janvier 2020, **du taux moyen de non-recouvrement de ces cotisations ou contributions observé l'année précédant celle du transfert de compétence.**

Il est également proposé d'unifier les dispositions relatives à la compensation par les Urssaf et les CGSS de la réduction générale des cotisations patronales⁶ à l'Agirc-Arrco et à l'Unedic en les adaptant au système de reversement des sommes dues. En effet, les dispositions actuellement inscrites à l'article L. 225-1-5 du code de la sécurité sociale font référence aux « contributions encaissées », et non aux cotisations dues. Il serait ainsi prévu que les Urssaf et les CGSS compensent la perte de cotisations résultant :

- pour l'Agirc-Arrco, de la réduction générale des cotisations patronales applicable sur les cotisations qui lui sont dues par les employeurs relevant des Urssaf, des CGSS et des caisses de la MSA (b) ;

- pour l'Unedic, de la réduction générale des cotisations patronales applicable sur les cotisations qui lui sont dues par les employeurs relevant des Urssaf, des CGSS et du guichet unique pour le spectacle vivant (GUSO), ainsi que sur les cotisations recouvrées par Pôle emploi, la Caisse de prévoyance sociale (CPS) de Saint-Pierre-et-Miquelon et la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) pour le compte de l'Unedic⁷ (c).

• Dans ce contexte, le 4^o du I tend à prévoir à l'article L. 225-1-5 que, sans préjudice des dispositions particulières fixant d'autres règles d'affectation, le produit des majorations de retard et pénalités dues par les redevables est réparti entre les branches du régime général dans des conditions déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

¹ Article L. 2135-10 du code du travail.

² Titre emploi service entreprise.

³ Chèque emploi associatif.

⁴ Chèque emploi service universel.

⁵ Article L. 133-5-7 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

⁷ Article L. 5427-1 du code du travail.

• Le II modifie l'article L. 5422-16 du code du travail afin d'**adapter au système de reversement des sommes dues les dispositions relatives aux conventions conclues entre l'Acoss et l'Unedic.**

Il est ainsi prévu que celles-ci **régissent les relations financières entre les deux organismes dans le cadre fixé par l'article L. 225-1-1**, en déterminant des modalités de reversement de recettes affectées à l'assurance chômage de manière à assurer la neutralité des flux financiers pour la trésorerie de l'Unedic, et fixent les conditions dans lesquelles est assurée la vérification de l'exhaustivité des sommes dues par les employeurs.

Les modalités de rémunération du service rendu par les Urssaf et les CGSS seront désormais fixées conformément aux dispositions de l'article L. 225-1-1, qui prévoit que l'Acoss applique sur les sommes recouvrées des frais de gestion fixés dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État.

4. Les dispositions relatives à l'entrée en vigueur de l'article

Le III prévoit que **cet article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2023**, sous réserve de certaines dispositions :

- les dispositions relatives à l'ordre d'imputation des cotisations et contributions sociales en cas de paiement partiel (1^o et 5^o du I) et celles relatives au périmètre du système de reversement des cotisations sur la base des sommes dues et à l'affectation du produit des majorations de retard et pénalités (3^o et 4^o du I) **entreraient en vigueur le 1^{er} janvier 2022 et seraient applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter de cette date.**

Les créances de cotisations et contributions sociales et celles correspondant aux restes à recouvrer dus aux attributaires par l'Acoss avant le 1^{er} janvier 2022 feraient l'objet d'**un versement à hauteur de leur valeur estimée recouvrable à cette date.** Une convention entre l'Acoss et les attributaires concernés fixerait les modalités de règlement de ces créances, **avec possibilité d'échelonnement** (1^o) ;

- les dispositions relatives aux conventions conclues entre l'Acoss et l'UNEDIC entreraient également en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (2^o) ;

- **les dispositions relatives au recouvrement par les Urssaf et les CGSS des cotisations d'assurance vieillesse de base et complémentaire et invalidité-décès des travailleurs affiliés à la Cipav (2^o, 6^o et 7^o du I) entreraient en vigueur le 1^{er} janvier 2023.**

Les modalités d'organisation des travaux conduits entre les Urssaf, les CGSS et la Cipav pour le transfert des compétences seraient fixées par décret pour la période du 1^{er} janvier 2022 au 30 juin 2023 (3^o) ;

- la Cipav, l'Acoss, les Urssaf et les CGSS devraient préparer le **transfert des contrats de travail des salariés de la Cipav chargés du recouvrement des cotisations et contributions sociales ou exerçant au sein des services supports associés à cette activité d'ici le 30 juin 2022**. L'identification des salariés à transférer se ferait sur la base de l'emploi occupé, de la part de l'activité consacrée au recouvrement directement ou indirectement et des compétences professionnelles. Une convention conclue entre l'Acoss, les Urssaf et les CGSS reprendrait ces critères et devrait prévoir une solution de reprise adaptée à la situation de chaque salarié.

Les contrats de travail des salariés ainsi identifiés seraient **transférés de plein droit à l'Acoss, aux Urssaf et aux CGSS au plus tard le 1^{er} janvier 2023**, dans le respect des solutions de reprise élaborées. D'ici leur transfert, ces salariés resteraient exclusivement régis par les statuts collectifs de la Cipav (4°) ;

- l'Acoss, les Urssaf et les CGSS ayant vocation à accueillir les salariés transférés, la Cipav et les organisations syndicales de salariés représentatives au sein de cette dernière devraient **engager des négociations avant le 31 juillet 2022 en vue de conclure des accords précisant les modalités, conditions et garanties s'appliquant aux salariés dans le cadre de leur transfert** et prévoyant, le cas échéant, les dispositions résultant des statuts collectifs de la Cipav s'appliquant pour les salariés transférés, à l'exclusion des stipulations des conventions collectives de sécurité sociale et des accords applicables dans les organismes dans lesquels ils sont transférés portant sur le même objet.

Ces accords seraient conclus dans les mêmes conditions que les accords d'entreprise ou d'établissement¹. À défaut d'accord avec le transfert des salariés, les dispositions supplétives prévues par le code du travail en cas de mise en cause d'accords collectifs s'appliqueraient².

Enfin, ces accords s'appliqueraient à compter du transfert et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025. **À l'issue de ce délai, les salariés transférés se verraient appliquer intégralement et à titre exclusif les statuts collectifs de l'Acoss, des Urssaf et des CGSS d'accueil (5°) ;**

- les dates d'entrée en vigueur des dispositions relatives au transfert aux Urssaf et aux CGSS du recouvrement des cotisations des travailleurs affiliés à la Cipav, au transfert des contrats de travail des salariés concernés et aux accords prévus dans cette perspective pourraient être **reportées par décret, dans la limite de deux ans (6°)**.

¹ Articles L. 2232-12 à L. 2232-20 du code du travail.

² Article L. 2261-14 du code du travail.

D'après l'étude d'impact, le transfert aux Urssaf et aux CGSS du recouvrement des cotisations des travailleurs affiliés à la Cipav permettrait **d'améliorer la performance du recouvrement**. En outre, **des économies de gestion pourraient être dégagées** du fait de l'unification du recouvrement de l'ensemble des cotisations des professionnels libéraux concernés sous la responsabilité d'un même organisme.

Si, dans le cadre du système de reversement des cotisations sur la base des sommes dues, les charges liées aux retards de paiement des cotisations et contributions sociales dues aux attributaires des sommes collectées par l'Acosse seront supportées par le régime général, celui-ci se verrait affecter **les majorations de retard et pénalités actuellement affectées aux autres attributaires, qui représentaient 50 millions d'euros en 2019**. Notons néanmoins que, dans le contexte de la crise sanitaire, presque aucune majoration n'a été appliquée en 2020 et en 2021, tandis que la loi ESSOC¹ permet d'échapper à ces majorations dans le cadre du « *droit à l'erreur* ».

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale : des précisions rédactionnelles

L'Assemblée nationale a adopté 21 amendements de son rapporteur général apportant diverses précisions d'ordre rédactionnel.

III - La position de la commission : un transfert nécessaire à la simplification et à l'amélioration de la performance du recouvrement, mais devant être opéré en partenariat avec les caisses de retraite concernées

La commission est favorable à l'unification, sous la responsabilité des Urssaf et des CGSS, du recouvrement des cotisations dues à la Cipav. Comme l'ont souligné devant la rapporteure générale les présidentes de la CNAVPL et de la Cipav, ce transfert devrait permettre **d'augmenter le taux de recouvrement et de diminuer les charges de gestion** en mettant un terme à la coexistence de deux systèmes de recouvrement, dont la complexité nuit à la lisibilité du dispositif pour les professionnels libéraux.

Il convient toutefois de noter que ce transfert concerne non seulement les cotisations de retraite complémentaire des travailleurs affiliés à la Cipav, mais également leurs cotisations d'assurance vieillesse de base, recouvrées par la Cipav pour le compte de la CNAVPL, **qui en assure légalement la responsabilité**. Or, au cours de son audition, la présidente de la CNAVPL a indiqué à la rapporteure générale qu'**aucune concertation n'avait été menée à ce sujet**. La commission invite donc le Gouvernement à associer la caisse à chaque étape de la mise en œuvre du transfert du recouvrement aux Urssaf d'ici le 1^{er} janvier 2023.

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

En tout état de cause, la commission a adopté l'amendement n° 128 de la rapporteure générale tirant les conséquences de l'un des amendements rédactionnels adoptés par l'Assemblée nationale au sujet de la date d'application des statuts collectifs de l'Acoss, des Urssaf et des CGSS d'accueil aux salariés transférés depuis la Cipav.

Il est ainsi prévu que les accords conclus en vue de préciser les modalités, conditions et garanties s'appliquant aux salariés de la Cipav dans le cadre de leur transfert vers les Urssaf et les CGSS s'appliquent **jusqu'au 31 décembre 2025 - et non plus jusqu'au 31 décembre 2015 au plus tard** - puisque les statuts collectifs de l'Acoss, des Urssaf et des CGSS d'accueil s'appliqueront intégralement et à titre exclusif à ces salariés à compter de cette date.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 11

Versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne

Cet article tend à généraliser le versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne, expérimenté depuis 2020, et à prolonger le cadre expérimental pour permettre la mise au point de certaines modalités de versement.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé : la généralisation progressive du versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne

A. Le versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne fait l'objet d'une expérimentation depuis 2020

Le secteur des services à la personne, qui représente, au total, **3,4 millions de particuliers, 1,3 million de salariés, 850 millions d'heures de travail et 11 milliards d'euros de masse salariale**, est structuré autour de plusieurs types de relations de travail, dont les principaux sont :

- **l'emploi direct d'un professionnel par le particulier**, qui concerne 1,6 million de particuliers et 900 000 salariés ;

- **le recours à un prestataire de services** employant des professionnels à domicile ;

- **le recours à un mandataire** recrutant des professionnels à domicile pour le compte du particulier employeur.

Le crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile¹, qui représentait 5 milliards d'euros en 2020, constitue le principal instrument public de soutien au secteur.

Le crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile

Instauré en 1991², le crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile bénéficie aux contribuables domiciliés en France au titre :

- de l'emploi d'un salarié assurant la garde d'enfants, les services à domicile relatifs aux tâches ménagères ou familiales ou l'assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité ;

- du recours à une association, une entreprise ou un organisme déclaré qui rend exclusivement de tels services ;

- du recours à un organisme à but non lucratif ayant pour objet l'aide à domicile et habilité au titre de l'aide sociale ou conventionné par un organisme de sécurité sociale.

Le crédit d'impôt est égal à **50 % des dépenses afférentes nettes des aides perçues au titre de l'emploi du salarié à domicile** (allocation personnalisée pour l'autonomie³, prestation de compensation du handicap⁴, complément de libre choix du mode de garde⁵, etc.), dans la limite d'un plafond dépendant de la composition du foyer fiscal.

Toutefois, comme tout crédit d'impôt, ce dispositif présente le désavantage de ne bénéficier effectivement aux particuliers recourant aux services à la personne que **six à dix-huit mois après le paiement de la prestation de services**, lors de l'émission de l'avis d'imposition. En parallèle, l'APA⁶ à domicile et la PCH⁷ sont perçues seulement un mois plus tard par le particulier employeur ou le prestataire de services.

Depuis 2019⁸, les contribuables perçoivent, au plus tard le 1^{er} mars de l'année (N) de la liquidation de l'impôt afférent aux revenus de l'année précédente (N-1), **un acompte sur le montant du crédit d'impôt égal à 60 % du montant qui leur a été accordé en année N-1** lors de la liquidation de l'impôt afférent aux revenus de l'avant-dernière année (N-2)⁹. Le solde est régularisé lors de la liquidation de l'impôt afférent aux revenus de l'année N-1, au cours de l'été de l'année N. Dans les faits, l'acompte est versé aux bénéficiaires du crédit d'impôt en janvier.

¹ Article 199 sexdecies du code général des impôts.

² Loi n° 91-1323 du 30 décembre 1991 de finances rectificative pour 1991, article 17.

³ Article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles.

⁴ Article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles.

⁵ Article L. 531-5 du code de la sécurité sociale.

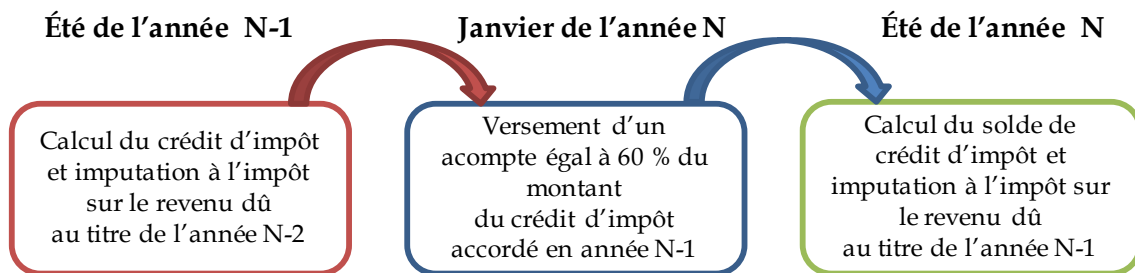
⁶ Allocation personnalisée pour l'autonomie.

⁷ Prestation de compensation du handicap.

⁸ Loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019, article 12.

⁹ Article L. 1665 bis du code général des impôts.

Mode de versement du crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile depuis 2019



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

En outre, depuis 2020¹, dans le cas où le particulier cesserait d'avoir recours aux services à la personne ou dans celui où les dépenses afférentes diminueraient en année N par rapport à l'année N-1, celui-ci peut demander à l'administration fiscale, avant le 1^{er} décembre de l'année N, à percevoir en année N+1 un montant inférieur à celui qu'il a perçu en année N au titre de l'année N-1.

Ce dispositif ne permettant toujours pas de rendre suffisamment visible aux bénéficiaires de prestations de service à domicile le coût restant effectivement à leur charge, souvent plus faible que celui du recours au travail dissimulé, le législateur a approuvé, en 2019, **l'expérimentation du versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne**² dans les départements de Paris et du Nord³.

Dans ce cadre, les personnes recourant aux services éligibles au crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile, à l'exclusion de la garde d'enfants, ont pu adhérer à un dispositif les dispensant de faire l'avance d'une part de leurs charges directes couvertes par les aides auxquelles elles sont éligibles.

Les droits au crédit d'impôt et, éventuellement, à l'APA à domicile ou à la PCH **abondent ainsi le compte personnel de chaque bénéficiaire et sont déduits des sommes à prélever sur son compte bancaire** au titre :

- soit de la rémunération du salarié à domicile, dans le cas des particuliers employeurs utilisant le dispositif *Cesu*⁴ ;
- soit du règlement des factures émises par le prestataire de services à domicile.

¹ Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020, article 7.

² Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, article 20.

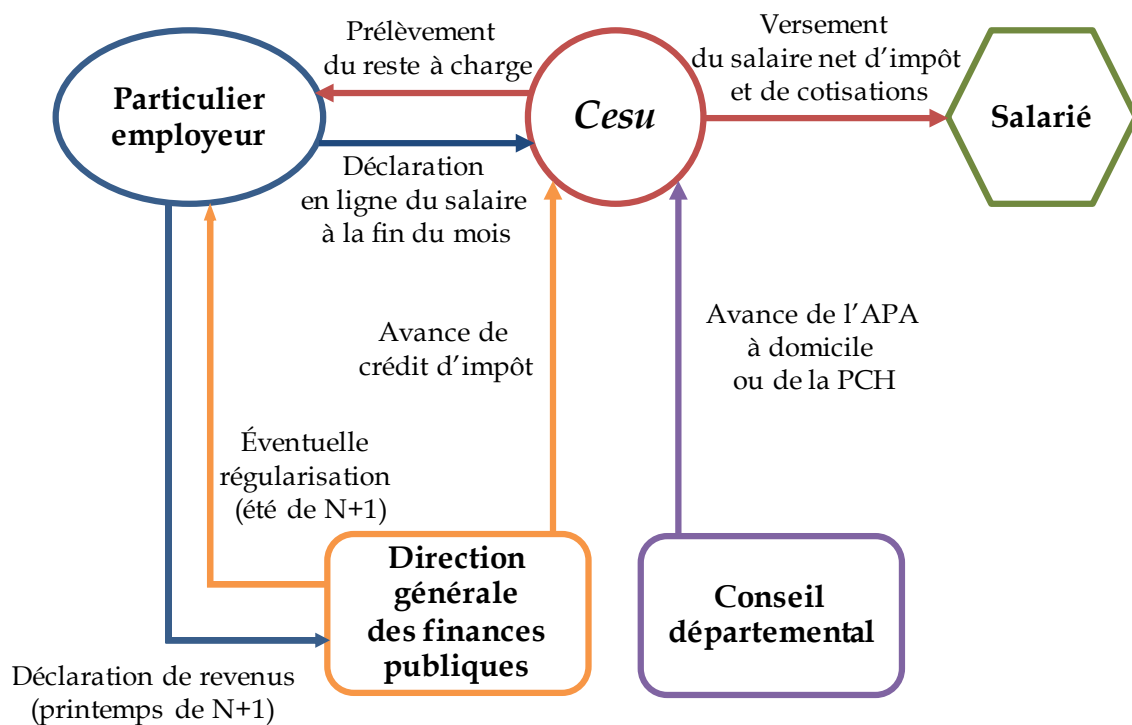
³ Décret n° 2020-1352 du 5 novembre 2020 relatif à l'expérimentation prévue à l'article 20 de la loi n° 2020-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, article 1^{er}.

⁴ Prévu à l'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale, le dispositif *Cesu*⁺ (pour « chèque emploi service universel ») permet aux particuliers employeurs de confier aux Urssaf le soin de prélever sur leur compte bancaire la somme correspondant à la rémunération brute de leur salarié à domicile et de verser à celui-ci son salaire net d'impôts et de cotisations sociales.

Dans le premier cas, l'accord du salarié est requis. Celui-ci doit, à cet effet, créer un compte personnel et enregistrer son RIB en vue du versement de son salaire.

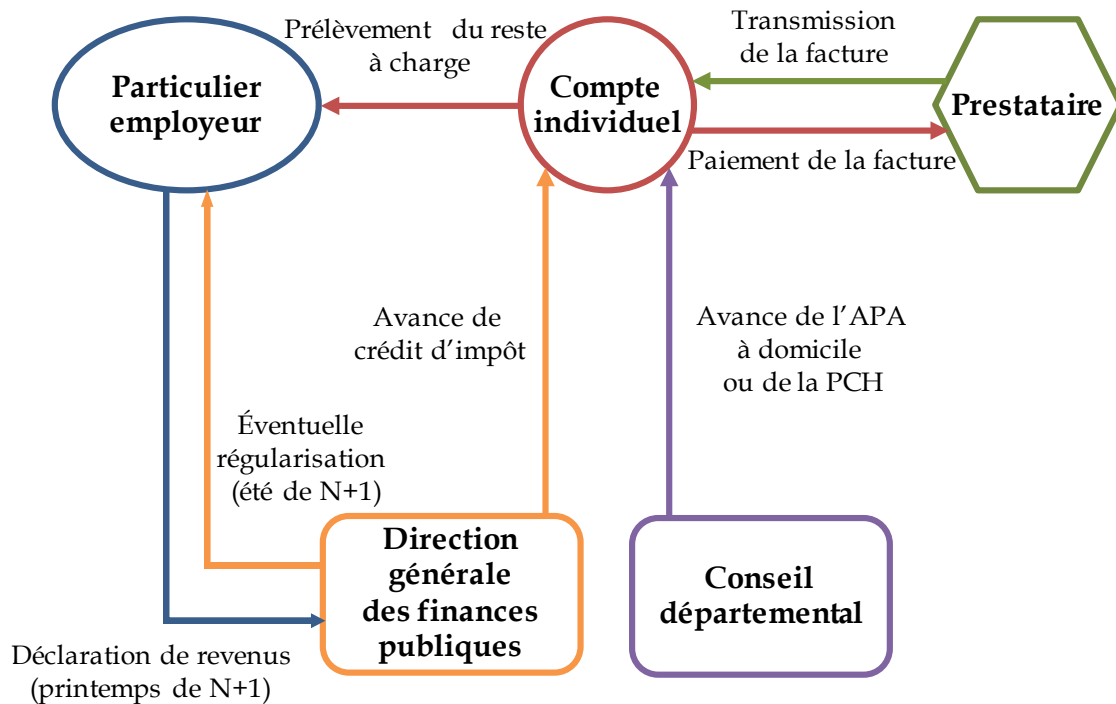
Dans le second, le compte personnel est créé par le prestataire de services sur la base des informations transmises par le particulier, ce dernier devant ensuite confirmer son inscription et l'appariement du prestataire à son compte. Les factures sont ainsi transmises directement sur le compte du client, par voie dématérialisée. Un courriel ou un SMS informe celui-ci de la réception d'une facture, à partir de laquelle il peut la valider ou la contester sous 48 heures ; à défaut d'action de sa part au terme de ce délai, la facture est présumée validée. Le reste à charge est alors prélevé sur le compte bancaire du particulier dans un délai de cinq jours.

Fonctionnement du versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne au particulier employeur



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

Fonctionnement du versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne au particulier client d'un prestataire de services



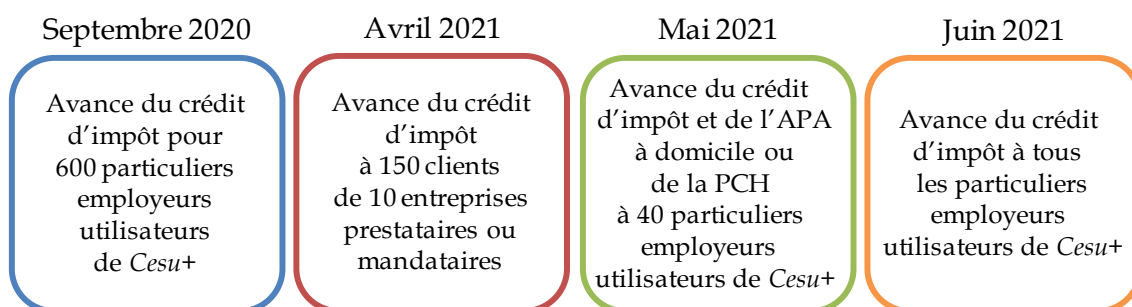
Source : Commission des affaires sociales du Sénat

L'avance du crédit d'impôt revêt, dans tous les cas, **un caractère optionnel** et est conditionnée au choix du particulier bénéficiaire des prestations de service à domicile.

L'étude d'impact du PLFSS pour 2022 précise que l'imputation du seul crédit d'impôt se traduit, pour les particuliers employeurs, par une prise en charge intégrale de cotisations sociales et de près de 20 % de la rémunération nette du salarié et, pour les particuliers recourant à un prestataire, par une réduction immédiate de la moitié du coût de la prestation.

L'expérimentation de ce dispositif dans les départements de Paris et du Nord a été menée en différentes phases, comme l'illustre le schéma ci-dessous.

Calendrier de l'expérimentation du versement immédiat des aides fiscales et sociales aux services à la personne



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après l'étude d'impact du PLFSS pour 2022

L'expérimentation de l'avance de crédit d'impôt et de l'APA à domicile ou de la PCH aux particuliers recourant à des prestataires ou à des mandataires a, quant à elle, été **reportée du fait de la complexité technique du dispositif**, liée, notamment, aux interactions avec les conseils départementaux.

Le Gouvernement propose aujourd'hui de **généraliser le dispositif** de versement immédiat des aides fiscales et sociales ainsi expérimenté de façon progressive selon le calendrier suivant :

- ouverture de l'avance du crédit d'impôt aux 300 000 particuliers employeurs utilisateurs de *Cesu+* (1,1 million d'utilisateurs du *Cesu* pourraient devenir éligibles en adhérant à *Cesu+*) à partir de janvier 2022 ;

- ouverture de l'avance du crédit d'impôt au 1,8 million de particuliers clients de prestataires et de mandataires à partir d'avril 2022 ;

- ouverture de l'avance de l'APA à domicile ou de la PCH aux 2 600 particuliers employeurs utilisateurs de *Cesu+* (150 000 utilisateurs du *Cesu* pourraient devenir éligibles en adhérant à *Cesu+*) techniquement envisageable dans certains départements à l'été 2022 ;

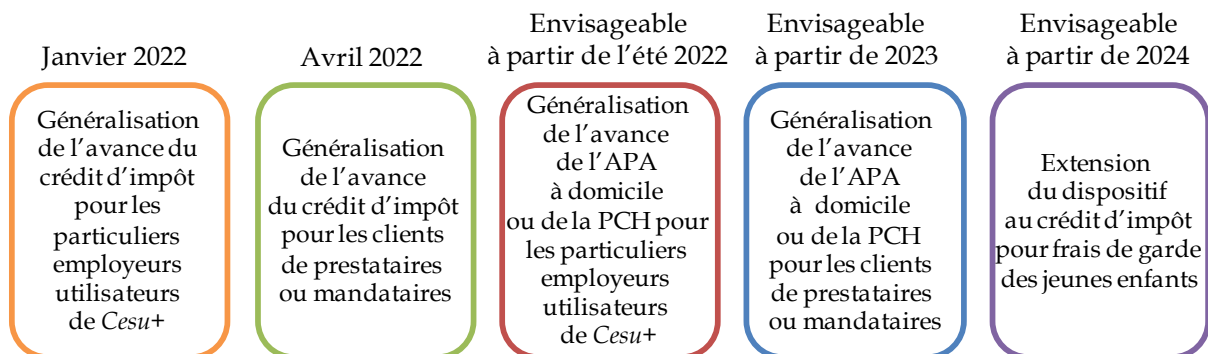
- ouverture de l'avance de l'APA à domicile ou de la PCH aux 900 000 particuliers clients de prestataires et de mandataires envisageable à partir de 2023 après une phase d'expérimentation.

À partir de 2024, le dispositif devrait être étendu à la garde d'enfants. Le crédit d'impôt pour frais de garde des jeunes enfants¹ pourrait ainsi être versé aux particuliers concernés avec le complément de libre choix du mode de garde, déjà déduit des sommes dues au titre de la rémunération du salarié pour les particuliers utilisateurs du service *Pajemploi*².

¹ Article 200 quater B du code général des impôts.

² Article L. 531-8-1 du code de la sécurité sociale.

Calendrier de la généralisation du versement immédiat des aides fiscales et sociales aux services à la personne



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après l'étude d'impact du PLFSS pour 2022

B. Le PLFSS pour 2022 généralise le dispositif expérimenté et prolonge l'expérimentation de certaines modalités de versement des aides fiscales et sociales

1. L'article fixe les modalités de versement immédiat des aides fiscales et sociales aux particuliers employeurs

Le 1° du I modifie l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale de façon à :

- rendre éligibles au dispositif *Cesu+* les particuliers accueillis par des aidants familiaux, les particuliers faisant appel à d'autres particuliers pour effectuer un service ponctuel et rémunéré de conseil ou de formation et **les mandataires de particuliers employeurs (a)** ;

- préciser que l'Urssaf service *Cesu*¹ prélève les sommes dues au titre de la rémunération du salarié à domicile par voie bancaire (b) ;

- prévoir que ce prélèvement tient compte :

- des sommes versées par le particulier employeur à son salarié, directement ou par l'intermédiaire d'un mandataire (f) ;

- **du montant alloué au titre de l'APA à domicile et de la PCH** lorsque le département de résidence a conclu une convention avec l'Acof (e) - ces aides ne sont plus limitées au montant des cotisations et contributions sociales dues, mais s'étendent à l'ensemble des dépenses d'aide humaine ;

- d'une **aide spécifique au financement des services à la personne fournis à domicile**, c'est-à-dire l'avance du crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile (f) ;

¹ Anciennement Centre national *Cesu*.

- d'une **aide spécifique au financement de la garde des enfants en dehors du domicile**, c'est-à-dire l'avance du crédit d'impôt pour frais de garde des jeunes enfants (f).

- préciser que (f) :

- le montant de ces deux dernières aides est **régularisé lors de l'établissement de l'impôt sur le revenu** ;

- la contribution pouvant être demandée au particulier employeur par le mandataire au titre de ses frais de gestion¹ n'est pas éligible à ces deux dernières aides ;

- les sommes versées par le particulier employeur à son salarié, directement ou par l'intermédiaire d'un mandataire, ne peuvent excéder 50 % du salaire brut du salarié ;

- l'employeur doit conserver jusqu'à expiration du délai de prescription de trois ans² les pièces justificatives des sommes versées à son salarié directement ou par l'intermédiaire d'un mandataire lorsque ces versements sont réalisés autrement que par des titres *Cesu*³ ;

- sans préjudice des sanctions pénales applicables, **l'employeur ou le salarié qui déclarent des prestations fictives sont exclus du dispositif** dans des conditions et pour une durée fixées par voie réglementaire.

- procéder à des coordinations d'ordre légistique (c et d).

2. L'article précise l'articulation entre le dispositif « *Cesu tiers-payant* » et le nouveau dispositif destiné aux organismes de services à la personne

Le 2° du I modifie l'intitulé de la section 4 du chapitre 3 *bis* du titre III du livre I du code de la sécurité sociale afin de le rendre applicable, au-delà des seuls particuliers employeurs, à tous les particuliers bénéficiant de services à la personne, **dont ceux qui recourant à un prestataire ou à un mandataire.**

Le 3° du I modifie l'article L. 133-8-3 du code de la sécurité sociale afin de préciser la façon dont s'articulent le « *Cesu tiers-payant* », qui ne concerne que l'emploi direct par un particulier, et le nouveau dispositif consacré aux particuliers recourant à un prestataire.

¹ Article L. 7233-1 du code du travail.

² Article L. 244-3 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 1271-1 du code de la sécurité sociale.

Le *Cesu* tiers-payant

Déployé progressivement depuis 2014¹, le « *Cesu tiers-payant* »² permet aux allocataires de l'APA à domicile ou de la PCH de bénéficier, à l'initiative du conseil départemental, de **la prise en charge par ce dernier des cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi d'un salarié à domicile dans le cadre de plans d'aide ou de plans personnalisés de compensation.**

En application de ce dispositif, les aides sociales susmentionnées ne sont plus versées au bénéficiaire sous la forme d'un virement bancaire postérieur au paiement du salaire, mais sous celle de **titres *Cesu* préfinancé** remis au salarié lors du paiement du salaire. Sur la base de la déclaration de salaire effectuée par le particulier, le conseil départemental verse à l'Urssaf service *Cesu* une somme correspondant au montant des cotisations dues, dans la limite du montant prévu par le plan d'aide. L'Urssaf service *Cesu* recouvre ensuite les éventuelles cotisations restant dues par le particulier employeur.

Il est ainsi proposé de maintenir le *Cesu* tiers-payant en parallèle de l'avance immédiate dont les particuliers pourront bénéficier *via* le dispositif *Cesu+* ou le nouveau dispositif destiné aux prestataires.

Ainsi, lorsque le particulier bénéficiera du versement immédiat des aides sociales et fiscales le dispensant de faire l'avance des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide élaboré dans le cadre de l'APA à domicile ou de la PCH et que cette allocation sera versée sous forme de titres *Cesu* préfinancé, le montant de la prise en charge relative aux cotisations et contributions sociales dues par l'allocataire pour l'emploi d'un salarié, assurée par le département dans le cadre du *Cesu* tiers-payant, sera calculée par l'Urssaf service *Cesu* au vu des éléments déclarés par le particulier employeur **ou le mandataire**, dans la limite des montants prévus par le plan d'aide ou le plan personnalisé de compensation.

¹ Arrêté du 3 juin 2014 fixant le modèle de convention d'adhésion au dispositif de tiers-payant des cotisations et contributions des bénéficiaires de l'allocation personnalisée pour l'autonomie ou de la prestation de compensation du handicap utilisant le chèque emploi-service universel, article 1^{er}.

² Article L. 133-8-3 du code de la sécurité sociale.

3. L'article créé un dispositif simplifié de déclaration et de paiement des prestataires de services à la personne

Le 4° du I créé, au sein du chapitre 3 *bis* du titre III du livre I du code de la sécurité sociale, une sous-section 2 instituant un dispositif simplifié de déclaration et de paiement des organismes de services à la personne par les particuliers non-employeurs. Cette sous-section comporterait cinq articles :

- un article L. 133-8-4 prévoyant que :

- tout particulier domicilié en France peut demander à utiliser un dispositif dématérialisé de déclaration et de paiement des prestations de service à la personne réalisées à domicile par un prestataire et des prestations d'accueil des enfants réalisées hors du domicile par un assistant maternel employé par une personne morale de droit public ou de droit privé (I) ;

- ce dispositif permet au particulier (II) :

- d'autoriser le prestataire à déclarer à l'Urssaf service *Cesu* les sommes dues au titre des prestations réalisées, dont le particulier est simultanément informé ;

- d'accepter ou de contester la déclaration effectuée par le prestataire auprès de l'Urssaf service *Cesu*, celle-ci étant réputée acceptée en l'absence de contestation dans un délai de deux jours francs à compter de sa réception par le particulier ;

- d'autoriser l'Urssaf service *Cesu* à prélever sur un compte bancaire les sommes dues au titre des prestations réalisées à l'issue d'un délai de deux jours francs, après prise en compte des aides sociales et fiscales dont bénéficie le particulier.

- ce dispositif permet au prestataire (III) :

- d'enregistrer les particuliers qui en font la demande auprès de l'Urssaf service *Cesu* pour leur permettre d'utiliser ce dispositif ;

- de déclarer les informations relatives aux sommes dues par chaque particulier pour lequel elle a réalisé des prestations, incluant les sommes directement reçues du particulier, dont le particulier et le prestataire conservent les pièces justificatives dans la limite du délai de prescription de trois ans ;

- de percevoir de l'Urssaf service *Cesu* le montant dû par chaque particulier après déduction des sommes versées directement par lui.

- les structures d'intermédiation entre un particulier et un prestataire, notamment les plateformes de mise en relation, peuvent, lorsqu'elles sont mandatées par le prestataire, effectuer pour son compte, en qualité de tiers déclarant¹, l'enregistrement du particulier auprès de l'Urssaf service *Cesu* et la déclaration des informations relatives aux sommes dues par celui-ci (IV).

- un article L. 133-8-5 prévoyant, en parallèle, que toute personne morale ou entreprise individuelle réalisant des prestations de service à la personne peut être autorisée par l'Acoss à adhérer à ce dispositif dématérialisé, sous réserve :

- de respecter les conditions d'agrément, de déclaration et d'autorisation auxquelles sont astreints les organismes de services à la personne² ;

- de ne pas avoir fait l'objet d'un constat de l'infraction de travail illégal³ au cours des cinq années précédentes ;

- d'être à jour de ses obligations de déclaration et de paiement auprès des Urssaf et des CGSS, ainsi qu'en matière d'impôts sur les sociétés ou, le cas échéant, d'impôt sur le revenu et de TVA ;

- d'approuver la charte d'utilisation du service établie par l'Acoss, qui précise notamment les modalités techniques d'accès au dispositif, de paiement des prestations et de reversement des sommes versées à tort, ainsi que ses engagements en matière d'accompagnement des particuliers, de réponse aux contestations et de communication sur le service.

- un article L. 133-8-6 excluant de la possibilité d'utiliser le dispositif, dans des conditions et pour une durée fixées par décret :

- le particulier, en cas de défaut total ou partiel de paiement des sommes dues après acceptation de la prestation, auquel cas le prestataire recouvre lui-même les sommes qui lui sont dues auprès de son client ;

- sans préjudice des sanctions pénales applicables, le particulier ou le prestataire qui accepte ou déclare des prestations fictives ;

- le prestataire, en cas de méconnaissance de la charte d'utilisation du service.

¹ Article L. 133-1 du code de la sécurité sociale.

² Articles L. 7232-1 à L. 7232-1-2 du code du travail.

³ Article L. 8211-1 du code du travail.

- un article L. 133-8-7 prévoyant que :

- dans les deux premiers des cas d'exclusion susmentionnés, l'Urssaf service *Cesu* notifie au prestataire les sommes qui lui ont été versées à tort en l'invitant à payer ou produire ses observations sous trente jours, puis, en l'absence de paiement ou d'observations, procède au recouvrement par prélèvement bancaire à l'issue d'un délai de trente jours ;

- le cas échéant, l'Urssaf service *Cesu* restitue au particulier les sommes que celui-ci a versées à tort ;

- si le prélèvement sur le compte bancaire du prestataire ne permet de pas de recouvrer les sommes versées à tort, ou en cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'Urssaf service *Cesu* lui adresse, par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception, une mise en demeure de payer dans un délai d'un mois ;

- lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'Urssaf service *Cesu* peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire spécialement désigné¹, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire ;

- une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure, mais peut faire l'objet d'une remise gracieuse totale ou partielle après règlement des sommes dues ;

- l'action en recouvrement se prescrit par trois ans à compter de la date de paiement de la somme versée à tort, sauf en cas de fraude ;

- les modalités d'application de cet article sont définies par décret en Conseil d'État.

- un article L. 133-8-8 précisant que l'Urssaf service *Cesu* met les Urssaf et les CGSS territorialement compétents en mesure de procéder, le cas échéant, à une compensation entre le montant des cotisations et contributions sociales leur restant dues au titre de l'emploi de salariés par le prestataire et les avances de crédit d'impôt versées.

¹ Article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.

4. L'article détermine les modalités d'échange entre l'Acoss et les organismes utilisateurs des dispositifs simplifiés de déclaration et de paiement

Le 5° du I créé, après cette sous-section 2, une sous-section 3 portant diverses dispositions. Cette sous-section comporterait deux articles :

- un article L. 133-8-9 prévoyant qu'en vue de déterminer et vérifier le montant des dépenses restant à la charge du particulier après application, le cas échéant, de l'APA à domicile et de la PCH, dans le cadre du dispositif *Cesu+* et du dispositif consacré aux particuliers recourant à des prestataires, l'Acoss conclut avec les départements qui octroient ces aides une convention précisant notamment :

- les modalités d'échange des informations relatives aux particuliers qui bénéficient des aides, aux montants octroyés, à la nature des aides dont ils bénéficient et, le cas échéant, aux modalités d'imputation de ces aides sur les dépenses du particulier ;

- les modalités de remboursement, par l'Acoss ou le département, des montants d'aide avancés pour son compte par l'Urssaf service *Cesu* ;

- les modalités d'échange des informations relatives aux prestataires des particuliers bénéficiant des aides, aux montants, aux volumes et à la nature des services déclarés.

- un article L. 133-8-10 prévoyant que, pour la prise en compte, dans le cadre du dispositif *Cesu+* et du dispositif consacré aux particuliers recourant à des prestataires, du crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile et du crédit d'impôt pour frais de garde des jeunes enfants, l'Acoss et l'administration fiscale concluent une convention précisant, notamment, les modalités du remboursement de cette aide par l'État.

Il est prévu qu'ils échangent les informations nécessaires à l'identification des particuliers susceptibles de bénéficier de ces aides, au calcul de ces aides, à leur imputation dans le cadre du dispositif *Cesu+* et du dispositif consacré aux particuliers recourant à des prestataires et à leur prise en compte ultérieure pour l'établissement de l'impôt sur le revenu de ses bénéficiaires. Les données traitées, qui peuvent comporter le numéro d'identification fiscale des personnes physiques, serait conservées dans la limite du délai de prescription de trois ans, tandis que le contenu et les modalités de réalisation de ces échanges seraient fixés par décret en Conseil d'État.

5. L'article simplifie les conditions d'adhésion au TESE et au CEA

Le 6° du I supprime le onzième alinéa de l'article L. 133-5-6, qui prévoit qu'une entreprise, une association à but non lucratif ou une fondation dotée de la personnalité morale ou une association de financement électoral adhérant à un dispositif simplifié de déclaration et de recouvrement des cotisations et contributions sociales doit l'utiliser pour l'ensemble de ses salariés. Sont concernées, dans un souci de simplification, les entités adhérant aux dispositifs Titre emploi-service entreprise (TESE)¹ et Chèque emploi associatif (CEA)².

6. L'article ajuste les dispositions relatives aux crédits d'impôt

Le 1° du II complète l'article 1665 *bis* du code général des impôts afin de prévoir que l'acompte de 60 % du montant des crédits d'impôts versé chaque année en janvier est réduit du montant des avances de crédits d'impôt versées au cours des huit premiers mois de l'année précédant celle du versement de l'acompte. Si le montant des avances versées excédait le montant du crédit d'impôt, aucun acompte ne serait versé.

Le 2° du II crée un article 1665 *ter* du code général des impôts précisant que le montant de l'avance de crédit d'impôt versée s'impute sur le montant du crédit d'impôt dont bénéficie le particulier au titre de l'année au cours de laquelle les dépenses sont réalisées. Il est prévu que, lorsque le montant de l'avance excède celui du crédit d'impôt, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt.

7. L'article maintient le cadre expérimental adopté en 2019

Le III prolonge jusqu'au 31 décembre 2022 l'expérimentation du dispositif de versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne afin de permettre la poursuite des travaux préparatoires au versement de l'avance de l'APA à domicile ou de la PCH aux particuliers recourant à un prestataire ou à un mandataire.

Les sommes versées en 2022 dans le cadre de l'expérimentation pourront être régularisées en 2023 après l'établissement de la déclaration des revenus de l'année 2022.

¹ Le titre emploi-service entreprise est un dispositif permettant aux entreprises relevant du régime général en métropole ou du régime général ou agricole en outre-mer de simplifier leurs déclarations sociales et de réaliser les formalités liées à l'embauche.

² Le chèque emploi associatif est un dispositif permettant aux associations et fondations de remplir toutes les formalités liées à l'embauche et à la gestion de leurs salariés à l'aide d'un document unique.

8. L'article fixe les dates d'entrée en vigueur de ces dispositions

Le IV prévoit que :

- les dispositions relatives à l'avance des aides sociales et fiscales aux particuliers employeurs utilisateurs de *Cesu+* s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2022 pour les activités de service à la personne hors garde d'enfant et à partir du 1^{er} janvier 2024 pour les activités de garde d'enfant à domicile et l'accueil des enfants par des assistants maternels ;

- les dispositions relatives à l'avance des aides sociales et fiscales aux particuliers recourant à un prestataire ou à un mandataire s'appliquent aux prestations de services à la personne hors garde d'enfant à partir du 1^{er} avril 2022 et aux prestations de garde d'enfant à domicile et aux prestations d'accueil des enfants réalisées par des assistants maternels à compter du 1^{er} janvier 2024 ;

- les dispositions relatives à l'articulation entre le « *Cesu tiers-payant* » et les dispositifs d'avance immédiate des aides sociales et fiscales s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2023, compte tenu du fait que les allocataires de l'APA à domicile et de la PCH ne pourront pas bénéficier de l'avance de ces aides avant cette date en raison du report à 2022 de l'expérimentation de leur versement immédiat aux particuliers recourant à un prestataire ou à un mandataire et du temps nécessaire à la conclusion de conventions entre l'Acoss et les départements volontaires ;

- la simplification des conditions d'adhésion au TESE et au CEA s'applique à compter du 1^{er} janvier 2024.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale : des précisions rédactionnelles

L'Assemblée nationale a adopté 21 amendements de son rapporteur général apportant diverses précisions d'ordre rédactionnel.

III - La position de la commission : une réforme utile aux bénéficiaires de services à la personne et à la lutte contre le travail dissimulé

La commission approuve la mise en œuvre du versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne, qui permettra, sans surcoût, de **lutter contre le travail dissimulé par les particuliers employeurs** en matérialisant encore mieux le fait que son coût est supérieur à celui du travail déclaré. Ce dispositif permettra également d'éviter aux bénéficiaires de services à la personne, souvent fragiles financièrement, de **supporter l'avance des frais couverts par ces aides**.

Elle a adopté l'amendement n° 129 de la rapporteure générale visant à préciser à l'article L. 133-8-3 du code de la sécurité sociale que le dispositif « *Cesu tiers-payant* » ne concerne que les particuliers employeurs et les particuliers recourant à un mandataire, **à l'exclusion des particuliers clients de prestataires.**

L'amendement n° 130 de la rapporteure générale précise également que le nouveau dispositif de déclaration et de paiement des organismes de services à la personne concerne **uniquement les prestataires.**

Enfin, deux amendements n° 131 et n° 132 de la rapporteure générale apportent des précisions d'ordre rédactionnel.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 11 bis (nouveau)

Transmission, par le centre national de traitement des données fiscales (CNTDF), des taux de contribution sociale généralisée (taux normal, intermédiaire ou réduit) à tous les organismes d'assurance versant des prestations de prévoyance complémentaire

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à prévoir la communication aux organismes versant des prestations de prévoyance complémentaire des taux de CSG applicables aux prestations servies par l'administration fiscale.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale : la transmission aux organismes versant des prestations de prévoyance complémentaire des taux de CSG applicables aux prestations qu'ils servent

L'article L. 152 du Livre des procédures fiscales prévoit que les agents des administrations fiscales communiquent aux organismes et services chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, de l'attribution de la complémentaire santé solidaire¹, aux services chargés de la gestion et du paiement des pensions aux fonctionnaires de l'État et assimilés, aux institutions de retraite complémentaire des salariés² et à Pôle emploi³ **les informations nécessaires :**

- à l'appréciation des conditions d'ouverture et de maintien des droits aux prestations ;

¹ Article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.

² Chapitre 1^{er} du titre II du livre IX du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 5312-1 du code du travail.

- au calcul des prestations ;
- à l'appréciation des conditions d'assujettissement aux cotisations et contributions ;
- à la détermination de l'assiette et du montant des cotisations et contributions ainsi qu'à leur recouvrement ;
- au recouvrement des prestations indûment versées ;
- à l'appréciation des conditions d'ouverture et de maintien des prestations versées dans le cadre de leur mission légale en matière d'action sanitaire et sociale ;
- au calcul des prestations versées dans le cadre de leur mission légale en matière d'action sanitaire et sociale ;
- à l'exercice des missions de délivrance des titres exécutoires et d'intermédiation financière confiées aux organismes débiteurs des prestations familiales¹.

Ces informations sont communiquées aux organismes et services mentionnés par le Centre national de traitement des données fiscales (CNTDF). Parmi les informations transmises figurent notamment **les taux de la contribution sociale généralisée (CSG) - normal, médian ou réduit - applicables aux prestations versées aux bénéficiaires.**

Or, **les organismes d'assurance versant des prestations de prévoyance complémentaire²** (institutions de prévoyance, sociétés d'assurance et mutuelles) **ne figurent pas parmi les organismes auxquels sont adressées ces informations.**

Les contrats de prévoyance complémentaire

Les **prestations de prévoyance complémentaire** sont versées à leurs bénéficiaires en sus des prestations servies par le régime général au titre des risques sur lesquels elles portent, dans le cadre d'un **contrat de prévoyance.**

Il s'agit d'un contrat d'assurance couvrant les risques liés au décès, à l'incapacité, à l'invalidité et à la dépendance interrompant totalement l'activité professionnelle, ainsi que les frais médicaux. Il garantit le versement de prestations en cas de réalisation du risque, par exemple :

- un **capital-décès** aux ayants droit en cas de décès de l'assuré ;
- des **indemnités journalières complémentaires** à l'assuré en cas d'arrêt de travail ;
- une **rente d'invalidité** à l'assuré le cas échéant ;
- une **rente de conjoint** au conjoint survivant en cas de décès de l'assuré ;

¹ Articles L. 582-1 et L. 582-2 du code de la sécurité sociale.

² Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, article 1^{er}.

- une **rente d'éducation** aux enfants de l'assuré en cas de décès de celui-ci.

Dans le cas des salariés, le financement de ce type de contrat est **en partie assumé par l'employeur**. Les entreprises doivent obligatoirement proposer un **contrat collectif** de prévoyance à leurs cadres, ainsi qu'aux autres salariés si elles appliquent une convention collective prévoyant la mise en place de la prévoyance. En outre, la souscription de **contrats individuels** est possible, tandis que les travailleurs indépendants peuvent souscrire un **contrat de prévoyance dit « Madelin »**.

Pourtant, la CSG est due au titre de plusieurs prestations servies par les organismes de prévoyance complémentaire, à savoir les indemnités journalières complémentaires¹ et les rentes d'invalidité, de conjoint ou d'éducation², de même qu'au titre des retraites supplémentaires. **Deux millions d'assurés bénéficient chaque année de ces prestations, pour un montant de dix milliards d'euros.**

Les allocataires de pensions de retraite ou d'invalidité et d'allocations chômage pouvant bénéficier, selon leur revenu fiscal de référence et de la composition de leur foyer fiscal, **d'une exonération de CSG ou de l'application de taux réduits ou médians**, il est nécessaire à ces organismes de pouvoir disposer des informations relatives aux taux de CSG applicables aux prestations qu'ils servent.

Taux de CSG applicables selon la prestation servie

Taux	Taux zéro	Taux réduit	Taux médian	Taux normal
Pension de retraite	Exonération	3,8 %	6,6 %	8,3 %
Pension d'invalidité	Exonération	3,8 %	6,6 %	8,3 %
Allocations chômage	Exonération	3,8 % (sur une assiette égale à 98,25 % du revenu)	6,2 % (sur une assiette égale à 98,25 % du revenu pour la fraction des revenus inférieure à 164 544 euros et 100 % du revenu au-delà)	Néant

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

¹ Ces indemnités sont soumises à la CSG en tant que revenus d'activité au taux de 9,2 % sur une assiette égale à 98,25 % du revenu et uniquement pour la part financée par l'employeur.

² Dans le cas où elles résultent de contrats collectifs ou de contrats souscrits par des travailleurs indépendants, ces rentes s'apparentent à des pensions de retraite et d'invalidité et se voient appliquer les taux de CSG applicables à celles-ci. Dans le cas où elles sont issues de contrats individuels, ces sommes sont exonérées de tous prélèvements sociaux.

Pour l'heure, les organismes de prévoyance complémentaire doivent **solliciter ces données auprès de chaque assuré**, en fonction de son revenu fiscal de référence et de sa situation familiale. En l'absence de justificatif, le taux le plus élevé est appliqué par défaut et des régularisations sont opérées *a posteriori* entre ces organismes et l'administration fiscale.

Le I du présent article, résultant d'un amendement déposé par les députés Cendra Motin et Michel Lauzzana, vise donc à **insérer, parmi les organismes auxquels l'administration fiscale communique les informations listées à l'article L. 152 du Livre des procédures fiscales, les organismes d'assurance versant des prestations de prévoyance complémentaire.**

Le II, résultant d'un sous-amendement adopté à l'initiative du Gouvernement, prévoit que **ces dispositions n'entrent en vigueur qu'à compter du 1^{er} janvier 2025**. En effet, en cas d'adoption du présent article, le nombre d'organismes auxquels l'administration fiscale transmet les informations évoquées **passerait de 25 à 800**. Le décalage de la date d'entrée en vigueur permettrait d'accorder à l'administration fiscale un délai suffisant pour adapter ses systèmes de transmission à un tel élargissement de son réseau.

II - La position de la commission : une mesure permettant de fluidifier le recouvrement de la CSG

La commission souligne l'utilité de la mesure proposée dans une logique de simplification des échanges préalables au recouvrement de la CSG due sur les prestations de prévoyance complémentaire.

L'amendement rédactionnel n° 133 a été adopté à l'initiative de la rapporteure générale.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 11 ter (nouveau)

Régime social des indemnités complémentaires d'activité partielle

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose de prolonger pour l'année 2022 les conditions d'assujettissement des indemnités complémentaires d'activité partielle aux prélèvements sociaux sur les revenus de remplacement dans les mêmes conditions que les indemnités légales.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : une prolongation des règles d'assujettissement des indemnités complémentaires d'activité partielle

A. Les indemnités complémentaires d'activité partielle font l'objet d'un régime dérogatoire d'assujettissement aux prélèvements sociaux depuis mars 2020

Lorsque les salariés sont placés en position d'activité partielle¹, ils perçoivent une indemnité horaire, versée par leur employeur².

Dans le sillage de la crise sanitaire, cette indemnité a été définie comme un revenu de remplacement : elle est à ce titre, après abattement de 1,75 % pour frais professionnels, assujettie à la contribution sociale généralisée (CSG) à un taux de 6,2 %³, auquel s'ajoute la contribution au remboursement de la dette sociale, au taux de 0,5 %.

En août 2021, le nombre de salariés concernés par l'activité partielle était en baisse, à 480 000 salariés (soit 2,4 % des salariés du privé), après 600 000 en juillet 2021, soit un repli de 20 % sur un mois⁴.

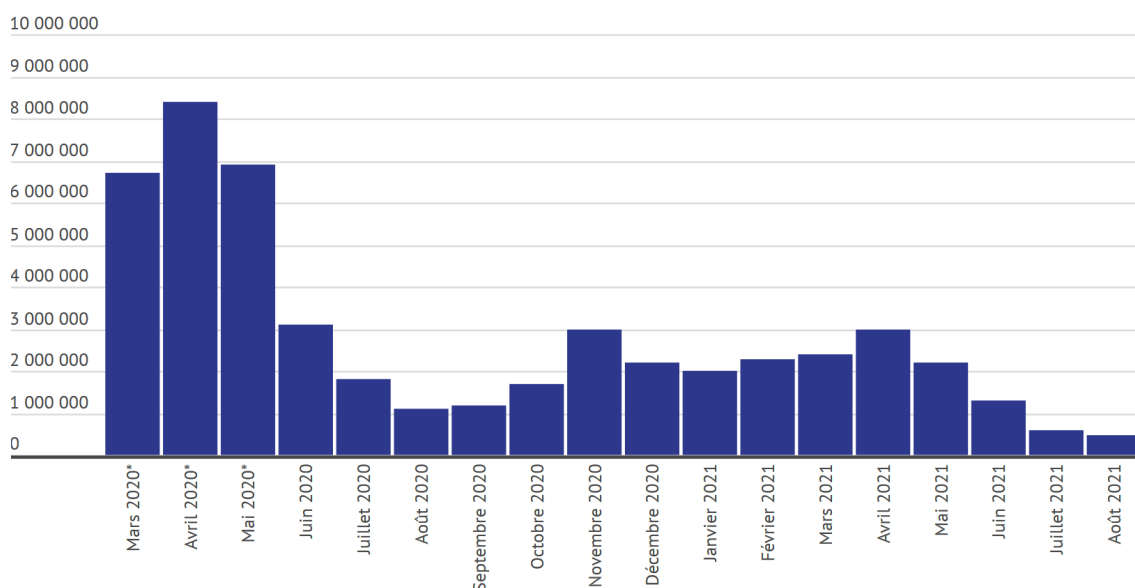
¹ Le vocable usité jusqu'en 2013 était « chômage partiel ».

² Article L. 5122-1 du code du travail.

³ Articles L. 136-8 du code de la sécurité sociale et L. 5122-4 du code du travail.

⁴ DARES, Le chômage partiel, 29 septembre 2021.

Nombre de salariés placés en activité partielle depuis le début de la crise sanitaire



Source : DARES, *Le chômage partiel*, 29 septembre 2021

L'employeur peut verser une indemnité complémentaire à cette indemnité d'activité partielle, en application d'un accord collectif ou d'une décision unilatérale de l'employeur. Elle constitue normalement un revenu d'activité qui, en application de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, est assujéti à la CSG au taux normal de 9,2 % auquel s'ajoute la contribution au remboursement de la dette sociale, de 0,5 %. L'article 11 de l'ordonnance n° 2020-346 du 27 mars 2020 a introduit une dérogation à cette règle d'assujéttissement, en disposant que les indemnités complémentaires versées par l'employeur étaient assujétties à la CSG au taux de 6,2 %.

Par dérogation à l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, le premier alinéa du IV de l'article 8 de la LFSS pour 2021 prolonge ces dispositions et prévoit que **les indemnités complémentaires dues par l'employeur au titre des périodes d'emploi de l'année 2021 sont assujétties aux prélèvements sociaux sur les revenus de remplacement dans les mêmes conditions que les indemnités légales, soit à un taux de CSG de 6,2 %**. Aux termes du second alinéa de ce même IV, lorsque la somme de l'indemnité légale d'activité partielle et de l'indemnité complémentaire est supérieure à 3,15 fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance (SMIC), la part de l'indemnité complémentaire versée au-delà de ce montant est soumise aux contributions et cotisations sociales applicables aux revenus d'activités (en particulier 9,2 % pour la CSG).

B. La prolongation de ce régime dérogatoire : une stabilité pour les bénéficiaires et un impact incertain pour les finances publiques

Le présent article, introduit par amendement par l'ensemble des députés du groupe LREM, vise à prolonger l'application de la dérogation visée au premier alinéa du IV pour les indemnités complémentaires dues par l'employeur pour les périodes d'emploi de l'année 2022. Celles-ci seraient donc toujours assujetties à la CSG selon un taux de 6,2 %, au lieu du taux normal de 9,2 % auquel elles seraient soumises en l'absence d'une telle mesure. Il s'en déduirait donc une **stabilité des règles d'assujettissement** des indemnités d'activité partielle en 2022.

Ce dispositif est à mettre en rapport avec les **incertitudes liées à la situation sanitaire et économique en 2022**. Son impact sur les revenus perçus par les personnes en situation d'activité partielle et percevant ces indemnités complémentaires serait positif, mais il lui serait associé un **manque à gagner pour les finances publiques**. Celui-ci **devrait légèrement augmenter en 2022**, en particulier si l'on considère qu'il existe une corrélation entre chômage et activité partielle. L'Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE) prévoit ainsi un taux de chômage qui remonterait à 8 % en 2022, après les 7,8 % atteints fin 2021¹.

Il faut toutefois noter que l'intérêt et l'utilité d'un tel dispositif augmentent justement en fonction de la dégradation de l'activité économique.

II - La position de la commission: l'adoption d'un dispositif permettant une stabilité des règles applicables

De la même façon que la commission l'avait exprimé à l'occasion de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, la stabilité en 2022 des règles applicables depuis mars 2020 apparaît pertinente dans un souci de lisibilité du droit.

Les incertitudes économiques entourant la reprise au cours de l'année 2022 justifient par ailleurs la prolongation des règles applicables aux indemnités complémentaires en cas d'activité partielle, assujetties dans des conditions aussi avantageuses que les indemnités légales.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

¹ OFCE, *La vague espérée de la reprise. Perspectives 2021-2022 pour l'économie française*, 14 octobre 2021.

Article 12

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

Cet article propose que la participation des employeurs publics à la protection sociale complémentaire de leurs agents bénéficie, dans certaines conditions, des mêmes avantages sociaux et fiscaux que la participation des employeurs privés.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Les modalités de participation des employeurs publics à la protection sociale complémentaire de leurs agents résultant de l'ordonnance du 17 février 2021

1. La volonté de mettre fin à d'importantes différences entre les agents publics

Si une très forte proportion (98 %) des agents publics sont couverts par un contrat de protection sociale complémentaire en matière de santé, **les modalités de participation de leur employeur à cette couverture présentent d'importantes disparités**, à la différence du secteur privé.

En effet, l'article 22 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires¹ **permet aux employeurs publics (sans en faire une obligation) de contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent**. Il est à souligner que ce même article précise que **la participation des personnes publiques est réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités**.

Il résulte de ce dispositif relativement souple **d'importantes disparités quant à la participation des différents employeurs publics**. Ainsi :

- pour la fonction publique d'État, l'employeur sélectionne pour sept ans un ou plusieurs organismes à qui il verse directement une aide financière, moyennant une baisse de cotisation au bénéfice des agents correspondant à l'aide versée. L'adhésion des agents de l'État aux contrats est facultative ;

¹ Cet article a été créé par la loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique.

- dans la fonction publique territoriale, les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent contribuer au financement de la protection complémentaire selon les mêmes modalités que l'État. Elles peuvent également aider leurs agents qui ont conclu un contrat labellisé « solidaire » en versant une aide financière soit directement à l'agent, soit à l'organisme complémentaire qui la répercute sur les primes payées par l'agent ;

- dans la fonction publique hospitalière, ces dispositions ne sont tout simplement pas appliquées, les employeurs prenant néanmoins en charge une partie des besoins relevant habituellement de la protection complémentaire – par exemple au travers d'une prise en charge directe des soins administrés au sein de l'établissement employeur.

Dans le but de mieux harmoniser le système, l'article 40 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique a habilité le Gouvernement à prendre par ordonnance des mesures à caractère législatif afin de « *redéfinir la participation des employeurs [des trois fonctions publiques]¹ au financement des garanties de protection sociale complémentaire de leurs personnels ainsi que les conditions d'adhésion ou de souscription de ces derniers, pour favoriser leur couverture sociale complémentaire* ».

L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique a traduit ces principes en instaurant, d'une part, **un régime transitoire de participation dès 2022 pour les agents de l'État** et, d'autre part, **un régime pérenne applicable aux trois fonctions publiques, dont la mise en place s'effectuera de manière échelonnée entre le 1^{er} janvier 2024 et le 1^{er} janvier 2026.**

2. La mise en place d'un régime transitoire pour la fonction publique d'État dès 2022

En premier lieu, l'ordonnance a mis en place un dispositif pour les employeurs de la fonction publique d'État. Ainsi, dès le 1^{er} janvier 2022 et jusqu'à la mise en place du dispositif de participation pérenne, **ces employeurs rembourseront une partie des cotisations de protection sociale complémentaire santé** payées par leurs personnels civils et militaires.

Le montant de ce remboursement a été fixé à **15 euros par mois**².

¹ Il s'agit de la fonction publique d'État, des collectivités territoriales et hospitalière.

² Décret n° 2021-1164 du 8 septembre 2021.

3. Une application du régime pérenne de participation des employeurs échelonnée entre 2024 et 2026 pour les trois fonctions publiques

En second lieu, l'ordonnance a réécrit l'article 22 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 et, pour le personnel militaire, l'article L. 4123-3 du code de la défense, afin de modifier, de manière pérenne, les modalités de participation des employeurs à la protection sociale complémentaire de leurs agents dans les trois fonctions publiques.

En application de ce nouveau dispositif, **l'employeur public devra participer, de manière obligatoire, à hauteur d'au moins 50 % du financement des garanties minimales** définies à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, à l'instar des obligations des employeurs du secteur privé.

Un accord collectif pourra prévoir la conclusion par l'employeur d'un contrat ou d'un règlement collectif pour la couverture complémentaire santé¹.

Les contrats eux-mêmes pourront présenter ont un caractère collectif ou individuel.

En cas de conclusion d'un **contrat collectif**, un accord valide au sens de l'article 8 *quater* de la loi n° 83-683 **précitée peut prévoir une adhésion obligatoire** des agents. Selon les éléments transmis à la rapporteure générale, cette formule du **contrat collectif obligatoire (CCO)** est celle que privilégie le Gouvernement du fait de son caractère mutualiste et solidaire renforcé. Les avantages fiscaux et sociaux du présent article seront réservés aux participations des employeurs publics à l'adhésion à de tels contrats.

Néanmoins, l'ordonnance prévoit qu'il sera possible de conclure un contrat individuel entre l'agent et l'organisme complémentaire parmi les contrats sélectionnés par l'employeur dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence. En l'absence d'accord prévoyant l'adhésion obligatoire des agents, ces derniers sont libres de choisir ou non les contrats sélectionnés par l'employeur.

Ce dispositif pérenne s'appliquera :

- dès le 1^{er} janvier 2022 pour les employeurs qui participent déjà au financement de la protection complémentaire de leur salarié, à l'expiration des conventions ;
- à partir du 1^{er} janvier 2024 pour tous les employeurs publics relevant de l'État ou du régime des militaires ;
- et à compter du 1^{er} janvier 2026, pour les employeurs de la fonction publique territoriale¹ et hospitalière.

¹ La participation des employeurs est, en revanche, facultative, pour l'éventuelle part « prévoyance » de tels contrats, sauf pour les collectivités territoriales.

B. L'alignement, par le présent article, du régime social et fiscal de cette participation sur le régime dont bénéficie le secteur privé

Afin de compléter les dispositions de l'ordonnance du 13 février 2021 précitée, le présent article propose d'aligner le régime fiscal et social de la participation des employeurs publics à la couverture complémentaire santé de leurs agents sur celui dont bénéficie déjà la participation obligatoire des employeurs du secteur privé, dans le cas où l'adhésion intervient dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire.

1. La déduction de la participation des employeurs publics du revenu imposable des agents

Dans cette logique, le **I du présent article** propose de compléter le 1^o *quater* de l'article 83 du code général des impôts afin que **les cotisations versées par les employeurs publics et leurs agents à un CCO soient déduites du revenu imposable des agents**, dans les mêmes conditions et limites que pour le secteur privé.

Cela signifie, en particulier, que les cotisations ou les primes à la charge de l'employeur ne seraient déductibles que si elles correspondent à des garanties autres que celles portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

À l'inverse, les cotisations à la charge de l'employeur correspondant à des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident seraient ajoutées à la rémunération prise en compte pour la détermination des bases d'imposition.

2. L'exclusion de la participation des employeurs publics de l'assiette des cotisations sociales

De même, il est proposé de compléter l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale afin **d'exclure la participation des employeurs publics à la protection complémentaire au titre d'un CCO de l'assiette des cotisations sociales**, pour les agents affiliés au régime général (1^o du II du présent article). Il s'agit donc des contractuels de la fonction publique ainsi que des fonctionnaires territoriaux à temps partiel travaillant moins de 28 heures par semaine.

Il est à préciser que la situation des agents relevant de régimes spéciaux, à commencer par les fonctionnaires, sera traitée dans le même sens par la voie réglementaire.

¹ Toutefois, les dispositions relatives à la participation des employeurs au sein des collectivités territoriales au financement des contrats relatifs à la prévoyance s'appliqueront dès le 1^{er} janvier 2025.

De plus, le **III du présent article** propose que le remboursement par les employeurs publics de l'État d'une partie des cotisations à une complémentaire santé, dans le cadre du dispositif transitoire, sera exonéré de cotisations sociales.

3. L'application du forfait social à taux réduit sur cet avantage

Aux termes des **2° et 3° du II** du présent article, qui proposent de compléter à cette fin les articles L. 137-15 et L. 137-16 du code de la sécurité sociale, **cette participation des employeurs publics à la protection complémentaire au titre d'un CCO** (dans le cadre du dispositif pérenne) :

- se verrait appliquer le **forfait social au taux réduit de 8 %** dans le cas général ;

- serait **exonérée du forfait social si l'employeur public compte moins de onze employés.**

Il s'agit donc, là aussi, d'un alignement sur les avantages dont bénéficient cette même participation des employeurs dans le secteur privé.

De même, le **III** du présent article précise que le remboursement par les employeurs publics au titre du dispositif transitoire sera soumis au même régime au regard du forfait social.

4. L'impact financier de ces dispositions

Le coût de l'ensemble de ces mesures pour les organismes de sécurité sociale peut être évalué à environ **60 millions d'euros pour ce qui concerne le dispositif transitoire**, et à 230 millions d'euros pour le dispositif pérenne en incluant les régimes complémentaires ou supplémentaires (le coût pour le seul régime général s'établirait à environ 180 millions d'euros).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article, simplement modifié par trois amendements rédactionnels du rapporteur général, Thomas Mesnier.

III - La position de la commission

La commission partage les objectifs poursuivis par le présent article.

En effet, il est opportun d'harmoniser et d'améliorer les dispositions relatives à la prise en charge par les employeurs publics d'une partie du coût de la protection sociale complémentaires de leurs agents. Dans ce cadre, il apparaît légitime de prévoir un alignement du régime fiscal et social de cette participation avec celles du secteur privé.

De même, les avantages dont bénéficient les salariés du privé étant liés à la conclusion d'un contrat collectif obligatoire, qui constitue objectivement la formule permettant la plus grande mutualisation des risques sur une base solidaire, il paraît opportun de réserver les avantages fiscaux et sociaux liés à ces cotisations à des assurances souscrites dans le cadre d'un CCO - formule qui a sans doute vocation à se généraliser à l'avenir.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 12 bis (nouveau)

Suppression de la « surcotisation » des sapeurs-pompiers professionnels sur la prime de feu

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la suppression de la retenue supplémentaire pour pension des sapeurs-pompiers professionnels au titre de la prise en compte de l'indemnité de feu dans le calcul de la pension de retraite.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale : la suppression de la surcotisation des sapeurs-pompiers professionnels au titre de l'indemnité de feu

Depuis le 1^{er} janvier 1991, les sapeurs-pompiers professionnels, affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), bénéficient de la **prise en compte, pour le calcul de leur pension de retraite, d'une indemnité de feu**¹, en reconnaissance des risques que comporte leur profession.

Le bénéfice de la majoration de pension résultant de cette indemnité est subordonné à l'accomplissement d'une durée de services effectifs de dix-sept ans en qualité de sapeur-pompier professionnel et est différée jusqu'à l'âge de 57 ans. Toutefois, les sapeurs-pompiers professionnels radiés des cadres ou mis à la retraite pour invalidité et les ayants droit de sapeurs-pompiers professionnels décédés avant leur admission à la retraite ne se voient pas appliquer ces conditions.

¹ Loi n° 90-1067 du 28 novembre 1990 relative à la fonction publique territoriale et portant modification de certains articles du code des communes, article 17.

Pour les sapeurs-pompiers professionnels n'ayant pas effectué la totalité de leur carrière en cette qualité, **la majoration de la pension de retraite est calculée proportionnellement à la durée des services accomplis en cette qualité**¹.

Avant 2020, le montant de l'indemnité de feu était égal à 19 % du traitement soumis à retenue pour pension, c'est-à-dire à cotisations d'assurance vieillesse². Depuis, **ce taux a été porté à 25 %**³, permettant d'augmenter la rémunération nette des sapeurs-pompiers professionnels de **cent euros par mois en moyenne**.

Afin de **financer l'intégration de l'indemnité de feu dans la pension de retraite des sapeurs-pompiers professionnels qui n'avaient pas versé de cotisations à cet effet depuis le début de leur carrière**, les bénéficiaires de l'indemnité de feu sont **assujettis à une retenue supplémentaire sur la somme de leur traitement indiciaire et de l'indemnité de feu** (« *surcotisation salariale* »)⁴, dont le taux est fixé à 1,8 %⁵.

D'autre part, jusqu'en 2021, les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) étaient redevables d'une contribution supplémentaire sur la somme du traitement indiciaire et de l'indemnité de feu des sapeurs-pompiers professionnels bénéficiaires de cette dernière (« *surcotisation patronale* »)⁶, au taux de 3,6 %, supprimée depuis lors⁷ afin de compenser aux collectivités territoriales le coût de la revalorisation de l'indemnité de feu. Or, **tandis que ce dernier pourrait atteindre 80 millions d'euros par an, la suppression de la contribution supplémentaire des SDIS ne représente qu'une moindre dépense de 44,6 millions d'euros par an**.

¹ Décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, article 18.

² Décret n° 90-850 du 25 septembre 1990 portant dispositions communes à l'ensemble des sapeurs-pompiers professionnels, article 6-3.

³ Décret n° 2020-903 du 24 juillet 2020 portant revalorisation de l'indemnité de feu allouée aux sapeurs-pompiers professionnels, article 1.

⁴ Loi n° 90-1067 du 28 novembre 1990 relative à la fonction publique territoriale et portant modification de certains articles du code des communes, article 17, et décret n° 2007-173 du 7 février 2007 relatif à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, article 3.

⁵ Décret n° 91-613 du 28 juin 1991 fixant les taux des cotisations des divers régimes spéciaux de sécurité sociale, article 5.

⁶ Décret n° 2007-173 du 7 février 2007 relatif à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, article 5.

⁷ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, article 20, décret n° 2021-280 du 12 mars 2021 relatif aux ressources de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, article 1, et décret n° 2020-281 du 12 mars 2021 relatif aux taux des cotisations dues à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, article 1.

La prise en compte de l'indemnité de feu pour le calcul de la pension de retraite des sapeurs-pompiers professionnels devait, à l'origine, être réalisée progressivement du 1^{er} janvier 1991 au 1^{er} janvier 2003. Bien que cette intégration soit désormais complète, les sapeurs-pompiers professionnels sont toujours redevables d'une retenue supplémentaire. **Bien que n'étant plus justifiée, celle-ci représente aujourd'hui en moyenne 50 euros par mois et un produit de 20 millions d'euros par an pour la CNRACL.**

Le présent article, qui résulte d'amendements identiques adoptés par l'Assemblée nationale à l'initiative de son rapporteur général et de députés du groupe La République en Marche, ainsi que des groupes Les Républicains, UDI et Indépendants et Libertés et Territoires, tend donc à **supprimer la retenue supplémentaire pour pension (I)** à compter du 1^{er} janvier 2022 (II) et prévoit que la perte de recettes en résultant pour les organismes de sécurité sociale soit compensée, à due concurrence, par une augmentation des droits de consommation sur les tabacs¹ (III).

II - La position de la commission : une adoption conforme assortie de réserves relatives à la situation financière de la CNRACL

La commission approuve pleinement la suppression de la surcotisation des sapeurs-pompiers professionnels sur l'indemnité de feu, adoptée par le Sénat lors de l'examen du PLFSS pour 2021, et leur renouvelle **son soutien dans l'exercice d'une profession particulièrement difficile, mais indispensable**, au service de tous.

Toutefois, elle rappelle que la suppression de la contribution supplémentaire des SDIS a entraîné une perte de recettes de près de 45 millions d'euros par an pour la CNRACL, sans pour autant compenser la charge des collectivités territoriales, et que **la retenue supplémentaire pour pension représente, pour la caisse, un produit de 22 millions d'euros par an.**

Or, **la situation et les perspectives de celle-ci s'avèrent particulièrement fragiles** et invitent à s'interroger sur la pertinence, sur le plan financier, d'une suppression de recette.

¹ Articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Perspectives d'évolution de la situation financière de la CNRACL

(en millions d'euros)

Année	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Résultat net	- 1 473	- 1 334	- 1 789	- 2 370	- 2 842	- 3 613
Reprise de déficits par la Cades		1 294				
Réserves	- 568	- 609	- 2 398	- 4 767	- 7 610	- 11 223
Impact annuel de la suppression de la retenue supplémentaire pour pension au 1 ^{er} janvier 2022			- 22	- 23	- 24	- 25

Source : Caisse des dépôts et consignations

Malgré ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 12 ter (nouveau)

**Possibilité pour les employeurs éligibles
d'imputer le solde du montant d'aide au paiement sur les cotisations
et contributions sociales dues au titre de l'année 2022**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la possibilité pour les employeurs éligibles d'imputer le solde du montant d'aide au paiement sur les cotisations et contributions sociales dues au titre de l'année 2022.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Les aides au paiement des cotisations et contributions sociales sont applicables à des périodes d'emploi particulières et leurs montants sont imputables aux sommes versées aux organismes de recouvrement

1. Des dispositifs d'aide au paiement s'appliquent pour tenir compte des difficultés économiques et pour accompagner la reprise de l'activité

a) L'aide au paiement de cotisations et contributions sociales pour faire face aux difficultés économiques entraînées par les restrictions sanitaires

L'article 65 n° 2020-035 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 a créé un dispositif d'exonérations de cotisations sociales patronales. Celui-ci était assorti d'une aide au paiement des cotisations, afin

de soulager les entreprises qui ont fait le choix de reporter les cotisations sociales patronales et salariales pendant le premier confinement. Elle équivalait à 20 % des rémunérations versées sur les périodes d'exonération, variables selon le secteur d'activité mais concentrées sur la période du premier confinement.

Ce dispositif d'aide au paiement, de même que l'exonération de cotisations sociales, a été répliqué par l'article 9 de la LFSS pour 2021 pour répondre aux difficultés entraînées par la deuxième vague de la pandémie. Il représentait toujours 20 % de la masse salariale versée au moment où l'entreprise concernée était supposée rencontrer des difficultés particulières liées aux restrictions sanitaires. De fait, les exonérations ainsi que les aides au paiement se sont de fait appliquées de façon différenciée selon que la zone géographique était¹ ou non² touchée par les restrictions localisées avant le 30 octobre, date du deuxième confinement.

L'article 9 de la LFSS pour 2021, qui dispose en son I que l'exonération était « *applicable pour une période maximale de trois mois, et au plus tard pour les périodes d'emploi courant jusqu'au 30 novembre 2020* », prévoit aussi en IX qu' « *un décret peut prolonger les périodes prévues* » dans ce I « *au plus tard jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel l'état d'urgence sanitaire prend fin ou, pour les employeurs pour lesquels l'interdiction d'accueil du public aurait été prolongée au-delà de cette date, jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel l'interdiction d'accueil du public prend fin* ». Plusieurs décrets³ ont ainsi prolongé les exonérations et l'aide au paiement jusqu'au 31 juillet 2021. C'est à la masse salariale versée lors de ces périodes que s'applique le taux de 20 % utilisé pour déterminer le montant de l'aide au paiement des cotisations et contributions sociales.

Ce dispositif visait les entreprises de moins de 250 salariés particulièrement affectées par les conséquences économiques et financières de la propagation de la covid-19, et dont l'activité principale relève des secteurs du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, du sport, de la culture et de l'événementiel (liste S1) et des secteurs connexes (liste S1 bis). Parmi ces entreprises, le dispositif vise celles qui ont fait l'objet d'une mesure de restriction d'accueil du public ou qui ont observé une baisse d'au moins 50 % de leur chiffre d'affaires par rapport à la même période de l'année précédente. En dehors de ces secteurs, les entreprises de moins de 50 salariés qui ont fait l'objet d'une « *interdiction d'accueil du public affectant de manière prépondérante la poursuite de leur activité* » (liste S2) sont également couvertes par le dispositif.

¹ Les exonérations pouvaient alors s'appliquer pour la période d'emploi commençant au 1^{er} septembre 2020.

² Les exonérations pouvaient alors s'appliquer pour la période d'emploi commençant au 1^{er} octobre 2020.

³ Décrets n° 2021-75 du 27 janvier 2021, n° 2021-429 du 12 avril 2021 et n° 2021-709 du 3 juin 2021.

b) Un dispositif supplémentaire mis en place pour accompagner la reprise de l'activité

Dans une logique similaire, une aide au paiement des cotisations et contributions sociales a été prévue par l'article 25 de la loi n° 2021-953 du 19 juillet 2021 de finances rectificative pour 2021 (LFR pour 2021), au bénéfice des entreprises des secteurs S1 et S1 *bis* dont l'effectif est inférieur à 250 salariés. Toutefois, ici, aucune condition de baisse de chiffre d'affaire n'est prévue - si ce n'est une possibilité de décret pour limiter le bénéfice de l'aide aux entreprises qui ont connu une baisse de chiffre d'affaires antérieurement au mois de juin 2021. Le décret n° 2021-1094 du 19 août 2021 dispose ainsi que le bénéfice de l'aide au paiement est réservé aux employeurs éligibles à l'exonération de cotisations et de contributions sociales prévue par l'article 9 de la LFSS pour 2021 au cours de l'une des périodes d'emploi comprises entre le 1^{er} février et le 30 avril 2021.

Cette aide au paiement, qui représente 15 % de la masse salariale, ne peut être cumulée avec celle prévue à l'article 9 de la LFSS pour 2021. Elle est due au titre de périodes d'emploi définies par décret et pouvant courir jusqu'au 31 août 2021 - mais le IX de l'article 25 a prévu qu'un décret pouvait prolonger ces périodes d'emploi jusqu'au dernier jour de la période d'emploi qui court jusqu'au 31 décembre 2021. Dans les faits, le décret n° 2021-1094 du 19 août 2021 prévoit que les périodes d'emploi en question sont celles courant du 1^{er} mai au 31 juillet 2021.

2. Ces aides sont imputables aux sommes recouvrées par certains organismes de recouvrement et par Pôle emploi

L'employeur éligible doit calculer et déclarer les aides en déclaration sociale nominative¹. Ces aides, qui constituent finalement un crédit de cotisations utilisable dans le cadre d'un report de cotisations, ont vocation à s'appliquer à l'ensemble des sommes recouvrées par les unions de recouvrement des cotisations sociales et d'allocations familiales (Urssaf), les caisses générales de la sécurité sociale, les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) et Pôle emploi, au titre des années 2020 et 2021, pour l'aide visée par l'article 9 de la LFSS pour 2021, et au titre de l'année 2021, pour celle visée par l'article 25 de la LFR pour 2021.

Il faut bien distinguer la période d'emploi sur la base de laquelle l'aide au paiement est due, de celle lors de laquelle l'aide s'applique aux sommes recouvrées par les organismes susmentionnés.

¹ Via le code type de personnel (CTP) 051.

B. La prolongation de l'imputation du montant d'aide au paiement pour les cotisations et contributions sociales dues au titre de l'année 2022

Le I du présent article vise à prolonger la période au titre de laquelle l'aide au paiement prévue par l'article 9 de la LFSS pour 2021 est imputable aux sommes recouvrées par les organismes de recouvrement susmentionnés et Pôle emploi.

Le II du présent article procède de même pour l'aide au paiement prévue par l'article 25 de la LFR pour 2021.

Le rapporteur général de l'Assemblée nationale, qui a déposé cet amendement portant article additionnel, le justifie par la lenteur de la reprise de l'activité dans certains secteurs et par le prolongement de mesures d'interdiction d'accueil du public, notamment en outre-mer.

Ces aides, qui sont assimilables à des mesures de réduction de cotisation, donnent lieu à une compensation intégrale par l'État au budget des organismes de sécurité sociale.

Il est particulièrement dommageable qu'une telle mesure ne bénéficie pas d'une étude d'impact financier, tant celui-ci devrait être conséquent. Pour une part, il s'agit de l'étalement de sommes déjà budgétées par la possibilité d'imputer en 2022 les aides au paiement afférentes à des périodes de baisse d'activité précédentes. À titre de comparaison, les aides au paiement ont représenté 1,8 milliard d'euros pour les périodes d'emploi de janvier à avril 2021. Le coût en 2021 des aides au paiement de cotisations se rapportant aux périodes d'emploi de septembre à décembre 2020 s'élèverait à 1,2 milliard d'euros¹. Il paraît raisonnable d'envisager un montant comparable pour le coût en 2022 des aides au paiement de cotisations se rapportant aux périodes d'emploi de janvier à juillet 2021.

Pour une autre part, il s'agira de montants réservés aux rares secteurs encore frappés par des mesures d'interdiction d'accueil du public en 2022.

II - La position de la commission: l'adoption d'un dispositif permettant un maintien du soutien à la reprise d'activité

Si la commission déplore l'introduction de cette disposition au niveau de la discussion du PLFSS à l'Assemblée nationale, qui nécessite de passer par des approximations pour estimer l'impact financier de la mesure, elle estime qu'elle irait dans le sens d'une adaptation aux contraintes rencontrées par chaque secteur et d'un soutien réaffirmé à la reprise de l'activité.

¹ Annexe 4 du PLFSS pour 2022, page 19.

La disposition serait également source de sûreté pour les entreprises qui n'ont pas encore imputé ces aides au paiement sur les cotisations versées en 2022.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

CHAPITRE II

AMÉLIORER LES DROITS SOCIAUX DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

Article 13

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

Cet article tend à reporter à fin 2023 la fin de l'expérimentation de la modulation en temps réel par les travailleurs indépendants des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables, à supprimer la majoration de retard prévue en cas d'erreur d'estimation du revenu et à adapter la délivrance des attestations de vigilance à la situation des travailleurs indépendants débutant leur activité.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé : la prolongation de l'expérimentation de la modulation en temps réel des cotisations sociales des travailleurs indépendants et la suppression des majorations de retard en cas d'erreur d'estimation du revenu

A. Le renforcement de la contemporanéité du versement des cotisations sociales des travailleurs indépendants doit permettre d'adapter les prélèvements aux fluctuations de leurs revenus

Les cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants sont calculées, à titre provisionnel, **sur la base du revenu d'activité de l'avant-dernière année**. Lorsque le revenu d'activité de la dernière année écoulée est définitivement connu, **les cotisations provisionnelles sont recalculées** sur la base de ce revenu¹ et font l'objet d'une **régularisation**².

¹ Chiffre d'affaires diminué des charges supportées dans le cadre de l'activité professionnelle (article L. 131-6 du code de la sécurité sociale).

² Article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale.

Il n'en va pas de même des cotisations dues par les micro-entrepreneurs¹, calculées sur le chiffre d'affaires et non sur le revenu réel. Ce calcul étant moins complexe que celui du revenu net des charges professionnelles, les cotisations versées par les micro-entrepreneurs sont définitivement calculées pendant l'année au titre de laquelle elles sont dues et **ne font pas l'objet d'une régularisation a posteriori**.

Dans une logique d'amélioration de la lisibilité du recouvrement pour les redevables et d'adaptation aux évolutions de leurs revenus dans le temps, plusieurs mesures ont été prises au cours des dernières années :

- depuis 2012², sur demande du cotisant, les cotisations provisionnelles peuvent être **calculées sur la base du revenu estimé de l'année en cours**³. Lorsque le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par le cotisant, **une majoration de retard est appliquée** sur la différence entre les cotisations provisionnelles calculées dans les conditions de droit commun et les cotisations provisionnelles calculées sur la base des revenus estimés, sauf si les éléments en la possession du cotisant au moment de sa demande justifiaient son estimation. Le taux de cette majoration est de 5 % lorsque le revenu définitif est inférieur ou égal à 1,5 fois le revenu estimé et de 10 % lorsque le revenu définitif est supérieur à 1,5 fois le revenu estimé⁴.

Dans les faits, **la majoration de retard n'a jamais été appliquée par les Urssaf**. D'après l'étude d'impact, environ 160 000 cotisants recourent chaque année à cette option ;

- depuis 2015⁵, les travailleurs indépendants peuvent **ajuster leurs cotisations provisionnelles pour la période restant à courir de l'année sur la base du revenu de l'année précédente** dès qu'ils le connaissent⁶, de façon à anticiper la date de la régularisation ;

- depuis 2020⁷, les modalités de calcul des cotisations sociales dues par les travailleurs indépendants sont clarifiées, tandis que l'Acoss a élaboré **un simulateur permettant aux travailleurs indépendants de calculer en temps réel le montant des cotisations sociales dont ils sont redevables** en fonction de leur revenu et les aidant à remplir leur déclaration sociale et fiscale de revenus unifiée (DSFU)⁸.

¹ Article L. 613-7 du code de la sécurité sociale.

² Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

³ Article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article D. 131-3 du code de la sécurité sociale.

⁵ Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

⁶ Article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale.

⁷ Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

⁸ Article L. 131-6 du code de la sécurité sociale.

Afin de renforcer la contemporanéité des prélèvements, le législateur a approuvé, en 2017¹, **l'expérimentation de la modulation en temps réel des cotisations sociales des travailleurs indépendants**.

Ainsi, jusqu'au 30 juin 2019, les Urssaf pouvaient proposer à des travailleurs indépendants d'acquitter leurs cotisations et contributions provisionnelles sur une base mensuelle ou trimestrielle **établie à partir des informations communiquées par ces travailleurs en fonction de leur activité ou de leurs revenus**.

Ouvert au 1^{er} janvier 2019, le téléservice dédié permet aux cotisants éligibles, à savoir les travailleurs indépendants volontaires des Urssaf d'Île-de-France et de Languedoc-Roussillon, à l'exclusion des micro-entrepreneurs, des conjoints collaborateurs et des professionnels libéraux², d'ajuster leurs prélèvements au niveau réel de leur activité. La date de fin de l'expérimentation a ensuite été repoussée au 31 décembre 2019³, puis au 31 décembre 2020⁴ et enfin au 31 décembre 2021⁵, le dispositif étant généralisé à l'ensemble des Urssaf en 2021.

Or, du fait de la crise sanitaire, les activités de recouvrement ont été interrompues, perturbant la mise en œuvre de l'expérimentation. Le Gouvernement estime donc aujourd'hui nécessaire de **prolonger le cadre expérimental** et de **l'élargir à l'ensemble des travailleurs indépendants**, y compris aux professionnels libéraux.

Par ailleurs, la majoration de retard prévue dans le cas où le revenu définitif du travailleur indépendant est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par le cotisant lorsque celui-ci choisit de calculer ses cotisations provisionnelles sur la base du revenu estimé de l'année en cours s'avère dissuasive, bien que l'Acoss ne l'ait jamais appliquée. **Sa suppression favoriserait le recours à cette option**.

Les modalités de délivrance des attestations de vigilance devraient également être adaptées à la situation des travailleurs indépendants ayant débuté leur activité il y a moins de trois mois.

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

² Décret n° 2018-533 du 27 juin 2018 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation prévue au XVII de l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

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

⁴ Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

⁵ Décret n° 2021-849 du 29 juin 2021 relatif aux conditions de transmission par l'organisme chargé du recouvrement au travailleur indépendant des modalités de calcul des cotisations et contributions sociales.

Les attestations de vigilance

Le code de la sécurité sociale prévoit qu'une entreprise ayant recours à un sous-traitant dans le cadre d'un contrat d'un montant au moins égal à 5 000 euros hors taxe¹, doit vérifier, lors de la conclusion du contrat et périodiquement jusqu'à la fin de son exécution, que son cocontractant est à jour de ses obligations de déclaration et de paiement auprès des Urssaf, des CGSS ou des caisses de MSA².

Une attestation est délivrée à cet effet dès lors que la personne acquitte les cotisations et contributions dues à leur date d'exigibilité et, le cas échéant, qu'elle a souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations et contributions restant dues ou conteste leur montant par recours contentieux, à l'exception des recours faisant suite à une verbalisation pour travail dissimulé.

L'attestation est sécurisée par un dispositif d'authentification délivré par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales, le donneur d'ordre vérifiant l'exactitude des informations figurant dans l'attestation transmise par son cocontractant par voie dématérialisée ou sur demande directement auprès de cet organisme au moyen d'un numéro de sécurité³.

Toute entreprise qui méconnaîtrait cette obligation serait tenue solidairement avec le cocontractant ayant fait l'objet d'un procès-verbal pour délit de travail dissimulé au paiement des impôts, taxes et cotisations obligatoires et des pénalités et majorations dus par celui-ci au Trésor ou aux organismes de protection sociale, au remboursement des aides publiques dont il a bénéficié et au paiement des rémunérations, indemnités et charges dues par lui à raison de l'emploi de salariés non déclarés⁴.

En effet, dans le cas des travailleurs indépendants débutant leur activité, la première exigibilité des cotisations et contributions provisionnelles ne peut intervenir moins de 90 jours après le début de l'activité⁵. Or, l'attestation de vigilance n'est délivrée que lorsque le travailleur acquitte les cotisations et contributions dues à leur date d'exigibilité. Aussi les travailleurs indépendants en début d'activité souhaitant contracter avec un donneur d'ordre ne peuvent-ils pas **satisfaire à l'exigence de vigilance** à laquelle ce dernier est soumis.

¹ Article R. 8222-1 du code du travail.

² Article L. 243-15 du code de la sécurité sociale.

³ Article D. 243-15 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 8222-2 du code du travail.

⁵ Article R. 613-4 du code de la sécurité sociale.

B. Le PLFSS pour 2022 prolonge l'expérimentation de l'auto-liquidation des cotisations sociales des travailleurs indépendants, supprime la majoration de retard en cas d'erreur d'estimation du revenu et prévoit la délivrance d'une attestation de vigilance aux travailleurs débutant leur activité

• Le I modifie l'article L. 243-15 du code de la sécurité sociale en vue d'adapter les modalités de délivrance des attestations de vigilance aux travailleurs indépendants :

- en ajoutant, parmi les conditions requises pour leur obtention, la déclaration par le travailleur de ses revenus d'activité en sus de l'acquittement des cotisations et contributions dues à leur date d'exigibilité (1°) ;

- en prévoyant qu'**une attestation provisoire est délivrée pour les travailleurs indépendants débutant leur activité** et non encore tenus de déclarer ou de payer des cotisations sociales, **dès lors que l'activité a été régulièrement déclarée et que l'ensemble des formalités et procédures afférentes à la création d'activité ont été respectées**, cette attestation n'étant valide que pour la période courant jusqu'à la première échéance déclarative ou de paiement à laquelle le travailleur est soumis (2°).

• Le II **supprime la majoration de retard** prévue à l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale lorsque, dans le cadre de l'option pour le calcul des cotisations provisionnelles sur la base du revenu de l'année en cours, le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par le cotisant.

• Le III modifie le XVII de l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 de façon à :

- **reporter la fin de l'expérimentation de la modulation en temps réel** par les travailleurs indépendants des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables du 31 décembre 2020 **au 31 décembre 2023** (1°) ;

- **étendre l'expérimentation aux professionnels libéraux et aux conjoints collaborateurs**, à l'exclusion des micro-entrepreneurs et des médecins remplaçants et étudiants en médecine ayant opté, dans le cadre du régime simplifié des professions médicales (RSPM)¹, pour un taux de cotisations global et le calcul mensuel ou trimestriel de l'ensemble des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables (1°) ;

- préciser que l'expérimentation sera applicable aux professionnels libéraux éligibles à compter du 1^{er} janvier 2023 (2°) ;

- prévoir explicitement **la mise en place par les Urssaf d'un téléservice** permettant aux travailleurs indépendants concernés par l'expérimentation de déclarer leurs revenus mensuels ou trimestriels et de payer les cotisations et contributions provisionnelles qui en découlent (2°) ;

¹ Article L. 642-4-2 du code de la sécurité sociale.

- exclure du champ du dispositif de modulation en temps réel des cotisations et contributions dues (2°) :

➤ certaines des cotisations dues par les professionnels libéraux et **recouvrées par la section professionnelle compétente de la CNAVPL** (à l'exception de la CIPAV, dont le recouvrement des cotisations doit, aux termes de l'article 10 du PLFSS pour 2022, être transféré aux Urssaf à compter du 1^{er} janvier 2023), à savoir les cotisations d'assurance vieillesse de base¹ et complémentaire² et la cotisation forfaitaire au régime de prestations complémentaires de vieillesse³ des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés⁴ ;

➤ certaines des cotisations dues par les avocats et **recouvrées par la Caisse nationale des barreaux français (CNBF)**, à savoir les cotisations d'assurance-vieillesse complémentaire⁵.

- reporter du 30 septembre 2020 au 30 septembre 2022 la date limite de remise au Parlement d'un rapport intermédiaire d'évaluation, celui-ci n'ayant pas pu être établi à la date prévue en raison des conséquences de la crise sanitaire sur le déroulement de l'expérimentation (4°) ;

- supprimer la mention de la non-applicabilité aux cotisations et contributions dues au titre des exercices 2018, 2019 ou 2020 de la majoration de retard prévue lorsque le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par le cotisant (5°).

• Le IV permet d'**inclure dans les plans d'apurement conclus entre les travailleurs indépendants et les Urssaf⁶ les dettes constatées au 31 décembre 2021, et non plus seulement au 30 septembre 2021.**

• Le V prévoit la possibilité, pour les sections professionnelles de la CNAVPL, de déléguer par convention aux Urssaf le calcul et l'encaissement des cotisations d'assurance vieillesse de base et complémentaire et invalidité-décès des professionnels libéraux micro-entrepreneurs, mais également des **médecins remplaçants et étudiants en médecine ayant opté pour le régime simplifié des professions médicales.**

¹ Article L. 642-1 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 644-1 du code de la sécurité sociale.

³ Les régimes de prestations complémentaires de vieillesse (PCV) sont des régimes de retraite « sur-complémentaires » dont les cotisations sont partiellement prises en charge par l'assurance maladie pour les professionnels de santé exerçant dans un cadre conventionnel. Ils ont été rendus obligatoires pour les médecins en 1972, pour les auxiliaires médicaux en 1975, pour les chirurgiens-dentistes en 1978, pour les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins en 1981 et pour les sages-femmes en 1984.

⁴ Article L. 645-2 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L. 654-2 du code de la sécurité sociale.

⁶ Loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020, article 65.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale : le report à 2023 de l'unification des déclarations sociales et fiscales des non-salariés agricoles

L'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement visant à repousser de 2022 à 2023 l'unification des déclarations sociales et fiscales des travailleurs non-salariés agricoles.

L'unification des déclarations sociales et fiscales des travailleurs indépendants

Depuis 2021, la déclaration sociale des revenus professionnels des travailleurs indépendants non-agricoles (DSI¹) est fusionnée avec leur déclaration de revenus au sein de la **déclaration sociale et fiscale des revenus unifiée** (DSFU)². Sur cette base, les Urssaf reçoivent de l'administration fiscale les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions sociales dues³.

Cette unification devait intervenir à compter de 2022 dans les cas des travailleurs indépendants agricoles⁴, qui dépendant des caisses de Mutualité sociale agricole (MSA).

En effet, l'entrée en vigueur de cette réforme pour les indépendants non-agricoles a permis d'identifier des **difficultés dues à la mise en place des nouveaux circuits de recouvrement**, qui nécessitent des travaux complémentaires avant la campagne de recouvrement de l'an prochain. En outre, les caisses de MSA ont été concernées par les dispositifs de reports de paiement des cotisations sociales durant la crise sanitaire et doivent désormais accompagner les entreprises concernées en vue de la **mise en œuvre des plans d'apurement** conclus avec elles. Ces circonstances ne permettent donc pas d'envisager sereinement l'unification des déclarations sociales et fiscales des indépendants agricoles dès 2022.

L'amendement ainsi adopté reporte également d'un an, à 2023, l'unification des déclarations sociales et fiscales des travailleurs indépendants de Saint-Barthélemy, dont les cotisations et contributions sociales sont recouvrées par les caisses de MSA.

¹ Déclaration sociale des indépendants.

² Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, article 19.

³ Article L. 613-2 du code de la sécurité sociale.

⁴ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, article 25.

Ont également été adoptés, à l'initiative du rapporteur général, quatre amendements rédactionnels, ainsi qu'un amendement permettant **d'inclure dans les plans d'apurement conclus entre les travailleurs non-salariés agricoles et les caisses de MSA¹ les dettes constatées au 31 décembre 2021**, et non plus seulement au 30 avril 2021, au même titre qu'en ce qui concerne, aux termes du présent article, les travailleurs indépendants.

III - La position de la commission : une mesure permettant d'améliorer la prise en compte des variations des revenus des travailleurs indépendants

La commission approuve l'effort de contemporanéisation du paiement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants afin de **renforcer la lisibilité du système de recouvrement** et de permettre à ces travailleurs **d'adapter leurs versements aux fluctuations de leurs revenus**, évitant ainsi des régularisations trop importantes *a posteriori*.

Sur proposition de la rapporteure générale, elle a adopté l'amendement rédactionnel n° 134, ainsi qu'un amendement n° 135 permettant de **corriger des erreurs matérielles**, à savoir l'omission, parmi les cotisations exclues du champ du dispositif de modulation en temps réel car non recouvrées par les Urssaf et les CGSS, de plusieurs cotisations recouvrées auprès des professionnels libéraux par les sections professionnelles de la CNAVPL et auprès des avocats par la CNBF, à savoir :

- les cotisations invalidité-décès des professions libérales² ;
- la cotisation proportionnelle au régime de prestations complémentaires de vieillesse des médecins et auxiliaires médicaux conventionnés³ ;
- les cotisations d'assurance vieillesse de base des avocats⁴ ;
- les cotisations invalidité-décès des avocats⁵ ;
- les droits de plaidoirie et de la contribution équivalente des avocats dont la plaidoirie n'est pas l'activité principale, dus au titre de la retraite de base des avocats⁶ ;

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

¹ Loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020, article 65.

² Article L. 644-2 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 645-2-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 652-7 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L. 652-9 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article L. 652-6 du code de la sécurité sociale.

Article 13 bis (nouveau)

Suppression de la majoration de 10 % sur l'insuffisance des versements par appels provisionnels ou mensuels appliquée par les caisses de MSA

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à supprimer la majoration de retard appliquée par les caisses de mutualité sociale agricole sur le montant des cotisations restant dues par les travailleurs non-salariés agricoles en cas d'erreur d'estimation de leurs revenus professionnels.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale : la suppression de la majoration de retard des non-salariés agricoles en cas d'erreur d'estimation de leur revenu

Les cotisations sociales dont sont redevables les travailleurs non salariés agricoles¹ sont calculées sur la base de la moyenne des revenus des trois années précédant celle au titre de laquelle ces cotisations sont dues² ou, sur option, sur la base des revenus de l'année précédente³.

Depuis 2005⁴, les travailleurs non-salariés agricoles peuvent, lorsqu'ils estiment que les revenus professionnels pris en compte pour le calcul de leurs cotisations sociales subissent une variation, demander à leur caisse de mutualité sociale agricole (MSA) que lesdites cotisations soient calculées, au titre des appels fractionnés ou des versements mensuels, **sur la base des revenus intégrant cette variation dès le début de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues**, sans attendre la déclaration des revenus professionnels au second semestre⁵.

Lorsque les revenus définitifs de l'année sont supérieurs de plus d'un tiers aux revenus estimés par l'intéressé, une majoration de retard de 10 % est appliquée sur le montant des cotisations restant dues.

Une remise gracieuse de la majoration de retard peut être accordée par le conseil d'administration de la caisse de MSA ou la commission de recours amiable⁶. Pour en bénéficier, les assurés concernés doivent avoir réglé la totalité des cotisations et contributions sociales qui ont donné lieu à l'application de la majoration de retard et présenter à la caisse de MSA, dans le délai de six mois suivant la date de règlement, une demande écrite précisant les motifs qui les ont conduits à formuler à tort la demande de

¹ Article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime.

² Article L. 731-15 du code rural et de la pêche maritime.

³ Article L. 731-19 du code rural et de la pêche maritime.

⁴ Ordonnance n° 2005-1127 du 8 septembre 2005 relative à diverses mesures de simplification dans le domaine agricole, article 7.

⁵ Article L. 731-22 du code rural et de la pêche maritime.

⁶ Article R. 721-75 du code rural et de la pêche maritime.

prise en compte d'une variation de leurs revenus pour le calcul des cotisations dues¹.

Contrairement aux Urssaf pour les travailleurs indépendants non-agricoles, **la CCMSA applique effectivement la majoration de retard à ses assurés.**

Évolution du nombre d'assurés de la MSA concernés par le dispositif de modulation et la majoration de retard entre 2018 et 2020

Année de cotisations	2018	2019	2020
Assurés bénéficiant du dispositif de modulation	12 642	8 112	10 421
<i>dont assurés auxquels la majoration de retard a été appliquée</i>	223	282	282

Source : Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole

Cette disposition étant jugée susceptible de **dissuader les agriculteurs de recourir à la possibilité d'adapter leurs prélèvements aux fluctuations de leurs revenus**, le présent article, qui résulte d'un amendement adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative du groupe La République en Marche, vise à **supprimer ladite majoration de retard (I)** et prévoit que la perte de recettes en résultant pour les caisses de MSA est compensée, à due concurrence, par une augmentation des droits de consommation sur les tabacs² (II).

Une disposition similaire est prévue à l'article 13 du présent projet de loi en ce qui concerne la majoration de retard prévue en cas d'erreur d'estimation des revenus professionnels des travailleurs indépendants non agricoles³.

II - La position de la commission : une meilleure prise en compte des fluctuations des revenus des travailleurs non salariés agricoles

La commission considère que la mesure proposée contribue à l'amélioration de la lisibilité du système de recouvrement par le **renforcement de la contemporanéisation du paiement des cotisations et contributions sociales.**

Le présent projet de loi prévoit d'ailleurs également la suppression de la majoration de retard applicable aux travailleurs indépendants non-agricoles, qui s'inscrit dans la même logique.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

¹ Arrêté du 18 juillet 2008 fixant les conditions de remise des majorations et pénalités encourues par les ressortissants des régimes de protection sociale agricole, article 2.

² Articles 575 et 575 A du code général des impôts.

³ Article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale.

Article 13 ter (nouveau)

Délai de quatre mois applicable à compter de la demande du cotisant auteur de bénéficiaire du remboursement du trop-perçu

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à fixer un délai maximal de quatre mois pour le remboursement par les Urssaf des cotisations indûment versées par les artistes-auteurs dont l'ensemble des revenus excède le plafond annuel de la sécurité sociale.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale : le remboursement des cotisations indûment versées par les artistes-auteurs sous quatre mois

Les artistes auteurs d'œuvres littéraires, dramatiques, musicales, chorégraphiques, audiovisuelles, cinématographiques, graphiques, plastiques et photographiques originales, bien que non salariés, sont **obligatoirement affiliés au régime général de sécurité sociale**¹.

L'affiliation est prononcée par un organisme agréé², la Maison des Artistes dans le domaine des arts graphiques et plastiques ou **l'Agessa³** dans les autres domaines, placé sous la tutelle du ministère chargé de la sécurité sociale et du ministère de la culture, qui vérifie que l'activité exercée relève du champ du régime de sécurité sociale des artistes-auteurs.

Les revenus des artistes-auteurs sont assujettis à cotisations sociales, à l'exception des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, **dans les mêmes conditions que des salaires**⁴. Ces cotisations sont calculées selon les taux de droit commun.

Depuis 2018, les artistes-auteurs ne sont plus redevables que de cotisations d'assurance vieillesse de base, la cotisation d'assurance maladie (0,75 % des revenus artistiques) ayant été supprimée en compensation de l'augmentation du taux de CSG applicable de 7,5 à 9,2 %⁵. Le résultat de cette opération demeurant défavorable aux artistes-auteurs, **l'État prend en charge, depuis 2020⁶, l'intégralité de la cotisation d'assurance vieillesse de base déplafonnée (0,4 % des revenus artistiques) et 0,75 point du taux de la cotisation plafonnée (6,9 % des revenus artistiques)**, qui s'applique au-delà du montant du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit 41 136 euros en 2021.

¹ Article L. 382-1 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 382-2 du code de la sécurité sociale.

³ Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs.

⁴ Article L. 382-3 du code de la sécurité sociale.

⁵ Loi n° 2017-1836 du 22 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 8.

⁶ Décret n° 2019-422 du 7 mai 2019 instituant des mesures de soutien au pouvoir d'achat des artistes-auteurs, article 3.

Compte tenu des défaillances majeures de l'Agessa en la matière, **le recouvrement des cotisations des artistes-auteurs a été transféré de l'Agessa et de la Maison des Artistes vers l'Urssaf Limousin à compter du 1^{er} janvier 2019¹.**

Or, le rapporteur général de l'Assemblée nationale indique que le « *Printemps de l'évaluation* »² pour 2021 a permis d'identifier, au cours de ce transfert, des dysfonctionnement affectant lourdement les artistes-auteurs et tenant notamment à **des retards très importants de remboursement des cotisations indûment versées.**

Afin de garantir aux intéressés une récupération rapide du trop-perçu, le présent article, issu d'un amendement adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de son rapporteur général, crée un article L. 382-3-2 du code de la sécurité sociale prévoyant que, lorsque l'ensemble des revenus et rémunérations d'un assuré, dont une partie au moins est issue de ses activités d'auteur, est **supérieur au plafond annuel de la sécurité sociale (PASS)³, soit 41 136 euros en 2021, les Urssaf⁴ disposent de quatre mois pour régulariser, à la demande de l'assuré, le montant des cotisations dues et, le cas échéant, lui rembourser les cotisations versées indûment (I).**

Il est prévu que la perte de recettes en résultant pour les organismes de sécurité sociale soit compensée, à due concurrence, par une augmentation des droits de consommation sur les tabacs⁵ (II).

II - La position de la commission : une mesure répondant à l'enjeu de limitation des avances de trésorerie supportées par les assurés

La commission juge **raisonnable le délai de quatre mois** prévu par le présent article et estime que la condition de revenu ainsi fixée est **adaptée aux sommes en jeu.**

Elle a adopté un amendement rédactionnel n° 136 de la rapporteure générale précisant que les revenus pris en compte pour l'attribution de la faculté de demander le remboursement du trop-perçu sous quatre mois sont ceux de l'année considérée.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

¹ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 23.

² Séquence organisée chaque année par l'Assemblée nationale depuis 2018 et au cours de laquelle sont menés des travaux d'évaluation de l'application des lois de finances.

³ Article L. 241-3 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 213-1 du code de la sécurité sociale.

⁵ Articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 13 quater (nouveau)

Remise automatique du précompte aux artistes auteurs

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à prévoir la mise à disposition des artistes-auteurs concernés de la certification de précompte de leurs cotisations par l'Urssaf Limousin.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale : la mise à disposition des artistes-auteurs de leur certificat de précompte par l'Urssaf Limousin

Les artistes auteurs d'œuvres littéraires, dramatiques, musicales, chorégraphiques, audiovisuelles, cinématographiques, graphiques, plastiques et photographiques originales, bien que non salariés, sont **obligatoirement affiliés au régime général de sécurité sociale**¹.

L'affiliation est prononcée par un organisme agréé², la Maison des Artistes dans le domaine des arts graphiques et plastiques ou **l'Agessa³** dans les autres domaines, placé sous la tutelle du ministère chargé de la sécurité sociale et du ministère de la culture, qui vérifie que l'activité exercée relève du champ du régime de sécurité sociale des artistes-auteurs.

Compte tenu des défaillances majeures de l'Agessa en la matière, **le recouvrement des cotisations a été transféré de l'Agessa et de la Maison des Artistes vers l'Urssaf Limousin à compter du 1^{er} janvier 2019⁴.**

Les revenus des artistes-auteurs sont assujettis à cotisations sociales, à l'exception des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, **dans les mêmes conditions que des salaires⁵.** Ces cotisations sont calculées selon les taux de droit commun.

L'assiette de cotisations et les modalités de recouvrement varient selon que les revenus artistiques sont assimilés fiscalement à des bénéficiaires non commerciaux (BNC) ou à des traitements et salaires (TS) :

- dans le cas où ils sont déclarés en TS⁶, l'assiette est constituée du montant brut des droits d'auteur et, depuis 2019⁷, **les cotisations sont précomptées par les EPO** – éditeurs, producteurs et organismes de gestion

¹ Article L. 382-1 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 382-2 du code de la sécurité sociale.

³ Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs.

⁴ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 23.

⁵ Article L. 382-3 du code de la sécurité sociale.

⁶ Seuls les droits d'auteur versés par des EPO sont déclarables comme des traitements et salaires. Toutefois, l'artiste-auteur peut également déclarer en BNC des droits d'auteur versés par des EPO.

⁷ Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, article 20, et décret n° 2018-1185 du 19 décembre 2018 relatif à l'affiliation, au recouvrement des cotisations sociales et à l'ouverture des droits aux prestations sociales des artistes-auteurs, article 4.

collective des droits (OGC)¹, qui les reversent à l'Urssaf Limousin² et remettent à l'artiste-auteur une certification de précompte³ ;

- dans le cas où ces revenus sont déclarés en BNC, l'assiette est constituée du montant des bénéfices majoré de 15 % et **l'artiste-auteur verse directement ses cotisations à l'Urssaf Limousin⁴**, qui lui remet une attestation de dispense de précompte à transmettre aux EPO⁵.

Lorsque leurs revenus artistiques sont inférieurs, au cours d'une année civile, à 900 fois le SMIC horaire (9 432 euros en 2021)⁶, les artistes-auteurs peuvent demander à **cotiser sur une assiette forfaitaire correspondant à ce montant⁷**.

Par ailleurs, les EPO versent une contribution⁸ correspondant aux cotisations patronales au titre des assurances sociales et des prestations familiales⁹. De plus, une contribution annuelle à la formation professionnelle¹⁰ est due par les artistes-auteurs¹¹ et par les EPO¹². Ces deux dernières contributions sont recouvrées par l'Urssaf Limousin de la même façon que les cotisations et contributions sociales¹³.

¹ Sacem, SAIF, SACD, Sofia, SCAM et Adagp.

² Article L. 382-5 du code de la sécurité sociale.

³ Arrêté du 22 février 2019 modifiant l'arrêté du 19 avril 1995 fixant les mentions obligatoires des documents délivrés lors du précompte des cotisations de sécurité sociale sur la rémunération des artistes-auteurs, article 3.

⁴ Article L. 382-5 du code de la sécurité sociale.

⁵ Arrêté du 1^{er} février 2019 modifiant l'arrêté du 17 mars 1995 pris en application de l'article R. 382-27 du code de la sécurité sociale et relatif aux revenus artistiques imposables au titre des bénéfices non commerciaux, article 1^{er}.

⁶ Article D. 382-4 du code de la sécurité sociale.

⁷ Articles L. 382-3-1, R. 382-25 et R. 382-31 du code de la sécurité sociale.

⁸ Cette contribution est calculée selon un barème tenant compte soit du chiffre d'affaires réalisé par les personnes assujetties à raison de la diffusion ou de l'exploitation commerciale des œuvres des artistes, vivants ou morts, auteurs d'œuvres graphiques et plastiques ou de leur rémunération lorsque l'œuvre n'est pas vendue au public, soit des sommes qu'elles versent à titre de droit d'auteur aux artistes ou aux EPO, à l'occasion de la diffusion ou de l'exploitation commerciale des œuvres des artistes, vivants ou morts, auteurs d'œuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques.

⁹ Article L. 382-4 du code de la sécurité sociale.

¹⁰ Article L. 6331-65 du code du travail.

¹¹ 0,35 % de leurs revenus artistiques annuels.

¹² 0,1 % soit du chiffre d'affaires réalisé à raison de la diffusion ou de l'exploitation commerciale des œuvres des artistes, vivants ou morts, auteurs d'œuvres graphiques et plastiques ou de leur rémunération lorsque l'œuvre n'est pas vendue au public, soit des sommes versées à titre de droit d'auteur aux artistes ou aux EPO, à l'occasion de la diffusion ou de l'exploitation commerciale des œuvres des artistes, vivants ou morts, auteurs d'œuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques.

¹³ Article L. 382-5 du code de la sécurité sociale.

Or, bien qu'il s'agisse d'une obligation de niveau réglementaire¹, **les EPO ne délivrent pas systématiquement la certification de précompte** aux assurés, les contraignant à la solliciter et retardant la finalisation de leur déclaration de revenus.

En vue de dispenser les artistes-auteurs de cette charge supplémentaire, le présent article, issu d'un amendement adopté par l'Assemblée nationale sur la proposition de son rapporteur général, **prévoit que l'Urssaf Limousin mette à la disposition des artistes-auteurs le certificat afférent aux cotisations précomptées et reversées par les EPO (I) à compter du 1^{er} janvier 2023 (II).**

II - La position de la commission : une utilité discutable

Bien que la commission soit pleinement consciente des difficultés éprouvées par les artistes-auteurs en matière d'obtention des certificats de précompte auprès des EPO, **elle s'interroge quant à l'utilité de prévoir la délivrance d'un certificat attestant des cotisations reversées à l'Urssaf par l'Urssaf elle-même, à qui un tel document est censé être destiné.**

D'autre part, elle constate, sur le plan légistique, que le dispositif adopté par l'Assemblée nationale peut être interprété comme prévoyant la mise à la disposition des artistes-auteurs, par l'Urssaf Limousin, d'un certificat de précompte de leur seule cotisation à la formation professionnelle et **ne correspond donc pas à l'objectif poursuivi.**

Compte tenu des délais d'examen, un amendement tirant les conséquences de ces observations n'a pu être présenté au stade de l'examen en commission. Toutefois, il pourrait y être remédié en séance publique.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

¹ Articles R. 382-26 et R. 382-27 du code de la sécurité sociale.

Article 13 quinquies (nouveau)
Application de la déclaration sociale nominative à Mayotte

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à rendre obligatoire le recours à la déclaration sociale nominative par les employeurs établis à Mayotte, ainsi que la dématérialisation de la transmission des déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociale et du versement de celles-ci.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale : la mise en œuvre à Mayotte de la déclaration sociale nominative et de la dématérialisation des déclarations sociales et du versement des cotisations et contributions

Ouvert à partir de 2013¹ aux entreprises volontaires, le recours à la **déclaration sociale nominative (DSN)**, qui a remplacé et simplifié la plupart des déclarations sociales², est **obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2017 pour tous les employeurs du secteur privé³.**

Transmise par voie électronique, celle-ci rationalise le système déclaratif en mutualisant la collecte des données, partagées entre les organismes sociaux⁴ selon leurs besoins, de façon à **réduire la charge administrative des employeurs**, ainsi qu'à **sécuriser les droits des assurés** en limitant les risques d'erreur ou d'oubli.

La DSN établit ainsi, pour chaque salarié ou assimilé⁵ :

- le lieu d'activité et les caractéristiques de l'emploi et du contrat de travail ;

- **les montants des rémunérations, des cotisations et contributions sociales et la durée de travail retenus ou établis pour la paie de chaque mois ;**

- les dates de début et de fin de contrat, de suspension et de reprise du contrat de travail intervenant au cours de ce mois ;

- le cas échéant, une régularisation au titre des données inexacts ou incomplètes transmises au cours des mois précédents.

¹ Loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des charges administratives, article 35.

² La DSN intègre la quasi-totalité des déclarations sociales des entreprises, soit environ une trentaine, dont la déclaration annuelle des données sociales unifiée (DADS-U), la déclaration de mouvement de main d'œuvre (DDMO), la déclaration obligatoire d'emploi de travailleurs handicapés (DOETH), ainsi que la déclaration trimestrielle des salaires (DTS) dans le secteur agricole.

³ Ordonnance n° 2015-682 du 18 juin 2015 relative à la simplification des déclarations sociales des employeurs, article 9, et décret n° 2016-611 du 18 mai 2016 fixant les délais limites pour la transmission obligatoire de la déclaration sociale nominative, article 1^{er}.

⁴ Urssaf, CGSS, MSA, Agirc-Arrco, IRCANTEC, CPAM, CAF, Pôle Emploi, etc.

⁵ Article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale.

Les données qu'elle contient servent :

- **au recouvrement des cotisations et contributions sociales et de certaines impositions et à la vérification de leur montant ;**
- **à l'ouverture et au calcul des droits des salariés en matière d'assurances sociales**, de formation et de prévention des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels ;
- **à la détermination du taux de certaines cotisations ;**
- au versement de certains revenus de remplacement ;
- à l'accomplissement par les administrations et organismes destinataires de leurs missions.

La DSN a été progressivement étendue à la fonction publique et sera obligatoire pour l'ensemble des employeurs publics à compter du 1er janvier 2022¹.

Par ailleurs, depuis 2019², **tous les employeurs sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder à leur versement par voie dématérialisée**³.

Toutefois, ces dispositions n'ont pas encore été transposées dans l'ordonnance régissant le régime mahorais de sécurité sociale⁴, géré par la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM).

Le présent article, qui résulte d'un amendement du groupe La République en Marche adopté par l'Assemblée nationale, vise donc à insérer dans ladite ordonnance un article 28-9-1 prévoyant **l'obligation pour les employeurs établis à Mayotte :**

- **de recourir à la DSN (I) à compter du 1^{er} janvier 2022 (II)**, en procédant aux adaptations nécessaires à l'article L. 133-5-4 du code de la sécurité sociale afin :

○ de fixer le plafond de la pénalité applicable en cas de défaut de production de la DSN, d'omission de données devant y figurer, d'inexactitude des données déclarées ou d'absence de correction par le déclarant lorsque les organismes destinataires constatent des anomalies à 1,5 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) applicable à Mayotte (24 396 euros en 2021) et non du PASS applicable en métropole (41 136 euros en 2021) ;

¹ Décret n° 2018-1048 du 28 novembre 2018 fixant les dates limites pour la transmission obligatoire de la déclaration sociale nominative pour les régimes mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 711-1 du code de la sécurité sociale, article 1^{er}.

² Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, article 21.

³ Article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale.

⁴ Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

○ de préciser que ladite pénalité est recouvrée et contrôlée par la CSSM en lieu et place des Urssaf et des caisses de mutualité sociale agricole (MSA) en métropole et des caisses générales de sécurité sociale (CGSS)¹ dans les autres départements d'outre-mer.

- d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder à leur versement par voie dématérialisée (I) à compter du 1^{er} janvier 2023 (II).

Enfin, il est prévu que la perte de recettes résultant de ces dispositions pour les organismes de sécurité sociale soit compensée, à due concurrence, par une augmentation des droits de consommation sur les tabacs² (III).

II - La position de la commission : une transposition nécessaire

La commission considère que la mise en œuvre à Mayotte de l'obligation pour les employeurs de recourir à la DSN et d'effectuer leurs déclarations sociales et le paiement de leurs cotisations et contributions par voie dématérialisée contribue non seulement à **assurer l'égalité devant la loi des habitants de la métropole et de nos compatriotes ultramarins**, mais également à **simplifier le système déclaratif, dans l'intérêt des employeurs comme des salariés**.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

¹ Les caisses générales de sécurité sociale assurent, dans les départements d'outre-mer, la gestion des risques maladie et vieillesse et du recouvrement des cotisations sociales.

² Articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 14

Réforme du régime social du conjoint collaborateur

Cet article tend à permettre aux concubins des chefs d'entreprise de choisir le statut de conjoint collaborateur, à limiter à cinq ans la possibilité d'exercer sous ce statut et à simplifier le mode de calcul des cotisations sociales dues par le conjoint collaborateur.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé : l'ouverture du statut de conjoint collaborateur aux concubins, sa limitation à cinq ans et la simplification du calcul des cotisations sociales

A. Le statut de conjoint collaborateur, un régime peu coûteux pour une protection sociale effective

Créé en 2005¹, le **statut de conjoint collaborateur**² a permis d'accorder un régime social aux conjoints des chefs d'entreprises commerciales, artisanales ou libérales³ **exerçant une activité professionnelle régulière dans l'entreprise sans percevoir de rémunération** et sans avoir la qualité d'associé⁴. Les conjoints qui exercent à l'extérieur de l'entreprise une activité salariée d'une durée supérieure ou égale à 50 % de la durée légale du travail, ou une activité non salariée, sont présumés ne pas exercer une activité professionnelle régulière dans l'entreprise⁵.

Ce statut s'ajoute à ceux :

- de **conjoint associé**, pour lequel peut opter le conjoint du chef d'entreprise⁶ qui exerce une activité professionnelle régulière dans l'entreprise et en détient des parts. Il est affilié au régime général, sous le statut de salarié s'il perçoit un salaire et sous le statut de travailleur indépendant s'il n'est pas salarié ;

¹ Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, article 12.

² Article L. 121-4 du code de commerce.

³ Entrepreneur individuel, gérant associé unique ou gérant associé majoritaire d'une société à responsabilité limitée (SARL) ou d'une société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL).

⁴ Article R. 121-1 du code de commerce.

⁵ Article R. 121-2 du code de commerce.

⁶ Dirigeant d'une SARL, d'une SELARL, d'une société par actions simplifiée (SAS) ou d'une société en nom collectif (SNC).

- de **conjoint salarié**, pour lequel peut opter le conjoint du chef d'entreprise¹ qui exerce une activité professionnelle régulière dans l'entreprise, dispose à ce titre d'un contrat de travail et perçoit un salaire supérieur ou égal au SMIC et correspondant à sa catégorie professionnelle. Il est affilié au régime général, sous le statut de salarié.

Le chef d'entreprise doit déclarer l'activité professionnelle régulière de son conjoint dans l'entreprise et le statut choisi par ce dernier auprès du Centre de Formalités des Entreprises (CFE) compétent. Seul le conjoint collaborateur fait l'objet d'une mention au registre du commerce et des sociétés (RCS) pour les commerçants ou au répertoire des métiers pour les artisans. Une fois mentionné au RCS ou au répertoire des métiers, le conjoint collaborateur est **préssumé mandataire du chef d'entreprise** et peut accomplir en son nom les actes d'administration concernant les besoins de l'entreprise². Les actes de gestion et d'administration accomplis pour les besoins de l'entreprise sont réputés l'être pour le compte du chef d'entreprise et **n'engagent que la responsabilité de celui-ci**³. Depuis 2008⁴, le statut de conjoint collaborateur est également accessible aux **personnes qui sont liées au chef d'entreprise par un pacte civil de solidarité** (PACS)⁵.

Dans le cas où le chef d'entreprise n'aurait pas procédé à la déclaration d'activité professionnelle, le conjoint est réputé avoir exercé son activité sous le statut de conjoint salarié. De même, **à défaut de déclaration du statut choisi, le statut réputé avoir été choisi est celui de conjoint salarié**.

Le conjoint collaborateur est **affilié personnellement et obligatoirement à la sécurité sociale des indépendants (SSI)**⁶ au titre des régimes de retraite de base et complémentaire et invalidité-décès, ainsi que des indemnités journalières maladie et maternité⁷. Il est redevable des cotisations sociales afférentes, mais ne verse, contrairement au chef d'entreprise, **aucune cotisation au titre de l'assurance maladie-maternité, des allocations familiales, de la CSG et de la CRDS**, car il bénéficie des prestations en nature en tant qu'ayant-droit du chef d'entreprise.

¹ Entrepreneur individuel, dirigeant de société, gérant associé unique ou gérant associé majoritaire d'une SARL

² Article L. 121-6 du code de commerce.

³ Article L. 121-7 du code de commerce.

⁴ Loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie, article 16.

⁵ Article L. 121-8 du code de commerce.

⁶ Après la suppression du régime social des indépendants (RSI) en 2018, la SSI a été rattachée au régime général en 2020.

⁷ Article L. 661-1 du code de la sécurité sociale.

Les cotisations d'assurance vieillesse et invalidité-décès sont calculées, lorsque le chef d'entreprise n'est pas micro-entrepreneur, sur la base de **l'assiette choisie parmi les cinq options suivantes** :

- un tiers du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), qui s'élève à 41 136 euros en 2021 ;

- un tiers du revenu d'activité du chef d'entreprise ;

- la moitié du revenu d'activité du chef d'entreprise ;

- un tiers du revenu d'activité du chef d'entreprise, en déduisant cette assiette du revenu pris en compte pour déterminer l'assiette des cotisations dues par le chef d'entreprise ;

- la moitié du revenu d'activité du chef d'entreprise, en déduisant cette assiette du revenu pris en compte pour déterminer l'assiette des cotisations dues par le chef d'entreprise.

Le mode de calcul des différentes cotisations dues par les conjoints collaborateurs de chefs d'entreprises hors micro-entrepreneurs est rappelé dans le tableau ci-après.

Cotisation	Assiette		Taux	
Retraite de base	Formule	Base de calcul	17,75 % dans la limite du PASS, soit 41 136 euros et 0,6 % au-delà du PASS Cotisation minimale de 912 euros en 2021 (retraite ¹ et invalidité-décès ²)	
	Sans partage du revenu ³	33,33 % du PASS, soit 13 712 euros en 2021		
		33,33 % du revenu du chef d'entreprise		
		50 % du revenu du chef d'entreprise		
	Partage du revenu ⁴	33,33 % du revenu du chef d'entreprise (le chef d'entreprise cotise alors sur la base des 2/3 restants)		
50 % du revenu du chef d'entreprise (le chef d'entreprise cotise alors sur la base des 50 % restants)				
Retraite complémentaire	Formules identiques		7 % dans la limite de 38 340 euros et 8 % entre 38 350 et 164 544 euros	
Invalidité-décès	Formules identiques		1,3 % ⁵	
Indemnités journalières	40 % du PASS, soit 16 455 euros en 2021		0,85 %, soit 140 euros en 2021 ⁶	
Assurance volontaire AT-MP ⁷	Une assiette égale à 18 649,91 euros en 2021 ⁸		Taux collectif fixé pour l'activité professionnelle exercée diminué de 20 %	
Contribution à la formation professionnelle ⁹	Le PASS, soit 41 136 euros en 2021		0,34 %, soit 140 euros en 2021 (dus par le chef d'entreprise)	

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

¹ Article D. 632-1 du code de la sécurité sociale.

² Article D. 632-6 du code de la sécurité sociale.

³ Article D. 633-19-2 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 662-1 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article D. 632-2 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article D. 621-6 du code de la sécurité sociale.

⁷ Article L. 743-1 du code de la sécurité sociale.

⁸ Article R. 743-2 du code de la sécurité sociale et instruction ministérielle n° DSS/2A/2C/2021/61 du 15 mars 2021.

⁹ Article L. 6331-48 du code de la sécurité sociale.

Dans le cas du conjoint collaborateur du chef d'entreprise micro-entrepreneur, **le taux global de cotisations est le même que celui du chef d'entreprise**, soit 12,8 % pour les activités de vente de marchandises et de fourniture de denrées ou d'hébergement et 22 % pour les autres prestations de services commerciales et artisanales¹, tandis que **l'assiette correspond à l'une des deux options suivantes**² :

- 58 % du chiffre d'affaires ou des recettes du chef d'entreprise pour les travailleurs indépendants et 46 % pour les professions libérales ;

- 58 % du rapport entre le tiers du PASS (13 712 euros en 2021) et le taux d'abattement correspondant à l'activité exercée³ et 46 % pour les professions libérales. Ce mode de calcul permet de reconstituer le chiffre d'affaires correspondant à un revenu égal à un tiers du PASS.

L'application d'un pourcentage de 58 ou 46 % permet, contrairement aux taux global de cotisations, identique pour le micro-entrepreneur et son conjoint collaborateur, de prendre en compte le fait que **le conjoint collaborateur ne cotise qu'au titre des risques vieillesse, invalidité-décès et indemnités journalières**.

Si le statut de conjoint collaborateur a permis de **régulariser la situation de personnes dont l'activité n'était pas déclarée auparavant** et confère à ceux qui y recourent **une large couverture sociale à un coût avantageux**, celui-ci rencontre **des difficultés majeures en termes d'attractivité**.

Comme le souligne l'étude d'impact, les effectifs de conjoints collaborateurs artisans s'est stabilisé en 2019 (14 250), après une diminution moyenne de 2,3 % par an depuis 2009. Dans le même temps, le nombre de conjoints collaborateurs commerçants baisse de 4,3 % en moyenne par an depuis 2015 (25 060 à fin 2019) et celui des conjoints collaborateurs des professions libérales diminue sans discontinuer depuis le début des années 2000 (976 à fin 2019). Les 44 000 conjoints collaborateurs d'exploitants agricoles sont, quant à eux, 20 % moins nombreux en 2019 qu'en 2009.

Ce constat invite donc à étendre les possibilités d'accès à ce statut, **en l'ouvrant aux concubins** des chefs d'entreprises non agricoles, comme c'est le cas depuis 2006⁴ pour les concubins d'exploitants agricoles, et à **simplifier les modalités de calcul des cotisations** du conjoint collaborateur.

¹ Article D. 613-4 du code de la sécurité sociale.

² Article D. 613-5 du code de la sécurité sociale.

³ 71 % pour les activités commerciales, 50 % pour les prestations de services BIC et 34 % pour les prestations de services BNC et les activités libérales.

⁴ Loi n° 2006-11 du 5 janvier 2006 d'orientation agricole, article 21.

D'autre part, le montant limité des cotisations versées par les conjoints collaborateurs **leur ouvrant, en parallèle, des droits extrêmement limités**, notamment sur le plan des pensions de retraite, il paraît nécessaire de **limiter dans le temps la possibilité de bénéficier de ce statut**, de façon à inciter les conjoints de chefs d'entreprise à s'orienter vers des activités rémunérées, par exemple sous le statut de conjoint salarié, afin de s'ouvrir davantage de droits à prestations.

Dans la même optique, la proposition de loi visant à assurer la revalorisation des pensions de retraites agricole les plus faibles, adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale le 17 juin dernier, tend d'ailleurs à permettre d'exercer au maximum cinq ans sous le statut de conjoint collaborateur d'exploitant agricole.

B. Le PLFSS pour 2022 tend à réformer le statut de conjoint collaborateur

- Le I modifie le code de commerce de sorte à :

- **prévoir à l'article L. 121-8 l'ouverture de la possibilité de choisir le statut de conjoint collaborateur aux personnes qui vivent en concubinage avec le chef d'entreprise (3°) ;**

- modifier en conséquence l'intitulé de la section 2 du chapitre I^{er} du titre II du livre I^{er} (1°) ;

- **inscrire à l'article L. 121-4 le principe selon lequel une personne ne peut conserver le statut de conjoint collaborateur pendant plus de cinq ans**, en tenant compte de toutes les périodes et entreprises au titre desquelles elles a opté pour ce statut au cours de sa carrière. Au-delà de cinq ans, le conjoint continuant à exercer une activité professionnelle régulière au sein de l'entreprise doit opter pour le statut de conjoint salarié ou de conjoint associé ou, à défaut, est **réputé avoir opté pour celui de conjoint salarié (2°)**.

- Le II modifie le code de la sécurité sociale afin de :

- créer un article L. 661-2 permettant à l'organisme de sécurité sociale dont relève le conjoint collaborateur de **radier celui-ci en cas de dépassement de la durée maximale de cinq ans**, à l'issue d'une procédure contradictoire dont les modalités seraient précisées par décret en Conseil d'État. La radiation serait effective au terme de la dernière année civile au cours de laquelle la période de cinq ans arrive à échéance (1°) ;

- préciser à l'article L. 662-1 que le taux global de cotisations du conjoint collaborateur d'un micro-entrepreneur doit être fixé **en fonction des seuls risques au titre desquels il cotise**, en maintenant le principe d'un calcul des cotisations sur la base de deux assiettes, soit un montant forfaitaire fixé par décret, soit le chiffre d'affaires ou les recettes du chef d'entreprise (2°).

De cette façon, c'est le taux de cotisations, et non plus l'assiette, qui prendrait en compte le fait que le conjoint collaborateur ne cotise qu'au titre de certains risques, ce qui permettrait de simplifier le mode de calcul particulièrement complexe de l'assiette de cotisations.

- Le III prévoit l'entrée en vigueur de cet article au **1^{er} janvier 2022** et précise que **les personnes exerçant à cette date une activité professionnelle sous le statut de conjoint collaborateur pourront continuer à en bénéficier pour une durée de cinq ans.**

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale : une possibilité de dérogation à la limitation à cinq ans du statut de conjoint collaborateur

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements identiques de députés appartenant aux groupes Les Républicains et Agir ensemble permettant à un conjoint collaborateur de déroger à la limitation à cinq ans de la possibilité d'exercer sous ce statut **dans le cas où, au terme de cette durée, celui-ci se trouve à cinq ans au plus de la date à partir de laquelle il peut liquider ses droits à pension de retraite.** Le cas échéant, il est loisible au conjoint collaborateur de continuer à exercer sous ce statut jusqu'à la liquidation de ses droits.

Deux amendements du rapporteur général apportent également des précisions d'ordre rédactionnel.

III - La position de la commission : une nécessaire conciliation entre préservation d'un statut indispensable à l'activité des plus petites entreprises et amélioration de la couverture sociale des conjoints collaborateurs

La commission est **favorable à l'orientation des conjoints collaborateurs vers un statut rémunérateur** permettant aux intéressés de s'ouvrir des droits à prestations plus étendus, qu'il s'agisse du statut de conjoint salarié ou d'une autre activité professionnelle, salariée ou indépendante, à l'extérieur de l'entreprise de leur conjoint.

Cependant, le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI), qui partage cette position, a fait part à la rapporteure générale de ses préoccupations quant à l'absence de possibilité de dérogation au-delà des personnes se trouvant, au terme du délai de cinq ans, à cinq ans au plus de la date à laquelle elles peuvent demander la liquidation de leur pension de retraite.

Il est à craindre, en effet, que les très petites entreprises (TPE) et les petites et moyennes entreprises (PME) ne soient **pas en mesure de salarier le conjoint du chef d'entreprise** et que la mesure proposée **fasse basculer nombre de conjoints collaborateurs dans le travail dissimulé**, alors que la création de cette formule visait précisément à reconnaître l'activité non rémunérée de conjoints contribuant à la gestion de l'entreprise de façon à leur permettre de disposer d'un statut et d'une couverture sociale.

La commission s'étonne également que le présent article tende, d'une part, à limiter la possibilité de bénéficier d'un statut relativement précaire et, d'autre part, à l'ouvrir aux concubins.

Rappelant que **la collaboration non rémunérée à la vie de l'entreprise constitue souvent un appui indispensable au chef d'entreprise**, à défaut de disposer des moyens de recruter un salarié, elle a adopté un amendement n° 137 de la rapporteure générale permettant de déroger à la limitation à cinq ans de la possibilité d'exercer sous le statut de conjoint collaborateur à la condition de cotiser, à l'expiration de ce délai, sur une assiette au moins égale à 50 % du PASS.

Cette solution constitue en effet **une réponse équilibrée** à la nécessité de **permettre aux conjoints collaborateurs de s'ouvrir des droits à pension plus conséquents** tout en accordant à ceux pour lesquels l'exercice d'une activité sous ce statut constitue **un choix de vie** et s'avère **indispensable à la viabilité économique de l'entreprise** la possibilité de conserver le bénéfice de ce régime.

L'amendement rédactionnel n° 138 de la rapporteure générale a également été adopté.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 14 bis (nouveau)

Limitation à cinq ans du statut de conjoint collaborateur d'exploitant agricole

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à limiter à cinq ans la durée maximale d'exercice d'une activité professionnelle sous le statut de conjoint collaborateur d'exploitant agricole.

La commission vous demande de rejeter cet article.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale : la limitation à cinq ans de la possibilité d'exercer sous le statut de conjoint collaborateur d'exploitant agricole

Créé en 1999¹, le **statut de conjoint collaborateur d'exploitant agricole** est accessible² :

- au conjoint du chef d'une exploitation ou d'une entreprise agricole qui n'est pas constituée sous la forme d'une société ou d'une coexploitation entre conjoints, lorsqu'il exerce une activité professionnelle dans l'exploitation ou l'entreprise ;

- au conjoint du chef ou de l'associé d'une exploitation ou d'une entreprise agricole qui exerce également une activité indépendante non agricole et est affilié au seul régime agricole du fait de l'antériorité de son activité agricole³, lorsqu'il participe à l'activité indépendante non agricole ;

- au conjoint de l'associé d'une exploitation ou d'une entreprise agricole constituée sous la forme d'une société, lorsqu'il exerce son activité professionnelle dans l'exploitation ou l'entreprise et n'est pas associé de la société.

Les conjoints concernés sont les époux, les partenaires de pacte civil de solidarité (PACS) et, depuis 2006⁴, **les concubins**.

À compter de 2019⁵, le chef d'exploitation ou d'entreprise est tenu de **déclarer** auprès du centre de formalités des entreprises (CFE) de la chambre d'agriculture **l'activité professionnelle régulière de son conjoint** au sein de l'exploitation ou de l'entreprise agricole et **le statut choisi par ce dernier** parmi ceux de chef, de collaborateur du chef et de salarié de l'exploitation ou de l'entreprise agricole.

¹ Loi n° 99-574 du 9 juillet 1999 d'orientation agricole, article 25.

² Article L. 321-5 du code rural et de la pêche maritime.

³ Article L. 171-3 du code de la sécurité sociale.

⁴ Loi n° 2006-11 du 5 janvier 2006 d'orientation agricole, article 21.

⁵ Loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et à la transformation des entreprises, article 9.

À défaut de déclaration d'activité professionnelle, le conjoint ayant exercé une activité professionnelle de manière régulière au sein de l'exploitation ou de l'entreprise agricole est **réputé l'avoir fait sous le statut de salarié**. À défaut de déclaration du statut choisi, le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole est **réputé avoir déclaré que ce statut est celui de salarié**.

L'option pour le statut de conjoint collaborateur prend fin lorsque le collaborateur ne remplit plus les conditions requises, notamment en cas de cessation d'activité ou de modification de sa situation civile ou familiale¹.

Les conjoints collaborateurs sont affiliés à **l'assurance vieillesse des non-salariés agricoles** et, depuis 2011, **au régime de retraite complémentaire (RCO) des non-salariés agricoles**².

Le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole est redevable de cotisations sociales pour son conjoint collaborateur dans les conditions rappelées dans le tableau ci-dessous.

Cotisation	Assiette	Taux
Assurance vieillesse individuelle (retraite forfaitaire)	Revenus professionnels du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, avec une assiette minimale égale à 800 SMIC, jusqu'au montant du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit 41 136 euros en 2021 ³	3,32 % ⁴
Assurance vieillesse agricole (retraite proportionnelle)	Assiette forfaitaire égale à 400 SMIC ⁵	11,55 % ⁶
Retraite complémentaire (RCO)	Assiette forfaitaire égale à 1 200 SMIC ⁷	4 % ⁸
Invalidité ⁹	Montant de la cotisation invalidité minimale du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, soit 47 euros en 2021 ¹⁰	66,66 %, soit 31 euros ¹¹

¹ Article R. 321-1 du code rural et de la pêche maritime.

² Article L. 732-56 du code rural et de la pêche maritime.

³ Articles L. 731-42 et D. 731-120 du code rural et de la pêche maritime.

⁴ Article D. 731-21 du code rural et de la pêche maritime.

⁵ Articles L. 731-42, D. 731-120 et D. 731-123 du code rural et de la pêche maritime.

⁶ Article D. 731-122 du code rural et de la pêche maritime.

⁷ Articles L. 732-59, D. 732-55 et D. 732-65 du code rural et de la pêche maritime.

⁸ Article D. 732-165 du code rural et de la pêche maritime.

⁹ Article L. 731-35 du code rural et de la pêche maritime.

¹⁰ Article D. 731-89 du code rural et de la pêche maritime.

¹¹ Article D. 731-97 du code rural et de la pêche maritime.

Cotisation	Assiette	Taux
Accidents du travail et maladies professionnelles (ATEXA)	Montant de la cotisation du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ¹	19,24 %, 38,48 % ou 76,96 % selon le caractère principal ou secondaire de l'activité du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole et du conjoint collaborateur ²
Contribution à la formation professionnelle	30 euros ³	

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

S'il a permis la reconnaissance de l'activité des conjoints d'exploitants agricoles contribuant à la gestion de l'exploitation sans pour autant percevoir de rémunération, **ce statut ne leur permet pas de s'ouvrir des droits à prestations aussi étendus que ceux des chefs d'exploitation.**

En effet, les exploitants agricoles versent des cotisations d'assurance vieillesse agricole (AVA) sur une base de 600 SMIC, l'assiette forfaitaire des conjoints collaborateurs est égale à 400 SMIC, soit plus de 2 000 euros de moins. De même, la cotisation RCO de ces derniers est assise sur 1 200 SMIC, tandis que les chefs d'exploitation cotisent sur une assiette minimale de 1 820 SMIC, soit près de 6 500 euros de plus.

Par voie de conséquence, les conjoints collaborateurs, qui sont à **85 % des femmes**, perçoivent **des pensions de retraite particulièrement faibles** et constituent une part important des retraités bénéficiaires de pensions inférieures à 1 000 euros⁴.

Par conséquent, en vue d'**acter le caractère transitoire du statut** de conjoint collaborateur et d'inciter ceux qui y recourent à **valoriser les acquis de leur expérience** et à **s'orienter vers une activité rémunératrice** leur permettant d'accéder à **une couverture sociale plus protectrice**, le présent article, qui résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'amendements identiques du Gouvernement et des groupes La République en Marche et MoDem, vise à **limiter à cinq ans la possibilité d'exercer une activité professionnelle sous le statut de conjoint collaborateur d'exploitant agricole (I) à partir du 1^{er} janvier 2022 (II)** et précise que la durée de cinq ans

¹ Article L. 752-16 du code rural et de la pêche maritime.

² Arrêté du 22 décembre 2020 portant fixation en métropole au titre de l'année 2021 du montant des cotisations dues au titre du régime de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés agricoles et des personnes mentionnées à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime et de la part des cotisations affectées à chaque catégorie de dépense de ce régime, article 2.

³ Article D. 718-17 du code rural et de la pêche maritime.

⁴ Lionel Causse et Nicolas Turquois, députés, Retraites et retraités modestes – Diagnostic et propositions, mai 2021.

court à compter du 1^{er} janvier 2022 pour les personnes ayant la qualité de conjoint collaborateur à cette date (III).

II - La position de la commission : la suppression de cet article pour permettre la revalorisation des pensions de retraite des conjoints collaborateurs et aides familiaux des exploitants agricoles dès le 1^{er} janvier 2022

La commission souscrit pleinement à l'objectif de favoriser l'ouverture de droits à prestations plus étendus par les intéressés en limitant dans le temps la possibilité d'exercer sous un statut relativement précaire, dans la même logique que la limitation à cinq ans du bénéfice du statut de conjoint collaborateur de travailleur indépendant non agricole prévue à l'article 14 du présent projet de loi.

Elle note que, contrairement à l'article 14, le présent article ne contient pas de disposition déterminant le statut sous lequel un conjoint collaborateur serait présumé exercer à défaut d'avoir choisi un autre statut à l'expiration du délai de cinq ans, ni de possibilité de dérogation à cette limitation.

La commission rappelle en outre que **le présent article a été adopté en des termes identiques le 17 juin 2021 par l'Assemblée nationale** au sein de la proposition de loi visant à assurer la revalorisation des pensions de retraites agricoles les plus faibles¹ déposée par le député André Chassaigne, qui permettrait, en cas d'adoption conforme par le Sénat le 9 décembre prochain, de **revaloriser les pensions des conjoints collaborateurs et des aides familiaux à compter du 1er janvier 2022.**

Or, cette perspective contraint le Sénat à adopter ladite proposition de loi en des termes identiques pour permettre sa promulgation avant la fin de l'année. Dans ce contexte, **le vote du présent article en loi de financement de la sécurité sociale ferait obstacle à son adoption lors de l'examen à venir de la proposition de loi et, par conséquent, à la revalorisation des pensions concernées au 1^{er} janvier 2022.**

La commission a donc adopté l'amendement de suppression n° 139 de la rapporteure générale tendant à rejeter pour l'heure les dispositions du présent article en vue d'adopter, en décembre, la proposition de loi Chassaigne telle que transmise par l'Assemblée nationale.

La commission vous demande de supprimer cet article.

¹ Article 3 de la proposition de loi.

CHAPITRE III

POURSUIVRE LES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Article 15

Modification du droit de communication bancaire pour optimiser les investigations

Cet article tend à étendre aux agents des organismes de sécurité sociale la faculté d'exercer le droit de communication par voie dématérialisée.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : l'ouverture aux agents des organismes de sécurité sociale de la possibilité d'exiger la communication de documents par voie électronique

A. Le droit de communication dont disposent les organismes de sécurité sociale se heurte au libre choix du support de transmission des informations par les tiers sollicités

Le **droit de communication** consacré par le code de la sécurité sociale¹ permet d'obtenir, **sans que s'y oppose le secret professionnel**, les documents et informations nécessaires :

- au **contrôle par les agents des organismes de sécurité sociale de la sincérité et de l'exactitude des déclarations souscrites ou de l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies** par ces organismes ;

- à **l'accomplissement des missions de contrôle et de lutte contre le travail dissimulé des agents chargés du contrôle du recouvrement des cotisations** du régime général² (Urssaf³ et CGSS⁴) et des régimes agricoles⁵ (MSA⁶) ;

- au **recouvrement par les agents des organismes de sécurité sociale des prestations versées indûment ou des prestations recouvrables sur la succession.**

Ces informations peuvent être sollicitées, entre autres, auprès des établissements bancaires.

¹ Article L. 114-19 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 243-7 du code de la sécurité sociale.

³ Unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

⁴ Caisses générales de sécurité sociale. Elles assurent, dans les départements d'outre-mer, la gestion des risques maladie et vieillesse et du recouvrement des cotisations sociales.

⁵ Article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime.

⁶ Mutualité sociale agricole.

Il est prévu que ce droit s'exerce quel que soit le support utilisé pour la conservation des documents et peut s'accompagner de la prise immédiate d'extraits et de copies. Les documents et informations sont communiqués à titre gratuit **dans les trente jours qui suivent la réception de la demande.**

Le droit de communication peut également porter sur des informations relatives à des personnes non identifiées. Les données ainsi obtenues peuvent alors faire l'objet d'une interconnexion avec les données des Urssaf et des CGSS au titre de l'accomplissement de leurs missions de contrôle et de lutte contre le travail dissimulé.

Des pénalités s'appliquent en cas de silence gardé ou de refus de déférer à une demande de communication :

- 1 500 euros par cotisant, assuré ou allocataire concerné lorsque la demande est nominative, sans que le total de la pénalité puisse excéder 10 000 euros ;

- 5 000 euros lorsque la demande n'est pas nominative, cette pénalité s'appliquant pour chaque demande, dès lors que tout ou partie des documents ou informations sollicités n'est pas communiqué ;

- le double de ces montants en cas de récurrence de refus ou de silence gardé du tiers dans le délai de cinq ans à compter de l'expiration du délai de trente jours octroyé à celui-ci pour faire droit à la première demande de l'organisme de sécurité sociale.

En outre, l'organisme ayant usé de ce droit de communication est tenu d'informer la personne physique ou morale à l'encontre de laquelle est prise la décision de supprimer le service d'une prestation ou de mettre des sommes en recouvrement **de la teneur et de l'origine des informations et documents obtenus auprès de tiers sur lesquels il s'est fondé pour prendre cette décision**¹. Une copie de ces documents doit être communiquée avant la mise en recouvrement ou la suppression du service de la prestation à la personne qui en fait la demande.

Or, d'après l'étude d'impact du PLFSS pour 2022, le délai de réponse des tiers aux demandes formulées par les Urssaf, les CGSS et les caisses de MSA est **parfois extrêmement long.**

D'autre part, compte tenu de la nécessité d'examiner rapidement les informations communiquées, le libre choix du support de transmission des documents laissé aux tiers sollicités, et plus particulièrement **le recours par ceux-ci à des documents au format papier, souvent très volumineux et difficiles à exploiter**, complique fortement l'accomplissement des missions des agents chargés du contrôle.

¹ Article L. 114-21 du code de la sécurité sociale.

En vue de remédier à des difficultés similaires, **certains agents publics se sont vu accorder la possibilité d'exercer le droit de communication par voie dématérialisée**. Il s'agit notamment :

- depuis 2007¹, des officiers de police judiciaire en cas de réquisition judiciaire² ;

- depuis 2015³, des agents de l'administration fiscale en vue de l'établissement de l'assiette, du contrôle et du recouvrement des impôts⁴ ;

- depuis 2020⁵, des agents de Pôle emploi chargés de la prévention des fraudes en vue du contrôle de la sincérité et de l'exactitude des déclarations souscrites et de l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des allocations, des aides ainsi que de toute autre prestation servie par Pôle emploi⁶.

Une telle faculté pourrait donc être utilement **étendue aux agents des organismes de sécurité sociale** afin de faciliter l'exercice de leurs missions de contrôle en réduisant le délai de transmission des documents et informations sollicités et en évitant les erreurs de ressaisie.

B. Le PLFSS pour 2022 vise à octroyer aux agents des organismes de sécurité sociale la faculté d'exiger la communication de documents par voie dématérialisée

• Le I modifie l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale afin d'actualiser la référence aux dispositions du code du travail définissant la mission de lutte contre le travail dissimulé des agents chargés du contrôle du recouvrement des cotisations du régime général et des régimes agricoles, en substituant à la mention de l'article L. 324-12, abrogé en 2008, celle des articles L. 8271-1 et suivants, qui contient depuis lors les dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé.

• Le II tend à préciser, dans le même article, que **la communication des documents et informations sollicités est effectuée par voie dématérialisée sur demande de l'agent chargé du contrôle ou du recouvrement**.

D'après l'étude d'impact, le gain d'efficacité pour les organismes de sécurité sociale pourrait être estimé à **0,5 % de leurs résultats de l'année écoulée**, soit, en 2022, 1,2 million d'euros pour la branche maladie, 2,5 millions pour la branche famille et 1,4 million pour la branche vieillesse, pour **un total de six millions d'euros**.

¹ Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, article 69.

² Article 60-1 du code de procédure pénale.

³ Loi n° 2014-1655 du 29 décembre 2014 de finances rectificative pour 2014, article 21.

⁴ Article L. 81 du Livre des procédures fiscales.

⁵ Loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020 de finances pour 2021, article 268.

⁶ Article L. 5312-13-2 du code du travail.

II - Les position de l'Assemblée nationale : une adoption sans modification

Cet article a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission : une mesure nécessaire au renforcement de la lutte contre la fraude

La commission considère que l'attribution aux agents des organismes de sécurité sociale de la possibilité d'exiger la communication de documents par voie électronique, dont disposent déjà d'autres agents publics, devrait permettre d'accroître la performance du recouvrement et d'améliorer l'efficacité de la lutte contre la fraude aux prestations sociales.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

CHAPITRE IV

HARMONISER LES RÈGLES RELATIVES AUX CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Article 16

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

Cet article vise :

- à fixer pour 2022 les montants M et Z au-delà desquels a vocation à s'appliquer la « clause de sauvegarde » ;

- à assurer différentes modifications dans le champ des assiettes des différentes contributions des entreprises exploitant des produits de santé, afin d'intégrer le nouveau dispositif d'accès direct et clarifier les dispositifs propres aux dispositifs médicaux.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés visant à poursuivre des harmonisations nécessaires dans la fiscalité des produits de santé.

I - Le dispositif proposé

A. La fixation des montants M et Z de déclenchement des clauses de sauvegarde pour 2022

1. Clause de sauvegarde du médicament

a) La fixation du montant M

Initialement introduite en 1999 afin de garantir un meilleur respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, la clause de sauvegarde applicable aux médicaments a été profondément remaniée en 2015, 2017, 2018 et 2020.

L'article L.138-10 du code de la sécurité sociale prévoit une **contribution des entreprises exploitant des médicaments lorsque leur chiffre d'affaires pour les spécialités inscrites à différentes listes ouvrant lieu à prise en charge par l'assurance maladie dépasse un montant M** fixé par la loi. Cette contribution vise, aux termes de cet article, à assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Aux termes de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale (CSS), lorsque le chiffre d'affaires réalisé au cours d'une année civile par l'ensemble des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques est supérieur à un montant déterminé par la loi (dit le « montant M »), l'ensemble de ces entreprises est assujéti à une contribution fiscale, dite « **clause de sauvegarde des médicaments** ».

Le chiffre d'affaires considéré est **minoré du montant des remises conventionnelles** consenties par les exploitants au moment de la négociation du prix de leurs spécialités, lorsque ces dernières sont admises au remboursement par les organismes d'assurance maladie. Autrement dit, l'assiette de la clause de sauvegarde des médicaments est constituée par **la part des ventes du secteur pharmaceutique ayant donné lieu à un remboursement total ou partiel de l'assurance maladie**.

La définition d'un montant M, seuil d'assujettissement de la clause, a donc pour vocation d'inciter les entreprises du secteur du médicament à **maintenir le volume de cette part de leur chiffre d'affaires en-deçà de ce seuil**.

Une fois déterminée l'assiette de la contribution (la part du chiffre d'affaires concernée supérieure au montant M), un **barème progressif** défini à l'article L. 138-12 lui est alors appliqué : la part inférieure à 1,005 fois le montant M est frappée d'un taux de prélèvement de 50 %, la part comprise entre 1,005 et 1,01 fois le montant M se voit appliquer un taux de 60 %, enfin la part supérieure à 1,01 fois le montant M est soumise à un taux de 70 %.

À titre d'exemple, pour un montant M défini par la loi à 1 milliard d'euros et pour une part du chiffre d'affaires du secteur ayant donné lieu à des dépenses d'assurance maladie de 2 milliards d'euros, la contribution due par le secteur au titre de la clause de sauvegarde serait égale à :

$(5\,000\,000 \times 50\%) + (5\,000\,000 \times 60\%) + (990\,000\,000 \times 70\%) = 698\,500\,000$, soit 69,85 % de la part du chiffre d'affaires supérieure au montant M.

En raison de son caractère fortement prohibitif, **l'efficacité de la clause de sauvegarde des médicaments se mesure davantage aux régulations *ex ante* que le secteur applique à la croissance de son activité qu'à son rendement, par conséquent peu élevé**.

- **Le IV fixe le montant M pour 2022 à 24,5 milliards d'euros.**

Ce montant était fixé pour 2021 à 23,99 milliards d'euros.

b) La construction du montant M pour 2022

Interrogée sur la construction du montant M pour 2022, la direction de la sécurité sociale a indiqué à la rapporteure générale que celle-ci s'est **éloignée de la trajectoire initiale fixée dans le cadre du CSIS de 2018**, en ce qu'il précisait que les clauses de sauvegarde devaient être construites sur la base du chiffre d'affaires autorisé et voté en LFSS.

Ainsi, au regard de la croissance exceptionnellement élevée en 2021, **la base de construction de M 2022 correspond au chiffre d'affaires net estimé pour l'année 2021, et non pas au M 2021.**

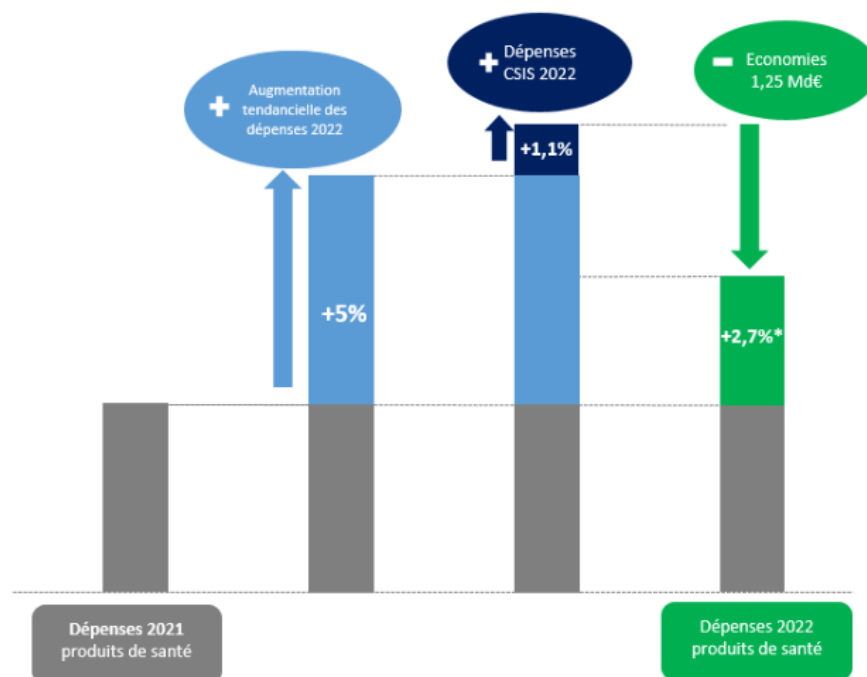
La direction de la sécurité sociale estime en outre que l'Ondam 2022 *« tient compte à la fois des efforts annoncés dans le cadre du CSIS 2021, des innovations thérapeutiques attendues pour 2022, ainsi que de la hausse tendancielle des dépenses relatives aux produits de santé, qui reste dynamique. Des économies relatives aux produits de santé sont indispensables pour assurer la pérennité de notre modèle de santé solidaire, et le respect de cet objectif ».*

Le niveau d'économies ainsi sollicité pour les produits de santé s'élève pour 2022 à 1,25 milliard d'euros dont 1,03 milliard d'euros de baisses de prix. Ce niveau d'économies **renoue avec les niveaux qui étaient ceux des années précédant la crise sanitaire.**

- Particularité notable du PLFSS 2022, l'évaluation préalable et les hypothèses financières retenues **anticipent un déclenchement de la clause de sauvegarde des médicaments** qui, par nature, n'est pas censé intervenir. Son rendement est attendu à **125 millions d'euros.**

Par ailleurs, concernant la prise en compte des déclinaisons des mesures du conseil stratégique des industries de santé (CSIS) 2021 qui a conduit au plan « Innovation santé 2030 » et à une série d'engagements du Président de la République et du Gouvernement en soutien à l'industrie du médicament, la DSS estime la clause de sauvegarde cohérente avec l'intégration au sein de l'Ondam 2022 de **410 millions d'euros de dépenses supplémentaires au titre du CSIS.**

Construction de la prévision des dépenses relatives aux produits de santé



*2,4% en moyenne annuelle sur la période 2022-2024

Source : Annexe 7 – Ondam du PLFSS 2022

• **La progression des dépenses liées aux produits de santé** serait ainsi, en prenant en compte leur dynamique tendancielle, les mesures CSIS et les économies attendues, **en hausse de + 2,7 % sur l'année 2022**.

Pour rappel, l'engagement formulé à l'issue du CSIS 2021 est d'une moyenne de 2,4 % par an sur 2022-2024.

c) La trajectoire du montant Z

Concernant les anticipations pluriannuelles, l'évaluation préalable indique une perspective de **montant M déclinant la trajectoire de l'Ondam et s'établissant a priori à 24,7 milliards d'euros pour 2023 et 24,9 milliards d'euros pour 2024**.

2. Clause de sauvegarde du dispositif médical

a) La fixation du montant Z

Introduit en 2019 sur le modèle du montant M, l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale prévoit une **contribution des entreprises** exploitant des produits de santé autres que des médicaments, soit **des dispositifs médicaux au-delà d'un certain montant Z**.

À la différence du montant M pour les médicaments, le montant Z concerne non pas le chiffre d'affaires mais le **montant remboursé par l'assurance maladie**.

Pour rappel, la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux prévoit une contribution à la charge des exploitants d'un ou plusieurs dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) et pris en charge par l'assurance maladie **lorsqu'ils sont distribués en établissement de santé et financés au titre de la liste en sus**.

Sont donc **exclus de la contribution** les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie **lorsqu'ils sont dispensés directement au patient par un distributeur détaillant** (pharmacien d'officine ou prestataire de santé) ou **lorsqu'ils sont pris en charge en établissement de santé au sein des groupements homogènes de séjour (GHS)**.

L'exploitant d'un produit ou d'une prestation de santé devient redevable de la contribution **lorsque le montant global remboursé par l'assurance maladie au cours d'une année civile au titre des dispositifs médicaux visés, minoré du montant de certaines remises, est supérieur à un montant Z**, déterminé par la loi.

L'assiette de la contribution est égale au montant global de la dépense d'assurance maladie associée aux dispositifs médicaux concernés, minoré des remises conventionnelles. La contribution acquittable globale est égale à la différence entre l'assiette et le montant Z. Autrement dit, **au-delà du montant Z, c'est de l'ensemble de la dépense d'assurance maladie dont deviennent redevables les entreprises du secteur**.

- **Le V fixe le montant Z pour 2022 à 2,15 milliards d'euros.**

Ce montant était fixé pour 2021 à 2,09 milliards d'euros.

b) La trajectoire pluriannuelle avancée

L'évaluation préalable indique une perspective de **baisse du montant Z à partir de 2023**, estimant un montant 2022 porté par l'effet des mesures du CSIS, qui prendront fin pour partie à l'issue de cette année.

B. Des mises en cohérence d'assiettes concernant les médicaments

1. Une mise en cohérence de l'assiette de la clause de sauvegarde

Le 1° du I étend l'assiette des médicaments pris en compte pour le calcul du chiffre d'affaires retenu pour le déclenchement de la clause de sauvegarde du médicament.

Sont ainsi ajoutées les **prises en charge au titre de la reconnaissance des « AMM miroirs »** intégrées à l'article 34 du présent PLFSS par la référence à l'article L. 162-18-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que la prise en charge **au titre du nouveau dispositif d'accès direct** créé à l'article 36 de ce même texte.

Une **mise en cohérence** est également assurée au II de l'article L. 138-10 avec **l'inscription dans les médicaments pris en compte des spécialités prises en charge et faisant l'objet d'une autorisation d'importation (e) du 1°**. Le Gouvernement précise l'intention d'intégrer à la clause de sauvegarde l'ensemble des dépenses relatives aux médicaments.

Le 2° procède aux mêmes coordinations relatives aux dispositifs prévus aux articles 34 et 36 du PLFSS à **l'article L. 138-11 du même code précisant l'assiette de la contribution comme entendue minorée des remises prévues** à ces mêmes articles.

Le 3° intègre enfin les prises en charge au titre de l'accès direct au dispositif prévu à **l'article L. 138-13 dudit code de remises conventionnelles pouvant être conclues avec les CEPS** et permettre, au-delà d'un certain seuil, des exonérations en cas de déclenchement de la clause de sauvegarde.

2. Une mise en cohérence du champ des autres contributions

Sur le même mouvement d'intégration des dispositifs de prise en charge dérogatoire, les 8°, 9° et 10° **procèdent** à l'extension du champ de la **contribution due au titre des dépenses promotionnelles** les médicaments pour les médicaments pris en charge **au titre de l'accès précoce ou au titre de l'accès direct**. Les coordinations sont également réalisées concernant les règles d'abattement et d'exonérations.

Enfin, le 11° étend également la **contribution sur le chiffre d'affaires** aux mêmes médicaments pris en charge au titre des deux dispositifs dérogatoires précités.

C. Des ajustements concernant les dispositifs médicaux

1. Des modalités de calcul propres aux dispositifs médicaux

Si la clause de sauvegarde du médicament intègre aujourd'hui déjà les médicaments pris en charge au titre de l'accès précoce, **la clause relative aux dispositifs médicaux n'intègre pas les dispositifs pris en charge à titre transitoire**.

Le 4° modifie **l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale** et procède ainsi à **l'intégration, dans l'assiette retenue, des produits et prestations pris en charge à titre transitoire en application de l'article L. 165-1-5 du même code** et à l'intégration des majorations prévues à l'article L. 165-7 dudit code¹.

¹ Ces majorations sont intégrées au remboursement dans le cas où le montant facturé à l'établissement de santé est inférieur au tarif de responsabilité.

Le Gouvernement justifie cette extension par une mise en cohérence des assiettes du médicament et du dispositif médical, mais également par la nécessaire prise en compte de dispositifs présumés innovants, onéreux et donnant lieu à des versements par l'assurance maladie. Il s'agit en outre d'intégrer la **réserve d'interprétation formulée en 2019 par le Conseil constitutionnel** sur la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux¹.

Le 5° et le *a)* du 6° procèdent aux mêmes mises en cohérence.

Le *b)* du 6° modifie lui le montant de la contribution due en cas de dépassement de la clause de sauvegarde en prévoyant que **le plafond de contribution est établi au regard du montant remboursé** et non du chiffre d'affaires réalisé. Cette modification est cohérente avec l'assiette de la contribution, prise sur ce montant remboursé. En conséquence, le 7° **supprime le processus déclaratif du chiffre d'affaires** par les entreprises.

D. Entrée en vigueur

Concernant les **mises en cohérence d'assiettes sur les clauses de sauvegarde** ou le champ de la **contribution sur le chiffre d'affaires**, le II prévoit une **application dès 2021**.

Cependant, concernant **la contribution des entreprises au titre de leurs activités promotionnelles**, prévue à l'article 245-1 du code de la sécurité sociale, l'application se fera **pour les exercices clos à compter du 31 décembre 2021**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article modifié par des **précisions rédactionnelles**.

III - La position de la commission

A. Une trajectoire financière discutable

1. Une progression très maîtrisée des montants M et Z dans un contexte de forte innovation

La rapporteure générale reconnaît la prise en compte, dans la construction des montants retenus pour la clause de sauvegarde, des **engagements gouvernementaux pris à la suite du CSIS 2021**. Cet effort en direction des industries des produits de santé est **bienvenu et nécessaire tant du point de vue de l'indispensable soutien à l'innovation que de la consolidation de la souveraineté sanitaire de notre pays**.

¹ Considérant 42 de la décision n° 2019-795 DC du 20 décembre 2019 « (...)Dès lors, le montant remboursé mentionné aux articles L. 138-19-8, L. 138-19-9 et L. 138-19-10 du code de la sécurité sociale et au paragraphe II de l'article 23 de la loi déferée ne saurait, sans méconnaître l'exigence de prise en compte des facultés contributives résultant de l'article 13 de la Déclaration de 1789, être interprété comme incluant la majoration prévue à la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 165-7 du code de la sécurité sociale ».

Cependant, la rapporteure générale a été alertée par les industriels tant du médicament que des dispositifs médicaux sur les hypothèses retenues pour les années à venir.

Aussi, s'il constate l'effort consenti par le Gouvernement avec une croissance retenue pour 2022 à 2,7 %, le Leem a notamment souligné **la divergence de plus en plus forte entre la croissance du marché du médicament et celle du budget régulé**. Surtout, le Leem a interpellé la rapporteure générale sur la construction même de la clause de sauvegarde et les hypothèses retenues pour son calcul. Ainsi, selon ses représentants, la clause pourrait s'élever en 2022 à 450 millions d'euros, constituant un nouveau record.

De la même manière, le **Snitem s'est inquiété d'un niveau du montant Z laissant craindre selon lui un déclenchement possible de la clause de sauvegarde**. Cependant, interrogé sur ce point, le CEPS a indiqué à votre rapporteure **estimer le risque de déclenchement comme faible**, malgré une situation très incertaine du secteur du dispositif médical et la particularité du périmètre de cette clause de sauvegarde, susceptible de concerner de fortes innovations.

Concernant l'inscription dans l'étude d'impact d'un rendement attendu de la clause de sauvegarde du médicament, la rapporteure générale constate ici un **changement de paradigme dans l'approche gouvernementale du partage entre économies attendues et déclenchement de la clause de sauvegarde**.

- Aussi, **le rendement prévisionnel apparaît désormais être une « garantie » du niveau de contribution, que les économies attendues aient été consenties ou non**. Comme souligné par le CEPS, cette anticipation d'un rendement prévisionnel pourrait constituer une protection pour les industriels *« contre l'aléa d'un calibrage qui se révélerait in fine excessif des économies par rapport à l'objectif M »*.

Cependant, la rapporteure générale regrette les lacunes inhérentes au suivi de la maîtrise des dépenses de produits de santé, qui ne peuvent révisées opportunément en fonction de la réalisation constatée, du fait d'un calendrier décalé de déclaration.

2. Des économies attendues à des niveaux élevés

La commission a également été **sensibilisée par les industriels sur les niveaux élevés d'économies attendues, qui retrouvent des montants pratiqués avant la crise sanitaire**.

Interrogé sur la crédibilité de l'hypothèse d'économies retenue par le Gouvernement, le CEPS a indiqué à la rapporteure générale que *« l'objectif de 0,83 milliard d'euros annoncé dans l'annexe est dans la partie haute de la fourchette des estimations du SG-CEPS. Il n'est donc pas exclu que l'atteinte de l'objectif contraigne à quelques décisions unilatérales »*.

Surtout, le CEPS a souligné un exercice annuel de régulation par baisse de prix qui « *s'inscrit dans un cadre contraint* » aux multiples objectifs – notamment de financement de l'innovation et de préservation de la sécurité d'approvisionnement – qui **restreint le périmètre des baisses de prix possibles**.

Concernant le dispositif médical, le CEPS a considéré le montant d'économies demandé sur la liste des produits et prestations, à hauteur de 200 millions d'euros, comme « *ambitieux, compte tenu notamment des difficultés rencontrées en 2021 pour réaliser le plan de baisse et des tensions fortes avec les prestataires de services et distributeurs de matériel* ». Le CEPS a cependant souligné que les économies pour 2022 bénéficieront d'un effet report de grande ampleur – 110 millions d'euros estimés aujourd'hui –, permettant d'alléger la charge des nouvelles baisses de prix pesant sur les industriels et les prestataires en 2022.

Par ailleurs, la rapporteure générale constate que l'ensemble des « **mises en cohérence** » **apportées par le présent article représentent en réalité des augmentations des contributions des industriels**, que cela soit par l'impact attendu sur la clause de sauvegarde que sur les contributions sur le chiffre d'affaires ou les dépenses de promotion.

À ce titre, le Leem a fait état auprès de la rapporteure générale d'une éventuelle lacune relative à la prise en compte des dépenses de promotion pour ce qui est des médicaments en accès précoce, ces dépenses n'étant autorisées qu'après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché.

B. Des adaptations à prévoir

1. Une définition de l'assiette à préciser concernant la contribution sur le chiffre d'affaires

Dans le contexte de cet article de « mises en cohérence », la rapporteure générale estime pertinent de préciser le champ de l'assiette applicable à la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises du médicament.

Ainsi, il conviendrait de **retrancher du chiffre d'affaire apprécié les remises consenties**. La commission a ainsi adopté **l'amendement n° 141** visant à **préciser l'assiette de cette taxe et à en déduire les remises**.

2. Une préoccupation relative aux génériques

En outre, alertée par le Gemme sur certaines fragilités du secteur des génériques, la rapporteure générale s'interroge sur les **possibilités de mises en cohérence du traitement des spécialités, que celles-ci soient vendues en ville ou à l'hôpital**. Il s'agit là également d'une définition plus fine du chiffre d'affaires appréciable, en l'espèce de l'intégration ou non des remises commerciales dans le périmètre de la clause de sauvegarde.

3. Des ajustements nécessaires concernant les dispositifs médicaux

Concernant la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux, la rapporteure générale constate à nouveau les lacunes de construction initiale du mécanisme propre aux dispositifs médicaux. Il est nécessaire de mieux prendre en compte les particularités d'un secteur composé pour l'extrême majorité de TPE/PME et ses contraintes propres, du fait de dispositifs faisant l'objet d'un grand nombre de référencements pour de petites séries.

Elle estime ainsi **nécessaires des évolutions concernant les conditions éventuelles de son déclenchement**, sur le modèle de la clause de sauvegarde des médicaments et prenant en compte :

- un **barème de taux progressifs** ;
- une **contribution ajustée au regard des efforts éventuellement déjà consentis par les industriels en amont**.

La commission a à ce titre adopté **l'amendement n° 140** visant à prévoir des **taux progressifs de la contribution due en cas de dépassement de la clause de sauvegarde du dispositif médical**.

La commission a enfin adopté un amendement n° 142 d'ordre rédactionnel.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 16 bis (nouveau)

Renforcer les sanctions contre les grossistes-répartiteurs « short liners » qui ne respectent pas leurs obligations de service public

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit une majoration de l'amende applicable en cas de sanction pour les « short liners » grossistes-répartiteurs manquant à leurs obligations de service public.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

A. Des sanctions prévues pour les grossistes-répartiteurs en cas de manquement à leurs obligations de service public

Aux termes de l'article L. 5124-17-2 du code de la santé publique, les grossistes-répartiteurs sont tenus de respecter, sur leur territoire, une série d'obligations de service public.

Celles-ci, déterminées par décret en Conseil d'État¹, comprennent par exemple notamment une obligation de satisfaire du lundi au samedi, à tout moment, la consommation habituelle de la clientèle durant deux semaines.

L'article L. 5423-5 du code de la santé publique prévoit des sanctions en cas de manquement par les grossistes-répartiteurs à leurs obligations légales de service public. La peine est fixée à deux ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende.

B. Un renforcement des sanctions pour les « short liners »

Comme le rappelle la députée Audrey Dufeu, à l'initiative de cet article additionnel, **les « short liners » concentrent leur activité sur la vente directe d'une série de références peu nombreuses et aux marges élevées** avec, souvent, dans le même temps une activité parallèle d'export sur des produits contingentés par les laboratoires.

Sur ce sujet, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM)² souligne que le respect de leurs obligations de service public conduit les grossistes-répartiteurs à disposer d'une collection suffisante de médicaments et de capacités de stockage adéquates en vue d'assurer les livraisons dans les délais. Or, **si ces contraintes ont un coût pour les grossistes-répartiteurs, elles « sont indispensables à l'approvisionnement approprié et continu des patients en France ».**

Surtout, l'Agence considère qu'au-delà de la question d'équité entre les acteurs de ce marché, la pratique des « short liners » **« peut favoriser l'introduction des médicaments falsifiés dans la chaîne légale de distribution, compliquer la traçabilité et entraîner un assèchement du marché car certains "short-liners" achètent des médicaments à moindre coût en France pour les revendre dans d'autres pays européens ».**

Aussi, le présent article 16 bis entend renforcer les sanctions à l'encontre des grossistes-répartiteurs dits « short liners » afin d'en décourager les pratiques et de les faire disparaître.

Il prévoit ainsi de **compléter l'article L. 5423-5 du code de la santé publique afin de préciser qu'en cas de récidive, l'amende est portée à un maximum de 10 % du chiffre d'affaires annuel le plus élevé des trois derniers exercices connus à la date des faits.**

Par ailleurs, la seconde phrase **affecte le produit de l'amende pour manquement aux obligations de service public des grossistes répartiteurs à l'ANSM.**

¹ Dispositions codifiées à l'article R. 5124-59 du code de la santé publique.

² <https://ansm.sante.fr/actualites/grossistes-repartiteurs-lansm-prend-des-mesures-a-lencontre-des-short-liners>.

II - La position de la commission :

La rapporteure partage la préoccupation de l'Assemblée nationale de mieux lutter contre les pratiques préjudiciables de certains grossistes-répartiteurs.

Elle constate cependant que la **majoration substantielle** des sanctions pour récidive **ne distingue pas précisément ces comportements** et pourrait emporter des conséquences plus larges pour les grossistes répartiteurs.

Aussi, la commission a adopté un **amendement n° 143** de la rapporteure visant à préciser que cette majoration s'applique « *en cas de manquement grave et répété constituant un risque pour l'approvisionnement en médicaments* ».

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 16 ter (nouveau)

Moyens et missions des comités de protection des personnes

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, élève le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques. En outre, il modifie les conditions de l'évaluation éthique des recherches impliquant la personne humaine et institue un cadre juridique spécifique pour les comités d'éthique locaux de la recherche afin de leur confier l'examen des recherches non interventionnelles.

Favorable à l'augmentation des moyens de fonctionnement des comités de protection des personnes, la commission vous demande d'adopter cet article modifié, néanmoins, par un amendement de suppression de son II dont les dispositions s'écartent du champ des LFSS et présentent, à ce titre, un risque d'inconstitutionnalité.

I - Le dispositif proposé

Résultant d'un amendement de M. Cyrille Isaac-Sibille ayant reçu, en première lecture à l'Assemblée nationale, des avis favorables de la commission et du Gouvernement, l'article 16 *ter* comporte deux types de mesures bien distinctes.

A. L'augmentation d'une taxe sur l'industrie pharmaceutique destinée à dégager des financements supplémentaires pour les comités de protection des personnes

Le I de l'article 16 *ter* relève de 0,18 % à 0,20 % le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires à laquelle sont assujetties, en application de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale, les entreprises pharmaceutiques.

Ce taux porte sur la contribution dite « de base »¹, assise sur le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) réalisé par la vente de l'ensemble des médicaments, remboursables ou non par l'assurance maladie, pour lesquels l'entreprise dispose d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou d'une autorisation d'importation parallèle. N'est pas incluse dans cette assiette la vente des médicaments génériques ne faisant pas l'objet d'un remboursement sur la base d'un tarif forfaitaire de responsabilité ou dont le prix de vente est identique à celui de leur *princeps*, des médicaments orphelins et des médicaments dérivés du sang. N'est donc pas concernée par l'article 16 *ter* du PLFSS pour 2022 la contribution additionnelle prévue au VI de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale.

En application du X de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale, le produit de la contribution de base sur la vente des spécialités pharmaceutiques est affecté à la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM).

Le taux de la contribution de base de l'industrie pharmaceutique avait déjà fait l'objet d'une hausse de 0,01 % en loi de financement de la sécurité sociale pour 2021². Initialement estimé par le Leem à 3,2 millions d'euros (en base 2019), le rendement de cette hausse s'est établi à 2,5 millions d'euros selon des informations transmises par la direction générale de la santé.

Ces 2,5 millions d'euros ont été reversés par la CNAM à l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), qui autorise les recherches impliquant la personne humaine (RIPH) interventionnelles. 1,64 millions d'euros ont été conservés par l'agence pour financer 20,5 équivalents temps plein (ETP) et 860 000 euros³ ont été attribués par l'ANSM à 34 comités de protection des personnes (CPP), dans le cadre d'une opération pour compte de tiers, afin de financer 17 recrutements de personnel administratif pour permettre à chaque CPP de disposer d'1,5 ETP administratif.

L'attribution de ce financement aux CPP par l'ANSM est intervenue sur le fondement du dernier alinéa de l'article L. 5321-2 du code de la santé publique, qui autorise l'agence à « *attribuer des subventions dans des conditions prévues par le conseil d'administration.* ». Les montants que l'agence a dû reverser aux CPP ainsi que la liste des CPP bénéficiaires ont été déterminés par le directeur général de la santé dans une lettre adressée à la directrice générale de l'ANSM en date du 23 février 2021.

¹ Mentionnée par le I de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale.

² Article 37 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

³ Et non 850 000 euros comme initialement prévu par l'arrêté du 19 mai 2021 fixant le montant pour l'exercice 2021 du financement de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Comme en loi de financement de la sécurité sociale pour 2021¹, l'exposé des motifs de l'amendement souhaite une mobilisation du rendement supplémentaire tiré de la hausse de la contribution sur le CAHT des entreprises pharmaceutiques pour l'augmentation du financement des CPP. L'auteur de l'amendement précise que ce surplus de financement a vocation à permettre la revalorisation de l'indemnisation des membres des CPP assurant les fonctions de rapporteurs dans l'examen des projets de recherche, ainsi que le développement des moyens d'expertise des comités et l'harmonisation de leurs pratiques. Les CPP sont chargés de se prononcer sur l'évaluation éthique des RIPH dans le cadre de leur procédure d'autorisation.

Recouvré par l'assurance maladie, le rendement supplémentaire tiré de l'augmentation de la contribution de base sera, comme en 2021, reversé par la CNAM à l'ANSM par rectification de sa dotation annuelle. Pour 2022, l'augmentation de 0,02 % devrait permettre un rendement estimé par la direction de la sécurité sociale à cinq millions d'euros.

B. Une réforme d'ampleur de l'évaluation éthique des RIPH non interventionnelles

Le **II** de l'article 16 *ter* procède à une réforme des conditions de l'évaluation éthique des projets de recherche biomédicale à caractère non interventionnel.

Il est ainsi prévu de subordonner la mise en œuvre d'une recherche non interventionnelle² à l'avis favorable non plus d'un CPP mais d'un comité d'éthique local de la recherche agréé par le ministre de la santé. Cette mesure vise à décharger les CPP de l'examen de projets de recherche qui pèsent de façon disproportionnée dans leur activité et les empêchent de consacrer une part suffisante de leurs moyens, déjà limités, à l'étude des demandes d'essais cliniques.

L'article 16 *ter* du PLFSS pour 2022 précise ainsi, pour les comités d'éthique locaux de la recherche, leurs modalités d'agrément – ils doivent être agréés pour une durée déterminée par le ministre de la santé –, ainsi que leurs règles de fonctionnement et de composition – leurs membres seront nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente –, ces règles ayant vocation à être précisées par arrêté. Il institue, par ailleurs, une commission nationale de coordination et de recours des comités d'éthique locaux de la recherche, chargée de coordonner, d'harmoniser et d'évaluer les pratiques de ces comités, sur le modèle de la commission nationale des RIPH (CNRIPH) pour les CPP.

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

² C'est-à-dire, aux termes du 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique, une recherche ne comportant aucun risque ni contrainte et dans laquelle tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle.

Toutefois, cette commission se voit reconnaître, à la différence de la CNRIPH, une compétence pour statuer « en appel » sur le recours formé, le cas échéant, par un promoteur contre un avis défavorable rendu par un comité d'éthique local de la recherche. À titre de comparaison, s'agissant des recherches interventionnelles, le droit en vigueur prévoit qu'en cas d'avis défavorable d'un CPP, le promoteur peut demander au ministre de la santé de soumettre le projet, pour un second examen, à un autre CPP.

L'article 16 *ter* du PLFSS pour 2022 institue, en outre, un dispositif permettant au ministre de la santé, par dérogation au principe de tirage au sort du CPP, de désigner le comité chargé d'examiner un projet de recherche « *en cas de situation d'urgence ou de menace sanitaire grave nécessitant la mise en œuvre sans délai d'une recherche* ». Ce dispositif correspond à la pérennisation de la procédure accélérée (dite de « *fast track* »), prévue par l'article 17 de l'ordonnance n° 2020-460 du 22 avril 2020¹, qui permet au ministre de la santé, pendant la crise sanitaire et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2021, de désigner le CPP se prononçant sur une RIPH en lien avec l'épidémie de covid-19.

L'article 16 *ter* du PLFSS pour 2022 confie également aux établissements de santé une mission de réflexion, en leur sein sur l'éthique liée à la recherche en santé et leur permet, à cette fin, de créer un comité d'éthique local de la recherche.

Enfin, dans l'objectif de faciliter le déploiement d'essais cliniques en ambulatoire, il est prévu d'autoriser leur réalisation « *dans les domiciles des participants [aux] recherches* », en modifiant à cet effet l'article L. 1121-13 du code de la santé publique relatif à l'autorisation des lieux de réalisation des recherches. Par coordination, est ouverte, à l'article L. 1121-1 du même code, la possibilité pour le promoteur de désigner des investigateurs chargés de coordonner la recherche « *par site ou territoire* », plutôt que par lieux, afin, par exemple, de permettre la coordination, au niveau d'un secteur géographique, d'un essai clinique mené en ambulatoire.

Le **III** de l'article 16 *ter* du PLFSS pour 2022 prévoit une entrée en vigueur du II - à l'exception de ses dispositions relatives à la réalisation d'essais cliniques en ambulatoire - à une date fixée par arrêté du ministre de la santé et, au plus tard, le 1^{er} juin 2022.

¹ Ordonnance n° 2020-460 du 22 avril 2020 portant diverses mesures prises pour faire face à l'épidémie de covid-19.

II - La position de la commission : supprimer des dispositions qui s'écartent du champ des lois de financement de la sécurité sociale

La commission milite de longue date pour un renforcement des moyens des CPP qui n'ont bénéficié, en 2021, que de 4,1 millions d'euros au titre du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » de la mission « Santé » en loi de finances pour 2021¹, un montant inchangé par rapport à 2020. Dans son rapport sur les crédits de la mission « Santé » pour 2021, elle avait ainsi alerté sur le fait qu'« *en dépit des promesses de la ministre des solidarités et de la santé fin 2018, 34 CPP sur 39 continuent de fonctionner avec seulement un équivalent temps plein* », en rappelant qu'« *avec un seul ETP, les CPP ne sont pas en capacité d'assurer la permanence administrative que requiert la gestion d'un flux croissant de dossiers, alimentée par le tirage au sort pour l'attribution de l'examen des projets de recherche.* »

En conséquence, la commission est favorable à l'augmentation du taux de la contribution de base de l'industrie pharmaceutique. Cette mesure ne suscite, du reste, pas d'opposition des industriels qui aspirent également à ce que les CPP puissent se consacrer, dans des conditions optimales, à l'examen des demandes d'essais cliniques.

Pour autant, la commission s'interroge sur le circuit par lequel le rendement tiré de l'augmentation de la contribution de base sur la vente des spécialités pharmaceutiques vient alimenter le budget des CPP. Il a en effet vocation à être reversé, dans un premier temps, par la CNAM à l'ANSM par une majoration, en budget rectificatif pour 2022, de la dotation de l'assurance maladie à l'agence. Comme en 2021, l'ANSM devrait ensuite, en application du dernier alinéa de l'article L. 5321-2 du code de la santé publique, attribuer des subventions aux CPP, selon des modalités et une répartition définie par une instruction du directeur général de la santé. Ce circuit de financement apparaît néanmoins problématique dès lors que la commission entend fixer, à l'article 54 du PLFSS pour 2022, le montant de la dotation annuelle que la CNAM est censée verser à l'ANSM.

En outre, la commission rappelle qu'il a été mis fin, à compter du 1^{er} janvier 2012, à la perception par l'ANSM de taxes et redevances de l'industrie pharmaceutique, dans le souci de renforcer l'indépendance de l'agence. Il serait surprenant de reverser une part du produit d'une contribution des laboratoires pharmaceutiques dans le budget de l'agence, quand bien même il s'agirait de faire « transiter » cette ressource vers les CPP. En conséquence, la commission préconise le reversement du rendement tiré de l'augmentation de la contribution de base de l'industrie pharmaceutique sur la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac)², afin qu'il vienne alimenter le budget des hôpitaux auxquels sont rattachés les CPP.

¹ Loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020 de finances pour 2021.

² Mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, l'insertion dans un PLFSS de dispositions relatives aux conditions d'examen des projets de RIPH et à la création de comités d'éthique locaux de la recherche pose de sérieuses questions sur le plan constitutionnel. En effet, ces dispositions, qui concernent la sécurité du médicament et des produits de santé, sont manifestement étrangères au domaine des lois de financement de la sécurité sociale défini par l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. Du reste, elles n'ont pas d'effet ou n'ont qu'un effet trop indirect sur les comptes sociaux.

En conséquence, le II de l'article 16 *ter* présente, au regard de la jurisprudence du Conseil constitutionnel sur les cavaliers sociaux, un risque d'inconstitutionnalité. Si la commission ne nie pas l'intérêt d'une réforme d'ampleur de l'évaluation éthique des recherches biomédicales, elle estime que des dispositions de cette nature n'ont pas leur place dans une LFSS mais plutôt dans une loi relative à la bioéthique ou à la sécurité du médicament. À cet égard, elle rappelle qu'une proposition de loi relative à l'évaluation éthique de la recherche impliquant la personne humaine a précisément été déposée par sa présidente, Mme Catherine Deroche, le 7 novembre 2019. Ce texte prévoit justement le retrait de l'examen des recherches non interventionnelles du champ d'activité des CPP pour le transférer à un « *comité d'éthique des recherches non interventionnelles, de protection des personnes et de leurs données de santé* ».

Dans ces conditions, la commission a adopté un amendement n° 144 de suppression du II de l'article 16 *ter*.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 17

Transferts financiers entre branches et régimes de la sécurité sociale

Ce traditionnel article, dit « de tuyauterie », tend à ajuster les flux financiers entre branches de la sécurité sociale ainsi qu'entre les régimes de base et complémentaire de retraite des exploitants agricoles.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par un amendement qu'elle a adopté afin de rejeter le transfert d'un milliard d'euros de la branche famille à la branche maladie.

I - Le dispositif proposé

A. La modification de la répartition de la taxe sur les salaires entre les branches du régime général

Au sein du régime général, il est proposé d'effectuer des ajustements dans l'attribution de fractions de la taxe sur les salaires entre les branches autonomie, famille et maladie afin de tenir compte de l'évolution de leurs charges. Certains de ces mouvements ne concerneraient que l'année 2022 alors que d'autres seraient pérennes.

1. Le financement de nouvelles charges de la branche autonomie

En premier lieu, il est proposé de procéder à **un transfert de ressources d'un montant de 200 millions d'euros de la branche maladie vers la branche autonomie** afin de financer un transfert de charges de même montant entre ces branches. Il s'agit plus précisément du coût du dispositif d'accueil des adultes français en situation de handicap dans les établissements belges.

En sens inverse, comme cela a été indiqué dans le commentaire de l'article 6 de ce PLFSS, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a défini les dépenses et les recettes de la nouvelle branche autonomie, mais elle a omis de prendre en compte la participation de cette branche à la couverture des charges de gestion administrative de l'Acoss prévue à l'article L. 225-6 du code de la sécurité sociale ainsi que les charges de non-recouvrement et les frais de dégrèvement liés à la CSG qui lui revient.

Comme les charges de non-recouvrement de l'Acoss devraient diminuer en 2022 à la sortie de la crise épidémique, il est proposé de **diminuer à due concurrence la fraction de taxe sur les salaires attribuée à ce titre à la branche autonomie par l'article 6 du présent PLFSS (2° et 3° du A du I du présent article).**

2. Un transfert de ressources pour la seule année 2022 de la branche famille vers la branche maladie

Le présent article prévoit également **un transfert d'une fraction de taxe sur les salaires pour la seule année 2022 de la branche famille vers la branche maladie, pour un montant d'un milliard d'euros.**

Ce mouvement correspond à la prise en charge par la branche maladie, en 2020 et 2021, des **arrêts de travail indemnisés pour garde d'enfant mis en place de manière exceptionnelle pendant l'épidémie de covid-19.**

Considérant que la branche famille a réduit ses charges au titre de la garde d'enfant du fait de ce dispositif, et au regard de la situation financière très contrastée de ces deux branches, le Gouvernement propose donc, dans les faits, de faire financer ces indemnités d'arrêts de travail à la branche famille en lieu et place de la branche maladie (**1° et 2° du A du I du présent article**).

Un réajustement en sens inverse interviendrait dès 2023 (**B du I du présent article**).

3. Le bilan financier de ces opérations

Au total, le bilan financier de l'ensemble de ces opérations au sein du régime général, en 2022 puis 2023, est résumé par le tableau suivant.

Impact financier des modifications de la répartition proposée de la taxe sur les salaires entre branches du régime général

(en millions d'euros)

Branche	2022	2023
Maladie	+542	-458
Famille	-1 000	0
Autonomie	+458	+458

Source : Annexe 9 du PLFSS pour 2022

B. Les transferts entre les régimes de base et complémentaire de retraite des exploitants agricoles

En dehors du régime général, un transfert de ressource fiscale est prévu entre le régime de base¹ et le régime complémentaire² de retraite des exploitants agricoles afin de financer la prise en charge, par ce dernier, du coût de la revalorisation des pensions de retraite agricole.

En effet, aux termes de l'article 1^{er} de la loi n° 2020-839 du 3 juillet 2020 visant à assurer la revalorisation des pensions de retraite agricoles en France continentale et dans les outre-mer (dite « loi Chassaigne »), **les chefs d'exploitation ayant exercé leur activité sous ce statut pendant 17 ans et demi bénéficieront un niveau minimum de pension à 85 % du SMIC, à compter du 1^{er} novembre 2021³.**

D'un point de vue technique, cette garantie passe par un complément différentiel de retraite complémentaire (CDRCO) correspondant à 85 % du SMIC pour une carrière complète. Le coût de cette mesure est évalué à **283 millions d'euros pour le régime complémentaire des exploitants agricoles obligatoire (RCO)** qui verse ledit complément.

Or le régime complémentaire, tout juste à l'équilibre financier avant l'absorption de cette nouvelle charge, pourrait être contraint d'augmenter ses cotisations afin de la financer en l'absence d'une autre ressource.

À l'inverse, les comptes prévisionnels du régime de base des exploitants agricoles affiche un excédent de l'ordre de 300 millions d'euros.

C'est pourquoi le **II du présent article** propose de **modifier, à compter du 1^{er} janvier 2022 et de manière pérenne, la répartition du produit des droits de consommation sur les alcools** mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts entre les deux régimes, qui en sont déjà affectataires.

La modification proposée, qui diminue la fraction de ces droits affectée au régime de base 12,92 points⁴ et augmente à due proportion celle affectée au RCO⁵, correspond au montant de 283 millions d'euros nécessaire pour financer le complément différentiel de pension de la « loi Chassaigne ».

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

¹ Qui fait partie des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS).

² Ce régime se situe en dehors des ROBSS et ne relève donc pas, en propre, du périmètre actuel des lois de financement de la sécurité sociale.

³ Article 3 du décret n° 2021-769 du 16 juin 2021.

⁴ Celle-ci passerait de 39,59 % à 26,67 %.

⁵ Cette fraction passerait de 13,81 % à 26,73 %.

III - La position de la commission

La commission soutient plusieurs des mesures proposées par le présent article.

Ainsi, elle a approuvé le principe d'un accroissement des ressources de la branche autonomie afin de lui permettre de financer les charges qui lui incombent du fait, d'une part, du transfert du dispositif d'accueil des adultes français en situation de handicap dans les établissements belges et d'autre, part, de sa quote-part des charges de l'Acoss. Cet ajustement entre bien dans la logique qui a présidé à l'établissement de la branche autonomie l'année dernière, à savoir la mise en place d'un panier de recettes propre à lui assurer un démarrage de ses activités à l'équilibre d'un point de vue financier.

De même, la commission n'est pas opposée à l'octroi au RCO d'une fraction supplémentaire des droits sur les alcools pour permettre à ce régime d'absorber le surcroît de ses charges résultant de la « loi Chassaing » sans augmenter ses cotisations. L'opération proposée par le présent article respecte les conditions de l'équilibre financier du régime de base et du régime complémentaire ; les représentants professionnels entendus par le rapporteur général ont d'ailleurs confirmé leur soutien à ce dispositif.

En revanche, **la commission n'a pas soutenu le transfert d'un milliard d'euros en 2022 de la branche famille vers la branche maladie**. Elle a considéré, sur le fond, que les indemnités exceptionnelles de garde d'enfant étaient directement liées à la situation épidémique et résultaient de mesures sanitaires, ce qui justifie une prise en charge par la branche maladie. En outre, il est permis de s'interroger sur le sens d'une opération qui diminue artificiellement l'excédent financier de la branche famille alors même que la politique familiale du Gouvernement se caractérise par sa grande frilosité.

C'est pourquoi la commission a adopté, à l'initiative de la rapporteure générale, **un amendement n° 145 qui annule ce transfert** et qui limite en conséquence, dès 2022, les modifications de répartition de la taxe sur les salaires à une simple révision du partage entre les branches maladie et autonomie permettant à cette dernière d'absorber ses nouvelles charges.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 18

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

Cet article a pour objet d'approuver le montant de la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale qui font l'objet de l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Un montant de compensation estimé à 5,4 milliards d'euros

A. Après un exercice 2021 encore marqué par la crise épidémique...

Lors de la crise causée par l'épidémie de covid-19, les pouvoirs publics ont mobilisé des outils tels que l'activité partielle, des exonérations de cotisations, ou encore l'aide au paiement de ces mêmes cotisations ou des reports de leur paiement.

Les exonérations, intégralement compensées, ont coûté 4,9 milliards d'euros à l'État, en dehors du dispositif de l'activité partielle.

L'aide au paiement, de 20 % jusqu'au mois de mai 2021, puis de 15 % par la suite, a permis aux employeurs de payer les cotisations restant dues qu'il s'agisse de cotisations patronales ou salariales.

Par ailleurs, des dispositifs spécifiques de réduction des cotisations ont concerné des catégories spécifiques, comme les travailleurs indépendants, les travailleurs non-salariés agricoles, les mandataires sociaux ou les artistes-auteurs dont l'activité a été particulièrement touchée par les effets de la crise sanitaire.

Du fait de la mobilisation de ces différents outils, la compensation budgétaire des exonérations en 2021 devrait s'élever à 5,9 milliards d'euros, à comparer à la prévision initiale de 5,3 milliards d'euros, mais aussi au record de 8,1 milliards d'euros en 2020.

B. ... un retour à la normale est anticipé en 2022

Le présent article propose d'approuver un montant de 5,4 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au présent PLFSS. Il s'agit des exonérations dites « ciblées compensées », faisant l'objet d'une compensation au moyen de crédits budgétaires inscrits au projet de loi de finances.

Ce montant est en légère augmentation par rapport à celui qui a été adopté dans la dernière LFSS (5,3 milliards d'euros). Cette évolution correspond à celle du coût des dispositifs, aucune modification de périmètre significative n'étant à signaler.

De manière plus générale, le montant global des allègements et exonérations recouvre des exonérations et allègements de différentes natures que l'on peut distinguer comme suit :

(en milliards d'euros)

Mesures en millions d'euros	2020	2021 (p)	2022 (p)
Allègements généraux	55,5	60,1	65,0
Exonérations compensées	8,1	9,5	7,7
Exonérations non compensées	1,9	2,2	2,3
Total	65,5	71,7	74,9

Source : Annexe 5 PLFSS

L'évolution de ces montants traduit l'effet de la reprise économique suivant la crise du covid-19 sur l'activité économique et la masse salariale en 2020, en particulier pour ce qui concerne le montant des allègements généraux.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

La commission a approuvé le présent article malgré les incertitudes qui demeurent quant à l'estimation des compensations soumise à l'examen du Parlement.

En effet, le montant des compensations dépendra nécessairement de l'évolution de l'épidémie de covid-19, de ses conséquences économiques en 2022 et des mesures de soutien que les pouvoirs publics prendront pour y répondre, le cas échéant.

Toutefois, il convient de rappeler que le présent article présente un caractère estimatif et informatif - et non normatif. Il ne saurait évidemment constituer une quelconque limite aux crédits budgétaires que l'État consacrera en 2022

Sous le bénéfice de ces observations, la commission souhaite l'adoption du présent article par le Sénat.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 19

Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV

Cet article détermine, par branches, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre pour 2022 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Un solde qui devrait s'améliorer sous le seul effet de la reprise économique, tout en restant extrêmement bas

Cet article fait partie des dispositions **devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

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

(extraits du C du I)

C. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. (...) A cette fin :

d) Elle retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, pour le régime général, ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes ;

Il présente le tableau d'équilibre contenant, par branche, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale pour 2022.

Ce tableau, qui agrège les régimes obligatoires de base et le FSV, fait apparaître une prévision de déficit consolidé de 22,6 milliards d'euros selon la répartition par branches suivante.

**Tableau d'équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale
et du Fonds de solidarité vieillesse pour l'année 2022**

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	209,9	229,6	-19,7
AT-MP	15,6	14,1	1,4
Vieillesse	253,1	256,6	-3,6
Famille	51,4	49,7	1,7
Autonomie	33,3	34,2	-0,9
Toutes branches (hors transferts entre branches)	548,4	569,5	-21,0
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris FSV	547,2	569,8	-22,6

Source : PLFSS pour 2022

Malgré un très net rebond anticipé par rapport aux déficits historiques que la sécurité sociale a enregistré en 2020¹ et devrait enregistrer en 2021², le déficit prévu pour 2022 est l'un des plus élevés qui ait été soumis au vote du Parlement.

Comme cela a été vu dans le tome I du présent rapport, cette amélioration ne résulte que du dynamisme des recettes, sous l'effet de la reprise économique (+4 % de croissance du PIB) et de la nouvelle forte progression de la masse salariale (+6,1 %) attendues l'année prochaine. Ces bonnes nouvelles pourraient même être revues à la hausse lors de l'examen du présent PLFSS par le Sénat, le Gouvernement ayant saisi le Haut Conseil des finances publiques de nouvelles hypothèses macroéconomiques.

En revanche, l'effet des mesures nouvelles est inexistant, et même légèrement négatif (-0,5 milliard d'euros) dans l'amélioration du solde.

Au niveau des branches, il est à souligner que le déficit de la branche maladie devrait porter l'essentiel de la diminution du déficit. Celui-ci passerait de 30 milliards d'euros en 2021 à 19,7 milliards d'euros en 2022, sous l'effet de l'augmentation des recettes et de la très nette diminution des dépenses liées à la crise épidémique. Hors effet covid-19, l'**Ondam resterait très dynamique**, en particulier du fait de la poursuite du Ségur de la santé³.

¹ 39,7 milliards d'euros sur le périmètre des ROBSS et du FSV, voir article 1^{er}.

² 34,8 milliards d'euros sur ce même périmètre, voir article 7.

³ Cf. commentaire de l'article 56.

Le déficit de la branche vieillesse, prévu à 3,6 milliards d'euros, est également préoccupant et présentera un aspect structurel dans les années à venir en l'absence de réforme.

La situation financière des autres branches serait plus favorable, même si la branche autonomie, dont les recettes ont été calibrées afin de correspondre aux charges et de permettre un démarrage à l'équilibre, devrait connaître un nouveau déficit, de 0,9 milliard d'euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

La commission souhaite l'adoption par le Sénat du présent article, qui n'est que la traduction des votes des assemblées.

Tout comme les autres articles récapitulatifs, son exécution réelle reste soumise à l'évolution de la situation sanitaire, que chacun souhaite évidemment favorable.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 20

Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général et du FSV

Cet article détermine, par branche, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre pour 2022 du régime général de la sécurité sociale.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément aux dispositions de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale¹ rappelées à l'article 19.

¹ Sur ce point, la proposition de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, déposée par le député Thomas Mesnier et en cours de navette, prévoit qu'à l'avenir seuls les tableaux des ROBSS et du FSV soient soumis au vote du Parlement.

Il présente le tableau d'équilibre contenant, par branche, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses du régime général pour 2022.

À l'exception des branches vieillesse et AT-MP, ce tableau est très semblable à celui des régimes obligatoires de base. Il appelle, pour l'exercice à venir, la même analyse et la même conclusion.

Le tableau d'équilibre fait apparaître, sur ce périmètre, une prévision de déficit consolidé de 21,6 milliards d'euros selon la répartition par branches suivante.

**Tableau d'équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale
et du Fonds de solidarité vieillesse pour l'année 2022**

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	208,4	228,1	- 19,7
AT-MP	14,0	12,7	1,3
Vieillesse	145,3	147,8	- 2,5
Famille	51,4	49,7	1,7
Autonomie	33,3	34,2	- 0,9
Toutes branches (hors transferts entre branches)	438,2	458,2	- 20,0
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris FSV	438,2	459,8	- 21,6

Source : PLFSS pour 2022

Là encore, malgré un très net rebond anticipé par rapport au déficit historique que la sécurité sociale des années 2020 et 2021¹, le déficit prévu pour 2022 est l'un des plus élevés qui ait été soumis au vote du Parlement.

Les observations formulées sur les facteurs conduisant à cette amélioration sont les mêmes que pour les ROBSS et le FSV. Là aussi, un amendement du Gouvernement pourrait atténuer le déficit prévu en raison d'une évolution plus favorable de la conjoncture économique et de la masse salariale.

¹ 38,7 milliards d'euros en 2020 et 34,6 milliards d'euros en 2021 sur le périmètre du régime général et du FSV, voir articles 1^{er} et 7.

La situation par branche est comparable à celle décrite à l'article 19, avec toutefois un déficit de la branche vieillesse un peu moins marqué sur le périmètre du régime général et du FSV (2,5 milliards d'euros).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

De même que pour l'article 19, la commission souhaite l'adoption par le Sénat du présent article, qui n'est que la traduction des votes des assemblées.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 21

Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et du FSV

Cet article détermine, pour l'année 2022, l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que les prévisions de recettes du FRR et du FSV.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

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

(extraits du C du I)

C. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. (...) A cette fin :

b) Elle détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et elle prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit (...)

d) Elle retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, pour le régime général, ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes ;

Le I du présent article propose l'approbation du montant des recettes prévisionnelles du FSV en 2022 figurant en annexe C, soit 17,9 milliards d'euros.

Le II du présent article fixe l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir de la seule Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) à 18,3 milliards d'euros. Au 31 décembre 2022, l'amortissement cumulé représenterait ainsi 204,4 milliards d'euros. Compte tenu des nouveaux transferts¹ prévus en application de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, la dette nette à amortir par la Cades devrait s'élever à 137,3 milliards d'euros au 31 décembre 2022

Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) n'étant plus affectataire d'aucune recette depuis la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, le III du présent article propose logiquement de maintenir l'absence de recettes du fonds en 2021.

S'agissant du fonds de solidarité vieillesse (FSV), le IV reconduit également l'absence de recettes mises en réserve.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

¹ Un montant de transferts de 40 milliards d'euros est prévu en 2022.

Article 22

**Liste et plafonds de trésorerie des régimes
et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes**

Cet article vise à fixer les limites de recours à des ressources non permanentes pour les organismes de financement de la sécurité sociale.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Conformément aux dispositions de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à **recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts** par de telles ressources est arrêtée en loi de financement de la sécurité sociale.

Le présent article propose donc d'habiliter l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acosse), la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPR SNCF), la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM), la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) et la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) à recourir à des ressources non permanentes, et ce afin de couvrir leurs besoins de trésorerie.

Le tableau présent à cet article fixe les plafonds de recours à ces ressources non permanentes comme suit :

Proposition de plafonds pour 2022

(en millions d'euros)

Agence centrale des organismes de sécurité sociale	65 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	300
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF - période du 1 ^{er} au 31 janvier	500
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF - période du 1 ^{er} février au 31 décembre	200
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	410
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	150
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	4 500

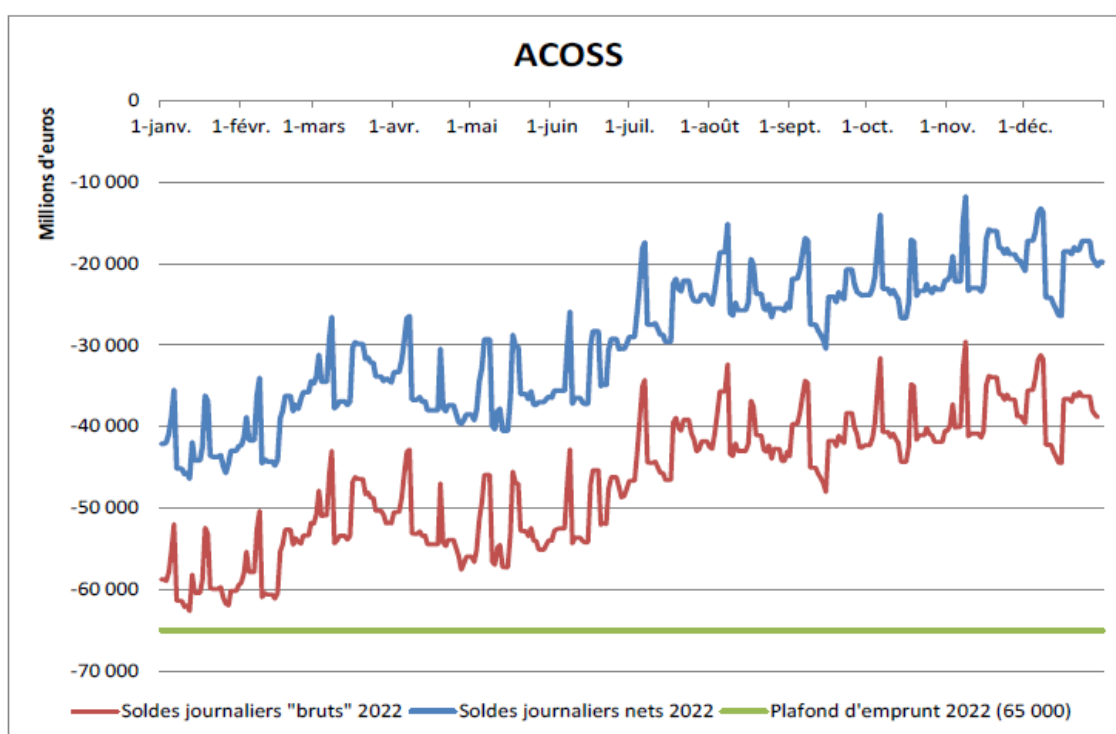
Source : PLFSS 2022

L'annexe 4 au PLFSS pour 2022 précise que les hypothèses retenues font apparaître **un solde moyen net prévisionnel de trésorerie du régime général de - 29,5 milliards d'euros**, en forte amélioration par rapport au solde prévisionnel rectifié pour 2021, de -44,8 milliards d'euros.

Ce profil net est complété des dispositifs de sécurité et des avances aux autres régimes obligatoires de base. Il aboutit ainsi à un **solde moyen brut de - 46,8 milliards d'euros** en 2022. Un **besoin de financement maximal** est anticipé pour le 12 janvier à hauteur de **62,6 milliards d'euros**.

Prévisions de soldes de l'Acoss pour 2022

(en millions d'euros)



Source : Annexe 4 du PLFSS pour 2022

Pour ce qui concerne les autres organismes, les évolutions les plus notables concernent :

- d'une part, la poursuite de la diminution du plafond de la CCMSA, les 300 millions d'euros demandés étant à comparer avec les 500 millions d'euros de 2021 et surtout les 5 milliards d'euros de 2020. Il faut y voir principalement l'effet de la reprise de dette de la CCMSA par la Cades, réalisée le 31 décembre 2020 pour 3,6 milliards d'euros ;

- d'autre part, la CNRACL, dont le plafond demandé augmente en 2022 (4,5 milliards d'euros après 3,6 milliards d'euros en 2021) malgré une reprise de dette de la Cades pour 1,3 milliard d'euros intervenue en 2021. Cette augmentation est liée aux déficits que continue d'enregistrer cette caisse.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Les plafonds demandés apparaissent correctement calibrés par rapport aux besoins prévisionnels des différents organismes. C'est notamment le cas de l'Acoss, qui dispose de marges adéquates sans que l'écart entre le besoin maximal de l'année 2022 et le plafond de 65 milliards d'euros ne soit trop « confortables ».

Il est à souligner que, parmi les amendements introduits par le Sénat dans la proposition de loi organique sur les LFSS en cours d'examen figure une disposition imposant la consultation préalable des commissions des affaires sociales avant la prise d'un décret augmentant ces plafonds. Une telle révision est, en effet, souvent synonyme de remise en cause des hypothèses sur lesquelles était construit l'équilibre financier des organismes dans la LFSS de l'année. Il est donc d'autant plus nécessaire de s'assurer de la pertinence du calibrage initial.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 23

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

Cet article tend à approuver le rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale constituant l'annexe B du PLFSS pour 2022.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé

A. Des dispositions faisant partie du domaine obligatoire des LFSS

Le présent article contient des dispositions faisant partie du domaine obligatoire des lois de financement de la sécurité sociale tel que défini à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Celui-ci dispose en effet que « dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale (...) approuve le rapport prévu au I de l'article L.O. 111-4 ». Et, aux termes de ce dernier article, ce rapport doit décrire « les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir. Ces prévisions sont établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques présentées dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances. »

B. Le contenu du rapport qu'il est proposé d'approuver

Sur le fond, le rapport constituant l'annexe B de ce PLFSS détaille, pour les années 2022 à 2025, les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et les soldes par risque pour les régimes obligatoires de base et par branche pour le régime général. Il présente également les recettes, les dépenses et les soldes du Fonds de solidarité vieillesse pour la même période.

La trajectoire présentée par l'annexe B repose sur le scénario d'un **rebond économique important en 2021 (+ 6 % de croissance du PIB¹) suivie d'une nouvelle année de croissance dynamique en 2022 (+ 4 %) avant un retour vers une croissance sensiblement plus modérée à partir de 2023.**

L'inflation hors tabac serait relativement soutenue sur l'ensemble de la période, oscillant entre 1,5 % et 1,8 %.

De même, l'évolution de la masse salariale du secteur privé, déterminante pour le niveau des recettes de la sécurité sociale, apparaît relativement favorable. Ainsi, après une chute de 5,7 % en 2020, notamment sous l'effet de l'activité partielle, la masse salariale rebondirait en 2021 (+ 6,2 %) et une nouvelle fois en 2022 (+ 6,1 %) puis conserverait un dynamisme durable sur l'ensemble de la période considérée (encore + 3,4 % en 2025 malgré une croissance du PIB retombée à 1,4 %). Il est à noter qu'à court terme, le Haut Conseil des finances publiques a considéré, dans son avis sur le projet de loi de finances pour 2022, que « *les prévisions d'emploi et de masse salariale pour 2021, qui ne tiennent pas compte des toutes dernières informations disponibles [sont] trop basses. Partant d'un niveau plus élevé en 2021, l'emploi et la masse salariale devraient également être plus élevés en 2022 que prévu par le PLF* ».

Les dépenses comprises dans l'Ondam, en « neutralisant » l'effet des dépenses exceptionnelles liées à la réponse au volet sanitaire de la crise épidémique de covid-19, progresseront très rapidement en 2021 et 2022, sous l'effet puis du Ségur de la santé et retrouveraient (par convention) un rythme « de croisière » de 2,4 % puis 2,3 % à partir de 2023.

Les principales hypothèses économiques fondant la prévision 2021-2025

Principales hypothèses retenues	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
PIB volume	1,4%	- 7,9%	6,0%	4,0%	1,6%	1,4%	1,4%
Masse salariale privée	3,1%	- 5,7%	6,2%	6,1%	3,9%	3,4%	3,4%
Inflation	0,9%	0,2%	1,4%	1,5%	1,5%	1,6%	1,8%
Croissance de l'Ondam	2,6%	9,4%	7,4%	- 0,6%	2,4%	2,3%	2,3%
Croissance de l'Ondam hors dépenses exceptionnelles « covid-19 »	2,6%	3,3%	6,6%	3,8%	2,4%	2,3%	2,3%

Source : Annexe B du PLFSS 2022

¹ Ce taux pourrait d'ailleurs être révisé à la hausse prochainement, le Haut Conseil des finances publiques ayant été saisi par le Gouvernement d'une correction de la croissance à 6,25 % pour cette année 2021.

Sur le fondement de ces hypothèses, globalement en ligne avec celles qui figuraient dans le rapport de l'année dernière, l'ensemble constitué par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) et le Fonds de solidarité vieillesse resteraient en **très fort déficit sur l'ensemble de la période**. Le déficit se stabiliserait presque **aux alentours de 15 milliards d'euros au moins jusqu'en 2025**.

Le tableau ci-après reprend, par branche, les prévisions de recettes, de dépenses et de solde des ROBSS figurant dans le rapport annexé qu'il est proposé d'approuver.

**Prévisions de recettes, dépenses et soldes
de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV**

(en milliards d'euros)

		2021	2022	2023	2024	2025
Maladie	<i>Recettes</i>	202,2	209,9	215,6	220,0	225,4
	<i>Dépenses</i>	232,2	229,6	229,3	234,8	240,2
	<i>Solde</i>	- 30,0	- 19,7	- 13,7	- 14,8	- 14,8
AT-MP	<i>Recettes</i>	14,6	15,6	16,1	16,7	17,2
	<i>Dépenses</i>	13,9	14,1	14,5	14,5	14,7
	<i>Solde</i>	0,7	1,4	1,7	2,2	2,5
Famille	<i>Recettes</i>	50,5	51,4	54,0	55,5	57,2
	<i>Dépenses</i>	49,4	49,7	50,4	51,0	51,8
	<i>Solde</i>	1,2	1,7	3,6	4,5	5,4
Vieillesse	<i>Recettes</i>	246,4	253,1	258,9	265,1	271,9
	<i>Dépenses</i>	250,4	256,6	264,4	272,8	281,6
	<i>Solde</i>	- 4,0	- 3,6	- 5,7	- 7,6	- 9,7
Autonomie	<i>Recettes</i>	31,8	33,3	34,2	37,6	38,5
	<i>Dépenses</i>	32,2	34,2	35,0	36,0	36,8
	<i>Solde</i>	- 0,4	- 0,9	- 0,8	1,6	1,7
Total	<i>Recettes</i>	531,3	548,4	563,9	580,0	595,1
	<i>Dépenses</i>	563,3	569,5	578,9	594,1	610,1
	<i>Solde</i>	- 32,5	- 21,0	- 15,0	- 14,1	- 15,0
FSV	<i>Recettes</i>	17,2	17,9	18,6	19,1	19,7
	<i>Dépenses</i>	19,6	19,6	19,5	19,7	20,0
	<i>Solde</i>	- 2,4	- 2,4	- 1,6	- 0,6	- 0,3
Total avec FSV	<i>Recettes</i>	529,3	547,2	563,3	579,7	595,2
	<i>Dépenses</i>	564,1	569,8	579,3	594,5	610,5
	<i>Solde</i>	- 34,8	- 22,6	- 16,0	- 14,8	- 15,3

Source : Annexe B du PLFSS 2022

La situation des branches vieillesse et maladie semble particulièrement préoccupante au vu de ces prévisions.

Le déficit des régimes de retraite ne cesse ainsi de se creuser sur l'ensemble de la période pour atteindre près de 10 milliards d'euros à l'horizon de 2025. Quant à la branche maladie, aucune perspective d'amélioration ne se dessine au-delà de 2023, avec un déficit qui se stabiliserait aux environs de 15 milliards d'euros, soit peu ou prou le déficit total à cet horizon des ROBSS et du FSV.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

A. Une totale absence de stratégie de retour à l'équilibre des finances de la sécurité sociale que déplore la commission

En premier lieu, **la commission déplore le caractère totalement administratif et conventionnel du rapport soumis à l'approbation du Parlement.**

À l'heure où la quasi-totalité des acteurs intéressés par les lois de financement de la sécurité sociale insistent sur la nécessité de disposer de la meilleure vision pluriannuelle possible des politiques et des moyens de la sécurité sociale et de chacune de ses branches, il est particulièrement regrettable que l'outil existant permettant d'offrir de telles perspectives soit ainsi laissé de côté par le Gouvernement.

Il convient ainsi de rappeler qu'en dehors même des évolutions envisagées du cadre organique des LFSS, la rédaction actuelle de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale précise bien que le rapport constituant l'annexe B des lois de financement *« prennent en compte les perspectives d'évolution des dépenses et les mesures nouvelles envisagées »*.

Le cadre organique actuel donne donc bien une dimension stratégique à ce document. Dès lors, en l'absence de toute perspective en la matière, il faut en conclure :

- soit que le Gouvernement devoie délibérément l'exercice auquel le contraint l'article L.O. 111-4 précité ;

- soit qu'il ne dispose d'aucune stratégie de retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale.

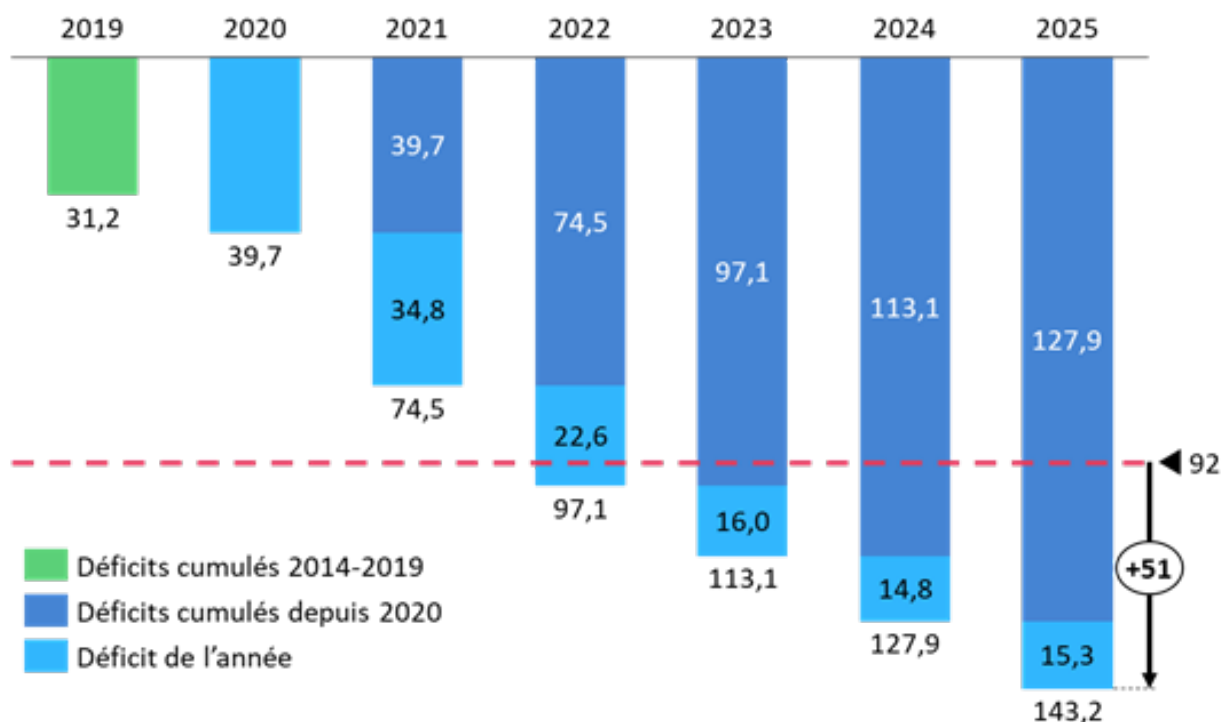
En toute hypothèse, la commission des affaires sociales ne peut approuver un document qui, comme cela sera souligné ci-après, n'offre aux générations futures d'autres perspectives que celle de rembourser indéfiniment le trou que leurs aînés auront creusé, aux dépens du maintien d'un système de protection sociale aussi efficace pour elles-mêmes.

B. Une trajectoire financière incompatible avec la limite organique fixée pour l'extinction de la dette sociale

En effet, comme cela a été indiqué dans le tome I du présent rapport, à partir des hypothèses du Gouvernement, le cumul des déficits de la sécurité sociale postérieurs à l'année 2019 transférables à la Cades aux termes de l'article 1^{er} de loi devrait dépasser le plafond de 92 milliards d'euros dès 2022. Et surtout, la poursuite de l'accumulation de déficits importants après 2022 actée par le Gouvernement conduirait à dépasser ce plafond de plus de 51 milliards d'euros d'ici à 2025, comme le montre le graphique ci-après.

Déficits cumulés 2020-2025 comparés au plafond de transfert à la Cades

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les LFSS et PLFSS

Bien entendu, en l'absence de stratégie de retour à l'équilibre, il n'y a aucune raison que les déficits se résorbent comme par magie à partir de 2026.

Au-delà du problème politique évident que posent de telles dispositions, **celles-ci semblent contrevenir directement avec la date limite fixée pour l'extinction de la dette de la sécurité sociale** figurant à l'article 4 bis de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, c'est-à-dire le **31 décembre 2033 – échéance à laquelle le Conseil constitutionnel a attribué une valeur organique**¹.

Dans sa décision du 7 août 2020, le Conseil constitutionnel a d'ailleurs bien souligné que « *la loi de financement de la sécurité sociale doit prévoir l'ensemble des ressources affectées au remboursement de la dette sociale jusqu'au terme prévu pour celui-ci* » et que « *le Conseil constitutionnel sera ainsi mis à même de vérifier que ces ressources sont suffisantes pour que ce terme ne soit pas dépassé* ».

Certes, le rapport qu'il est demandé d'approuver ne prévoit pas expressément de nouveaux transferts à la Cades afin d'éponger les nouveaux déficits anticipés². Néanmoins, **ils apparaissent inévitables, l'Acosse ne pouvant durablement supporter la charge du financement à court terme de déficits cumulés aussi massifs**. En outre, l'emploi systématique des mots « dette sociale » par le Conseil constitutionnel pour qualifier la dette dont le législateur doit assurer l'extinction³ laisse supposer qu'il ne se laisserait pas abuser par un tel tour de passe-passe.

En somme, **au-delà même du problème politique qu'il pose, la constitutionnalité du rapport que le présent article propose d'approuver semble douteuse**.

Pour l'ensemble de ces raisons, la commission a adopté, à l'initiative de la rapporteure générale, un amendement n° 146 supprimant cet article.

La commission vous demande de supprimer cet article.

¹ Décisions du Conseil constitutionnel n° 2005-519 DC du 29 juillet 2005 et n° 2020-804 DC du 7 août 2020.

² Quant aux ressources de la Cades, on peut rappeler que la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 a programmé la réduction de la part de CSG attribuée à la caisse à compter de 2024.

³ Voir notamment les décisions du Conseil constitutionnel n° 2010-616 DC du 10 novembre 2010 et n° 2020-804 DC du 7 août 2020 précitées.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

CHAPITRE I^{ER}

POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Article 24

Soutenir le développement de la télésurveillance pour renforcer la prise en charge des maladies chroniques

Cet article propose d'inscrire dans le droit commun un modèle pérenne de financement de la télésurveillance médicale, en précisant les conditions de rémunération des actes de télésurveillance et de prise en charge des dispositifs médicaux de télésurveillance.

La commission a adopté plusieurs amendements visant à renforcer les exigences d'interopérabilité applicables aux dispositifs numériques médicaux de télésurveillance, à garantir le conditionnement de leur prise en charge à leur utilisation effective par le patient et à clarifier les conditions de rémunération du professionnel de santé et de l'exploitant du dispositif dans le cadre d'une prise en charge forfaitaire.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. La télésurveillance : une pratique médicale porteuse de gains d'efficience dont la pertinence s'est confirmée pendant la crise sanitaire

Inscrite depuis 2010¹ dans le code de la santé publique, la télésurveillance médicale fait partie, aux côtés de la téléconsultation, de la téléexpertise, de la téléassistance médicale et de la régulation médicale, des actes de télémédecine.

¹ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

Aux termes de l'article R. 6316-1 du code de la santé publique, elle a pour objet de « *permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient.* »

Plus de quatre ans après l'adoption d'un cadre légal¹ pour la télémédecine dans la loi « HPST »², l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014³ a permis le lancement des premières expérimentations de déploiement de la télémédecine à compter du 1^{er} janvier 2014 pour une durée de quatre ans. Financées par le fonds d'intervention régional (FIR) et initialement limitées à quelques régions pilotes, ces expérimentations ont d'abord porté, dans le cadre du programme « ETAPES » (expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé), sur la prise en charge des quatre pathologies suivantes : le diabète, l'insuffisance cardiaque chronique, l'insuffisance rénale chronique et l'insuffisance respiratoire chronique.

L'article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017⁴ a prorogé d'un an les expérimentations en matière de télémédecine et les a étendues à l'ensemble du territoire. Les établissements de santé se sont vu, en outre, reconnaître la possibilité de participer à ces expérimentations pour leurs consultations externes. S'il a ouvert la voie à une tarification conventionnelle de la téléconsultation et de la téléexpertise, l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018⁵ a maintenu le déploiement et la prise en charge des actes de télésurveillance dans un cadre expérimental. Les expérimentations peuvent ainsi être poursuivies, à compter du 1^{er} janvier 2018, pour une durée maximale de quatre ans sur l'ensemble du territoire. Les cahiers des charges des expérimentations de télésurveillance ont, par la suite, été réactualisés pour inclure le suivi des patients porteurs de prothèses cardiaques implantables.

Par ailleurs, en application du dispositif des protocoles de coopération interprofessionnelle réformé par l'article 66 de la loi « Santé » du 24 juillet 2019⁶, un protocole de coopération interprofessionnelle dénommé « Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémédecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier » a été autorisé par un arrêté du 27 décembre 2019.

¹ Une première définition, non codifiée, de la télémédecine avait été posée par l'article 32 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

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

³ Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

⁴ Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

⁵ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

⁶ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Dans son rapport de 2017¹ sur l'application des LFSS, la Cour des comptes voit dans la télésurveillance « *un important levier d'efficience* » et « *la forme de télé-médecine la plus prometteuse* », en soulignant son intérêt pour le suivi et la prise en charge des quelques onze millions de personnes en France souffrant de pathologies chroniques et en rappelant que, selon une étude de 2015², « *le développement de la télésurveillance pourrait permettre de réaliser une économie pouvant aller jusqu'à 2,6 milliards d'euros, au titre de trois pathologies (diabète traité par insuline, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale) et d'un facteur de risque (hypertension artérielle).* »

Dans un rapport d'évaluation de décembre 2020³ commandé par le ministère des solidarités et de la santé, la Haute Autorité de santé (HAS) a procédé à une revue de la littérature sur l'évaluation médico-économique de la télésurveillance : elle constate que 72 % des études concluent à des gains d'efficience de la télésurveillance par rapport à la stratégie comparée. Les experts mobilisés par la HAS ont notamment identifié, comme facteurs de valeur ajoutée de la télésurveillance, « *le suivi des indicateurs cliniques et autres indicateurs, le traitement des données et les résultats transmis* », « *l'amélioration de la communication avec le patient, sa facilitation* », « *la coordination autour du patient, les coopérations interprofessionnelles, la prise en charge dans sa globalité* » et « *l'autonomisation du patient, l'empowerment (transfert de la responsabilité des soins vers le patient).* »

Le rapport d'évaluation des expérimentations de télésurveillance du programme national « ETAPES », remis au Parlement en novembre 2020, fait état d'un peu plus de 32 600 patients suivis, répartis de la façon suivante :

- insuffisance cardiaque : 3 577 ;
- diabète : 1 076 ;
- insuffisance rénale : 352 ;
- insuffisance respiratoire : 596 ;
- prothèse cardiaque : environ 27 000.

Selon des informations transmises par la direction de la sécurité sociale, à ce jour, 70 dispositifs de télésurveillance et 112 fournisseurs sont déclarés. La prévision de dépenses dans le programme « ETAPES » s'établit à 11 millions d'euros pour 2021.

¹ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre VII « *La télé-médecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre* », septembre 2017.

² Hervé Dumez, Étienne Minvielle et Laurie Marraud, État des lieux de l'innovation en santé numérique, novembre 2015.

³ Haute Autorité de santé, Évaluation économique de la télésurveillance pour éclairer la décision publique – Quels sont les choix efficients au regard de l'analyse de la littérature ?, 10 décembre 2020.

Par ailleurs, la direction de la sécurité sociale rappelle que, dans le cadre de la crise sanitaire, des organisations de télésurveillance médicale de grande ampleur ont été déployées pour faire face à l'épidémie de covid-19, démontrant l'intérêt du développement de la télésurveillance. L'organisation « Covidom », portée par l'assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP), a permis l'inclusion de 60 000 patients : elle permet aux patients porteurs de la covid-19 ou suspectés d'en être atteints et qui ne présentent pas de signe de gravité de bénéficier d'un télésuivi à domicile *via* des questionnaires médicaux proposés une ou plusieurs fois par jour, en complément de mesures de confinement.

B. La mise en place d'un mode de financement de droit commun de la télésurveillance

Le développement de la télémedecine, et tout particulièrement de la télésurveillance, participe de la réalisation des objectifs en matière de modernisation des pratiques et de renforcement de l'accès aux soins poursuivis par la stratégie « Ma Santé 2022 », dont l'action 18 prévoit justement l'accompagnement au déploiement de la télémedecine et du télésoin. Le développement de la télésanté dans tous les territoires a été confirmé parmi les priorités du Ségur de la santé de l'été 2020 dont la mesure 24 comprend un engagement du Gouvernement à « *fixer le périmètre et les principes du financement de la télésurveillance puis confier aux partenaires conventionnels le soin de définir la rémunération afférente.* »¹

En conséquence, l'article 24 du PLFSS pour 2022 pose un cadre juridique pour l'exercice et la prise en charge des activités de télésurveillance.

Le I complète le périmètre des prestations entrant dans le champ de la protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie, défini à l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale, en y intégrant la couverture des frais relatifs à la télésurveillance médicale.

Le II complète le chapitre II du titre VI du livre I du code de la sécurité sociale par une section 11 consacrée à la télésurveillance médicale.

- L'article L. 162-48 de cette nouvelle section définit le périmètre des activités de télésurveillance médicale qui recouvrent deux types d'interventions combinées :

- une surveillance médicale ayant pour objet l'analyse des données et alertes transmises au moyen de dispositifs médicaux numériques, ainsi que les actions nécessaires à la mise en place de la surveillance, au paramétrage du dispositif, à la formation du patient à son utilisation, à la vérification et au filtrage des alertes et, le cas échéant, des activités complémentaires telles que de l'accompagnement thérapeutique ;

¹ Ministère des solidarités et de la santé, « Ségur de la santé – Les conclusions », dossier de presse, juillet 2020.

- l'utilisation de dispositifs médicaux numériques permettant la collecte, de l'analyse et de la transmission de données physiologiques, cliniques ou psychologiques, et l'émission d'alertes lorsque les valeurs seuils prédéfinies sont dépassées. Ces dispositifs peuvent s'accompagner d'accessoires de collecte lorsque ces accessoires ne sont ni implantables, ni invasifs et sans visée thérapeutique.

Le dispositif médical numérique est défini comme tout logiciel répondant à la définition du dispositif médical en droit communautaire¹. Les dispositifs médicaux numériques ne relèvent du périmètre de la télésurveillance médicale qu'au titre de leurs fonctionnalités de télésurveillance. S'ils possèdent également des fonctionnalités thérapeutiques, celles-ci sont soumises aux dispositions du chapitre V, relatif aux dispositifs médicaux individuels, du titre VI du livre I du code de la sécurité sociale.

- Son article L. 162-49 définit les conditions de prise en charge ou de remboursement des activités de télésurveillance par l'assurance maladie, qui sont au nombre de trois :

- les activités doivent être inscrites sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS)². Les modalités d'inscription sur cette liste sont précisées par le nouvel article L. 162-52 du code de la sécurité sociale créé par l'article 24 du PLFSS pour 2022 ;

¹ Aux termes de l'article 2 du règlement 2017/745 (UE) du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017, un dispositif médical s'entend de « tout instrument, appareil, équipement, logiciel, implant, réactif, matière ou autre article, destiné par le fabricant à être utilisé, seul ou en association, chez l'homme pour l'une ou plusieurs des fins médicales précises suivantes :

- diagnostic, prévention, contrôle, prédiction, pronostic, traitement ou atténuation d'une maladie,
- diagnostic, contrôle, traitement, atténuation d'une blessure ou d'un handicap ou compensation de ceux-ci,
- investigation, remplacement ou modification d'une structure ou fonction anatomique ou d'un processus ou état physiologique ou pathologique,
- communication d'informations au moyen d'un examen *in vitro* d'échantillons provenant du corps humain, y compris les dons d'organes, de sang et de tissus, et dont l'action principale voulue dans ou sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. [...] »

² Cette commission spécialisée est visée par l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

- la surveillance médicale doit être assurée par un opérateur de télésurveillance médicale. Défini par le nouvel article L. 162-50 du code de la sécurité sociale, l'opérateur de télésurveillance médicale est un professionnel médical, c'est-à-dire un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme : le professionnel concerné peut exercer en libéral ou dans différents types de structures de soins¹. Conformément au nouvel article L. 162-51, l'opérateur de télésurveillance doit, pour être éligible au remboursement de ces activités de télésurveillance, se déclarer préalablement auprès de l'agence régionale de santé (ARS) territorialement compétente. Cette déclaration précise notamment l'organisation de la télésurveillance et les professionnels impliqués dans sa mise en œuvre. Le dépôt de cette déclaration donne lieu à la délivrance par l'ARS d'un récépissé. En cas de manquement de l'opérateur et de méconnaissance des règles applicables en matière de télésurveillance, le directeur général de l'ARS met fin à la validité de la déclaration et en informe la caisse primaire d'assurance maladie concernée qui suspend les remboursements ;

- l'opérateur de télésurveillance doit mettre à disposition du patient le dispositif médical numérique, soit directement en tant qu'exploitant de la solution numérique, soit par l'intermédiaire d'un exploitant ou d'un distributeur au détail avec lequel l'opérateur a conclu une convention. Dans l'hypothèse où l'opérateur de télésurveillance n'est pas en capacité de mettre à disposition le dispositif de télésurveillance et les éventuels accessoires de collecte (balance, tensiomètre...), une telle contractualisation permettra de sécuriser et fluidifier le parcours du patient, en évitant la facturation de la télésurveillance par un opérateur non coordonné, d'un côté, et la facturation de la partie technique du forfait de télésurveillance, de l'autre.

La direction de la sécurité sociale rappelle que la notion d'exploitant, décrite à l'article L. 165-1-1-1 du code de la sécurité sociale, peut renvoyer de manière assez large au fabricant du dispositif médical de télésurveillance ou au fournisseur qui commercialise pour le compte d'un fabricant étranger un dispositif médical sur le territoire national. Pour un dispositif médical donné, il ne peut y avoir en effet deux sociétés exploitantes différentes. Quant au distributeur au détail, il englobe tous les acteurs de la distribution en lien direct avec le patient. Usuellement, s'agissant des dispositifs médicaux, cette notion renvoie aux pharmaciens d'officine, aux prestataires de service et distributeurs de matériel (PSDM) ainsi qu'aux diverses professions liées à l'appareillage (opticiens, audioprothésistes, orthésistes, orthoprothésistes...).

¹ Dans un établissement de santé, un centre de santé, une maison de santé pluriprofessionnelle ou un établissement ou un service médicosocial.

- Le nouvel article L. 162-52 du code de la sécurité sociale précise les conditions et modalités d'inscription des activités de télésurveillance sur la liste ouvrant droit à prise en charge ou remboursement par l'assurance maladie. L'inscription sera effectuée par arrêté ministériel sous la forme d'un référentiel proposé par la HAS qui définira les exigences auxquelles devront répondre les activités de télésurveillance sur la base du couple formé par l'organisation de l'activité et le dispositif médical numérique de télésurveillance. Le référentiel comprendra ainsi :

- les exigences minimales applicables à l'organisation de l'activité de télésurveillance, c'est-à-dire à l'opérateur de télésurveillance, notamment en termes de qualifications des professionnels de santé et de dispositions nécessaires à la qualité des soins ;

- la description d'une ligne générique du dispositif médical numérique utilisé dans le cadre de la télésurveillance et, le cas échéant, des accessoires de collecte associés. Comme pour l'inscription sur la liste des produits et prestations (LPP), en cas de dispositif médical numérique de télésurveillance ne correspondant à aucune ligne générique, l'inscription pourra être nominative, sous le nom de marque ou le nom commercial du dispositif et des éventuels accessoires de collecte associés.

Pour les couples organisation-dispositif médical numérique correspondant à une ligne générique du référentiel établi par arrêté interministériel, la validation de la conformité à ce référentiel, uniquement technique, serait *a priori* confiée à l'agence du numérique en santé. Il reviendra ensuite aux ministres de la santé et de la sécurité sociale d'inscrire sur une liste positive les dispositifs médicaux numériques dont la conformité au référentiel a été validée, cette liste ayant vocation à être publiée sur le site du ministère de la santé. Cette procédure se distingue donc de l'auto-inscription par le fabricant d'un dispositif médical sur la LPP pour une prise en charge en description générique.

Il est, en outre, possible pour l'arrêté de subordonner l'inscription sur la liste à des exigences complémentaires :

- des exigences ayant trait au respect de spécifications techniques, d'indications de télésurveillance médicale ou encore de conditions particulières de prescription, d'utilisation et de distribution ;

- le dépôt auprès des ministres par les exploitants du dispositif d'une déclaration de conformité aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité applicables aux systèmes d'information en santé et aux services numériques en santé.

- Le nouvel article L. 162-53 du code de la sécurité sociale définit les conditions dans lesquelles les référentiels de remboursement des activités de télésurveillance peuvent être modifiés pour tenir compte des progrès apportés par un couple organisation-dispositif médical numérique par rapport à une prise en charge de référence.

Ainsi, il appartiendra à la CNEDiMITS de la HAS de déterminer, parmi les demandes d'inscription d'un couple organisation-dispositif médical numérique ne visant pas une inscription sur une ligne générique, celles qui présentent une amélioration de la prestation médicale, soit au regard des référentiels existants dans l'indication concernée, soit au regard de la même prise en charge sans recours à la télésurveillance. En cas de progrès par rapport aux prises en charge de référence, le nouvel entrant sera inscrit et l'ancien référentiel de prise en charge sera radié de la liste au terme d'une période de dégressivité de la rémunération dans des conditions fixées par décret.

Il convient de rappeler que, conformément à l'article 33 du PLFSS pour 2022, les dispositifs médicaux numériques de télésurveillance innovants pour bénéficier, comme les autres dispositifs médicaux innovants, d'un dispositif d'accès précoce au marché leur permettant d'être pris en charge en amont de leur inscription sur la liste de télésurveillance.

- Les nouveaux articles L. 162-54 et L. 162-55 du code de la sécurité sociale dessinent les contours du mode de rémunération de l'activité de télésurveillance.

L'article L. 162-54 établit ainsi un mode de rémunération forfaitaire des activités de télésurveillance. Le montant forfaitaire de prise en charge ou de remboursement sera fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il comprendra une base forfaitaire, déterminée par voie réglementaire, qui tiendra compte des moyens humains nécessaires à la surveillance médicale et des caractéristiques des dispositifs médicaux numériques. Cette base forfaitaire sera modulée en fonction :

- d'éléments tenant aux spécificités de l'activité de télésurveillance considérée : la fréquence du suivi réalisé par l'organisation de télésurveillance, la complexité de la prise en charge et, le cas échéant, le recours à des accessoires de collecte ;

- d'éléments déterminant la dynamique de la dépense de remboursement : les volumes d'activité de télésurveillance médicale prévus ou constatés, les montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés et les conditions prévisibles et réelles de recours.

Il est, en outre, précisé que le patient ne pourra être redevable à l'opérateur de télésurveillance que des montants forfaitaires applicables à l'activité de télésurveillance.

Par ailleurs, le nouvel article L. 162-55 autorise les ministres de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale à fixer par arrêté le prix maximal des dispositifs médicaux numériques de télésurveillance et des accessoires de collecte associés. Ce prix maximal comprendra les marges prévues ainsi que les taxes applicables. L'objectif d'un encadrement du prix des dispositifs médicaux numériques est de limiter le reste à charge éventuel pour l'assuré.

- Le nouvel article L. 162-56 du code de la sécurité sociale précise que la prise en charge ou le remboursement seront subordonnées à l'utilisation effective du dispositif médical numérique de télésurveillance par le patient et, le cas échéant, à l'atteinte de résultats individualisées ou nationaux d'utilisation en vie réelle.

Afin de permettre le contrôle de cette utilisation effective par le service du contrôle médical, les opérateurs de télésurveillance pourront transmettre, mais avec l'accord du patient, les données nécessaires à ce contrôle. Cette transmission de données devra s'effectuer dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD)¹.

- Le nouvel article L. 162-57 du code de la sécurité sociale prévoit qu'un décret en Conseil d'État déterminera les modalités d'application des dispositions relatives à la télésurveillance médicale.

Le **III** de l'article 24 du PLFSS pour 2022 précise, à l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale que la fixation du tarif de responsabilité, utilisé comme base de remboursement des produits et prestations inscrits sur la LPP sous forme de nom de marque ou de nom commercial, ne peut tenir compte des fonctions de télésurveillance du dispositif médical lorsqu'elles existent. En effet, les inscriptions d'un même dispositif médical sur la LPP et sur la liste des activités de télésurveillance médicale sont exclusives l'une de l'autre : la prise en charge accordée au titre de la première est liée aux fonctionnalités thérapeutiques du dispositif, celle accordée au titre de la seconde repose sur la contribution du dispositif à l'activité de télésurveillance.

Le **IV** procède à des coordinations au sein de l'article L. 165-3-1 du code de la sécurité sociale relatif aux sanctions applicables aux personnes ne respectant pas les prix fixés par le comité économique des produits de santé (CEPS) pour les produits et prestations inscrits sur la LPP. Il s'agit d'étendre ce mécanisme de sanctions aux situations de non-respect du prix maximal que l'État peut fixer pour les dispositifs médicaux numériques de télésurveillance, en application du nouvel article L. 162-55 du code de la sécurité sociale.

Le **V** de l'article 24 du PLFSS pour 2022 tire les conséquences pour la clôture du programme d'expérimentation « ETAPES » de la mise en place d'un régime de droit commun pour la prise en charge de la télésurveillance, en modifiant le V de l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Afin de garantir la continuité de la prise en charge des patients participant à cette expérimentation, la durée de l'expérimentation est prolongée d'un mois pour s'achever au 1^{er} août 2022 au plus tard (1^o du V), soit un mois après la date limite d'entrée en vigueur du régime de droit commun de prise en charge de la télésurveillance, fixée au 1^{er} juillet 2022.

¹ Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE.

Il est, en outre, précisé, par coordination, que les produits et prestations de télésurveillance mobilisés dans le cadre de l'expérimentation mais dont l'indication comprend des fonctionnalités diagnostiques ou thérapeutiques ne peuvent être inscrits ni sur la LPP ni sur la liste des activités de télésurveillance prises en charge en application du nouvel article L. 162-52 du code de la sécurité sociale (2° du V).

Les expérimentateurs engagés dans l'expérimentation continueront de bénéficier de la prise en charge financière prévue dans le cadre de l'expérimentation, sous réserve d'avoir déposé auprès des ministres compétents et de la HAS une demande d'inscription sur la liste des activités de télésurveillance prises en charge en application du nouvel article L. 162-52 du code de la sécurité sociale, au plus tard un mois après l'entrée en vigueur du régime de droit commun de la télésurveillance médicale. Cette prise en charge transitoire prend fin au plus tard le 31 décembre 2022.

Le VI de l'article 24 du PLFSS pour 2022 prévoit que le régime de droit commun des activités de télésurveillance médicale entrera en vigueur à une date fixée par décret et, au plus tard, le 1^{er} juillet 2022. En cohérence avec le V, il est rappelé que l'expérimentation « ETAPES » doit prendre fin un mois après l'entrée en vigueur du régime de droit commun. Enfin, il est précisé que les dispositifs médicaux de télésurveillance médicale inscrits sur la LPP devront être radiés de cette liste au plus tard le 1^{er} janvier 2023, conformément au principe d'exclusivité des listes prévues aux articles L. 165-1 (dispositifs médicaux ayant des fonctionnalités diagnostiques ou thérapeutiques) et L. 162-52 (dispositifs médicaux numériques de télésurveillance) du code de la sécurité sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre plusieurs amendements rédactionnels, de coordination et de correction d'erreurs de référence, l'Assemblée nationale a adopté, en première lecture, un amendement du rapporteur général, ayant reçu l'avis favorable du Gouvernement, visant à s'assurer que les activités de télésurveillance médicale seront bien réalisées par des professionnels de santé exerçant auprès d'offres de soins traditionnels, à savoir des professionnels de santé exerçant en libéral ou au sein d'un établissement de santé, d'un centre de santé, d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un établissement ou un service médicosocial.

III - La position de la commission

La commission est pleinement favorable à l'introduction d'un régime pérenne de prise en charge des activités de télésurveillance qui permettent de renforcer la qualité de la prise en charge ambulatoire de patients atteints de pathologies chroniques. Elles présentent également l'intérêt d'améliorer l'accès aux soins et le télésuivi de personnes résidant dans des territoires marqués par une faible densité des structures de soins.

Dans le contexte de déploiement de l'espace numérique de santé (ENS) et du dossier médical partagé (DMP), dont la création automatique pour chaque assuré doit intervenir à compter du 1^{er} janvier 2022, l'interopérabilité des données collectées par les dispositifs médicaux numériques constitue l'une des principales clés du succès de la télésurveillance médicale. Les données relatives aux paramètres vitaux des patients doivent en effet être exportables dans des formats interopérables appropriés afin de pouvoir être exploitées par les équipes soignantes. Cette interopérabilité des formats de données est également déterminante pour alimenter, le cas échéant avec l'accord du patient, le « *Health Data Hub* » en données de santé en vie réelle d'une qualité suffisante pour être exploitées dans le cadre de recherches.

C'est pourquoi la commission se félicite que la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie des activités de télésurveillance médicale aient vocation à être conditionnés à la conformité des dispositifs médicaux numériques aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité. Bien que ce conditionnement soit affiché comme facultatif, la direction de la sécurité sociale confirme, dans ses réponses au questionnaire de la commission, que l'objectif du Gouvernement est que cette conformité soit, dans les faits, obligatoire.

Le syndicat national de l'industrie des technologies médicales (Snitem) indique, dans ses réponses au questionnaire de la commission, que les entreprises du secteur se sont inscrites dans la démarche « Convergence », portail de vérification de la maturité des solutions au regard de la doctrine technique, piloté par l'agence du numérique en santé, afin de répondre aux questionnaires « Sécurité et interopérabilité ». Un dialogue régulier entre l'agence et les industriels, *via* des consultations et des ateliers de travail, permet de préparer la mise en conformité des solutions, au regard de l'agenda de l'espace numérique en santé, et des mises à jour régulières des référentiels techniques.

La commission constate, en outre, que l'article 33 du PLFSS pour 2022 prévoit que les dispositifs médicaux numériques de télésurveillance doivent, pour être éligibles à une prise en charge anticipée au titre de leur caractère innovant, permettre d'exporter les données traitées dans des formats interopérables appropriés et comporter, le cas échéant, des interfaces permettant l'échange de données avec des dispositifs ou accessoires de collecte des paramètres vitaux du patient.

Dès lors que rien ne justifie de traiter différemment à cet égard des dispositifs médicaux numériques de télésurveillance selon que leur prise en charge soit dérogatoire ou relève du droit commun, la commission a adopté un amendement n° 147 intégrant cette exigence dans le régime de droit commun applicable aux dispositifs médicaux numériques de télésurveillance.

Par ailleurs, les dispositions relatives au conditionnement de la prise en charge des activités de télésurveillance à l'utilisation effective du dispositif médical numérique méritent, selon la commission, d'être précisées. Elle a ainsi adopté un amendement n° 149 précisant qu'en cas de refus du patient à la transmission par le professionnel de santé des données nécessaires à la mise en œuvre du contrôle de cette utilisation effective, l'activité de télésurveillance ne pourra être prise en charge. Si la prise en charge a déjà été enclenchée, elle sera alors suspendue. En outre, il est rappelé que le niveau de prise en charge pourra être modulé, voire suspendu en cas d'inutilisation répétée du dispositif.

Enfin, dans ses réponses au questionnaire de la commission, la direction de la sécurité sociale n'écarte pas la possibilité pour l'arrêté interministériel de prévoir, au sein de la rémunération forfaitaire globale, deux forfaits dissociés afin de rémunérer, d'une part, l'acte du professionnel de santé opérateur de la télésurveillance, et, d'autre part, la solution technologique mise à disposition, le cas échéant, par l'exploitant ou le distributeur. La commission a ainsi adopté un amendement n° 148 prévoyant explicitement cette faculté dans la rédaction proposée pour le nouvel article L. 162-54 du code de la sécurité sociale. Cette dissociation, au sein du forfait global, de la rémunération de l'opérateur et, le cas échéant, de l'exploitant ou du distributeur est en effet de nature à préserver l'équilibre des relations financières entre ces deux parties, en évitant de faire de la prise en charge du dispositif une variable d'ajustement.

La commission a également adopté un amendement de coordination n° 150.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 25

**Mise en œuvre des réformes de financement
des établissements de santé et médico-sociaux**

Cet article réalise une série d'adaptations visant à sécuriser la mise en œuvre des réformes tarifaires des établissements de santé et médico-sociaux.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Concernant la réforme du ticket modérateur pour les activités de psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation

L'article 35 de la loi de financement pour 2020 a réformé le calcul de la participation des patients hospitalisés, aussi appelée « ticket modérateur », avec l'instauration d'une nomenclature unique de **tarifs nationaux journaliers de prestation (TNJP)**, et ce pour les trois secteurs d'activité : médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie.

Sur ce point, le **A du I** du présent article précise à l'article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale la **date d'application des tarifs issus de cette nouvelle TNJP, fixée au 1er mars de l'année en cours (V créé)**. Il s'agit ici de s'aligner sur le calendrier des campagnes tarifaires.

Cette réforme menée à enveloppe de financements constante est accompagnée d'un **dispositif de « lissage » des impacts financiers pour la psychiatrie et les SSR**, échelonnés à l'aide du recours à une modulation respectivement de la dotation population ou de la dotation au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Or, ces deux vecteurs ne sont, selon le Gouvernement, plus adaptés à une bonne compensation des impacts.

Aussi, le Gouvernement prévoit d'aligner les dispositifs de lissage sur le modèle du MCO. Le **B du I** modifie à cette fin le **VI de l'article 35** de la loi de financement pour 2020. Son 1° **étend le coefficient de transition sur les tarifs des activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation.**

Son 2° **supprime la date d'entrée en vigueur de ce coefficient et des tarifs journaliers au 1er janvier de l'année en cours** quand le 3° **prévoit une entrée en vigueur le 1er mars pour les années 2023 à 2025** et, par dérogation, au 1^{er} janvier pour l'année 2022.

Tirant les conséquences de cette prise en charge du lissage du financement par un coefficient de transition, le 4° **supprime les deux alinéas relatifs à une modulation de la dotation population ou de la dotation MIGAC**. Il prolonge ainsi également la période de transition initialement fixée à un maximum de trois ans.

B. Concernant la facturation de certaines activités en psychiatrie

Le II vise à donner une base légale à la **détermination de catégories de prestations non médicales, répondant aux exigences particulières des patients, donnant lieu à facturation sans prise en charge par l'assurance maladie obligatoire**. Il modifie à cette fin l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale (A) et prévoit une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022 (B).

Il s'agit ici par exemple de la restauration des accompagnants, du bénéfice d'une chambre particulière ou encore de prestations demandées non couvertes par les tarifs de l'établissement.

C. Concernant la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation

La réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation doit conduire à partir du 1^{er} janvier 2022 à un **financement mixte composé de recettes liées à l'activité et d'une part forfaitaire**. Si les recettes liées à l'activité répondent à des tarifs prenant effet au 1^{er} mars de l'année, les dotations forfaitaires sont déterminées pour l'année calendaire.

Un **coefficient de transition** est aujourd'hui prévu afin d'amortir les effets de la réforme sur les recettes des établissements.

Le présent III vise à adapter cette réforme, initiée en LFSS pour 2016 et complétée en LFSS pour 2020

Les A et B se bornent à corriger des erreurs de références résultant de modifications antérieures du code de la sécurité sociale.

Le C modifie de manière substantielle les dispositions du III de l'article 78 de la LFSS pour 2016 relatives au modèle de financement cible afin d'y apporter un **système transitoire pour l'année 2022** et ainsi « sécuriser leur financement ».

Le 3^o est ainsi chargé d'assurer un nouveau **dispositif transitoire de financement**.

Ainsi, pour la seule année 2022, le E créé prévoit la **notification sans versement aux établissements des dotations et forfaits prévus par le système de financement et ses aménagements de transition (1^o)**.

À la place sont prévues des **dotations provisionnelles calculées sur les recettes perçues en 2021**, celles-ci étant appréciées hors recettes exceptionnelles (2^o). Une régularisation de celles-ci est prévue à la mi 2023 dans la limite de l'objectif de dépenses afin de ne pas pénaliser d'établissements et **valoriser les établissements pour qui le modèle cible aurait été plus profitable**.

Enfin, le 1° abroge le **B du III** qui prévoyait un **coefficient de transition** au bénéfice d'une bascule dans le système de dotations calculées par les ARS. À cette fin, le **2° reporte** du 1^{er} mars 2022 au **1er mars 2027** l'échéance du système de dérogation à la facturation des actes à l'assurance maladie au profit **d'une déclaration à l'ARS chargée de valoriser l'activité**.

Le 4° prévoit enfin deux autres dispositions transitoires pour l'année 2022. Le **I** créé au sein du III de l'article 78 prévoit **pour 2022 l'applicabilité des tarifs nationaux au 1er janvier et non au 1er mars**, date prévue en cohérence avec la campagne tarifaire. Le Gouvernement justifie cette dérogation par le déploiement d'un **nouvel outil de classification des séjours** dont il apparaît nécessaire de garantir la simultanéité avec le nouveau modèle concernant les recettes à l'activité.

Le J concerne pour sa part la prise en charge des médicaments. Il vise à déroger pour 2022 à l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale afin de permettre **la prise en charge exceptionnelle de molécules sur la liste en sus SSR à leur prix d'achat par l'établissement** à défaut de disposer d'un tarif sur la liste en sus MCO.

D. Concernant le financement des hôpitaux de proximité

Le présent **IV** entend sécuriser le financement des hôpitaux de proximité.

Son **A** concerne la garantie pluriannuelle de financement dont bénéficient les hôpitaux de proximité aux termes de l'**article L. 163-23-16 du code de la sécurité sociale**. Le **A** modifie le I de l'article précité afin de permettre de **tenir compte de la catégorie de l'établissement pour déterminer le niveau de cette garantie de financement**. Il s'agit, comme le précise l'évaluation préalable, de différencier le niveau de la garantie selon le niveau des revalorisations issues du Ségur de la santé (pilier 1) mais aussi de tenir compte de la réforme du financement des urgences.

Pour sa part, son **B** modifie le **VII de l'article 51 de la LFSS pour 2021 qui permet aux hôpitaux de proximité** satisfaisant aux conditions de labellisation de 2016 mais ne répondant pas aux critères leur permettant de bénéficier de la nouvelle garantie de financement précitée de **conserver le bénéfice de l'ancienne garantie en 2022**.

E Concernant l'engagement dans le système de facturation des hôpitaux

Accompagnant la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans la LFSS pour 2004, a été prévu le passage à une **facturation individuelle des prestations tarifées à l'activité, mise en œuvre à partir de 2009**.

Un régime dérogatoire était prévu pour la période de transition, sous forme d'une valorisation par les ARS ; celui-ci devait prendre fin au plus tard au 1^{er} mars 2022. Cependant, **certains établissements n'ont encore rejoint le système dit « FIDES » et la phase de test préalable au déploiement du système sur les séjours n'a pu se tenir** du fait de la crise sanitaire.

Interrogé sur les retards constatés et la nécessité d'un report de la dérogation initialement prévue, le Gouvernement a indiqué que les retours de la phase d'expérimentation menée sur les séjours à partir de 2012, ont fait émerger plusieurs axes d'amélioration :

- le renforcement de la coordination des acteurs recueillant l'activité médico économique liée aux séjours pour décloisonner et fiabiliser son recueil, aussi bien aux fins de valorisation de l'activité que de description des prises en charge réalisées au bénéfice des patients ;

- des adaptations nécessaires sur les systèmes d'information, des établissements comme de l'Assurance maladie obligatoire, pour sécuriser les recettes des établissements ;

- le développement du pilotage des recettes liées à l'activité.²

Aussi, le **V** modifie le **III de l'article 65 de la LFSS pour 2018**. La nouvelle rédaction proposée pour ce III organise une nouvelle dérogation aux règles de facturation en reportant de cinq ans la limite initialement fixée.

Une erreur de référence a été corrigée à ce V à l'Assemblée nationale, la dérogation étant faite à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, aux termes du III réécrit, deux phases de déploiement sont organisées : **les premiers établissements volontaires pourront s'engager dans le système de droit commun dès le 1er mars 2022** quand à partir du 1^{er} mars 2024, les établissements seront tenus de s'y joindre dès qu'ils rempliront une série de critères. Une date butoir est enfin fixée pour l'ensemble des établissements, **la fin de la dérogation étant désormais prévue au 1er mars 2027**.

F. Concernant la dotation socle de médecine

Afin de faire baisser la part de ressources issues de la tarification à l'activité (T2A) et permettre, sur la base du volontariat, de **bénéficier rapidement d'une part de financement sur une base populationnelle**, la LFSS pour 2021 a prévu la possibilité d'un nouveau modèle de financement, **à partir de 2021 et pour une durée de cinq ans**.

Cependant, la mise en œuvre de ce financement mixte associant T2A et « **dotation socle** » n'a pu être menée à bien avec la garantie de financement assurée en 2021 du fait de l'épidémie de covid-19.

Le **VI** tire ainsi les conséquences des difficultés rencontrées en 2021 et modifie à cet effet la **loi de financement pour 2021 à son article 57**.

Par son 1^o, il reporte l'entrée en vigueur de l'expérimentation au **1er janvier 2022**.

Le 2^o modifie **l'année de référence servant au calcul de la dotation socle**, afin de ne pas prendre en compte les recettes issues de l'année précédente mais d'une année déterminée par arrêté ministériel et pouvant être modifiée. Il s'agit d'éviter que les années 2020 et 2021, fortement perturbées, soient prises comme base de calcul.

Enfin, le 3^o prévoit un report au 31 mars 2022 la date butoir du décret nécessaire à la **mise en œuvre d'une expérimentation d'une dotation populationnelle** en médecine.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article modifié par une série de précisions rédactionnelles.

III - La position de la commission

Concernant la mise en œuvre des réformes de financement, la rapporteure s'interroge sur l'anticipation qui a pu être faite lors de la construction du PLFSS 2021 de la bonne mise en œuvre de ces réformes sur 2021 et 2022, **la situation amenant à corriger en décembre un dispositif qui devait entrer en vigueur au 1er janvier 2022**. Elle constate à ce titre que le modèle de transition est ici substantiellement modifié par rapport aux projets initiaux en matière de soins de suite et de réadaptation.

Surtout, elle estime que le contexte d'incertitudes de l'année 2022 au regard de la poursuite possible des conséquences de l'épidémie de covid-19 sur l'activité des établissements, ne permet pas d'exclure de futurs ajustements au cours du prochain PLFSS.

- La rapporteure estime cependant les adaptations proposées au présent article sont de nature à assurer une transition organisée vers le futur modèle de financement et **considère impératif de sécuriser les conditions de mise en œuvre d'une réforme attendue et nécessaire**.

Interrogée sur la mise en œuvre de la réforme du financement, la fédération hospitalière de France considère ainsi que « *la garantie de ressources qui est apportée aux établissements en 2022 et une entrée en vigueur très progressive de la réforme sur les trois années suivantes offrent un cadre particulièrement sécurisant pour les établissements* ». Elle a en outre souligné **l'enjeu futur d'asseoir la nouvelle dotation populationnelle sur davantage de données médico-économiques, aujourd'hui lacunaires**, cette préoccupation ayant également été relevée par la Cour des comptes.

La fédération travaille avec le ministère de la santé à la signature d'un **protocole pour, une fois la réforme en vigueur, continuer d'étudier les données du terrain et ajuster le cas échéant les tarifs**. Enfin, toujours dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie, la FHF a demandé au ministère que les agences régionales de santé soient en capacité de moduler la dotation populationnelle au regard d'activités spécifiques régionales, comme les centres ressources autisme par exemple.

De son côté, alors que la fédération de l'hospitalisation privée estime que les conditions propices à la mise en œuvre effective des réformes de financement ne sont toujours pas réunies, elle appelle pour sa part le maintien, de manière transitoire et dérogatoire sur l'année 2022, de leurs modalités historiques de financement.

La fédération met notamment en avant le retard ou l'absence de publication des textes d'application et, surtout, des **simulations d'impact partielles ou lacunaires ne permettant pas une visibilité suffisante aux établissements**. Enfin, elle soulève une lacune du dispositif concernant les établissements créés, les nouvelles autorisations délivrées, les extensions et les nouveaux tarifs fixés par les agences régionales de santé pour la période de 2019 à 2022.

Enfin, concernant les systèmes de facturation et les reports nécessaires, la rapporteure a été sensibilisée par la fédération hospitalière de France sur la complexité supplémentaire que représenterait pour les hôpitaux ce nouveau mode de facturation des séjours. Par ailleurs, elle **émet des réserves sur les retards constatés et l'adéquation des moyens à la mise en œuvre de ces réformes** et, plus globalement, **s'interroge sur le délai du report de cinq ans proposé** et sur la persistance de retards en matière de systèmes d'information au sein des établissements publics de santé.

Sous ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 26

Ajustement du financement de la réforme des urgences

Cet article vise à adapter la réforme du financement des urgences et à prolonger une expérimentation relative aux transports sanitaires urgents pré-hospitaliers.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. La correction d'une lacune concernant les honoraires des praticiens libéraux

1. Une clarification concernant les honoraires des médecins libéraux

Pour les passages aux urgences suivis d'hospitalisation, les recettes sont composées des groupes homogènes de séjours (GHS) et, dans les établissements privés (ou « secteur ex-OQN ») peuvent être complétées par les honoraires des praticiens libéraux.

Cependant, **pour les passages non suivis d'hospitalisations**, ces honoraires sont remplacés au 1^{er} janvier 2022 par les forfaits et suppléments prévus par la réforme, qui remplacent les classifications d'activité externe de droit commun - NGAP, CCAM, NABM -.

Alors qu'il était prévu un reversement des forfaits et suppléments par les établissements aux praticiens libéraux sous forme de prestations, le dispositif proposé **préserve la forme d'honoraires sans passage par l'établissement.**

Le III modifie ainsi l'article L. 162-22-8 et prévoit ainsi que des **forfaits et suppléments exclusifs de toute autre rémunération sont destinés à rémunérer les consultations**, actes des médecins et actes de biologie médicale.

2. Une prise en charge des cotisations par l'assurance maladie

Par ailleurs, répondant aux demandes des médecins libéraux, le II **prévoit la prise en charge des cotisations dues au titre des honoraires issus des forfaits et suppléments** sur le modèle des autres honoraires conventionnés.

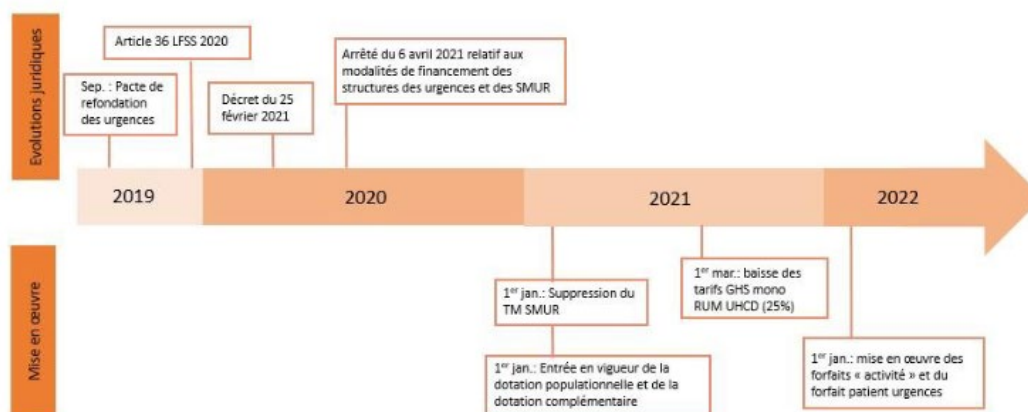
Il modifie à cette fin l'article L. 162-4-1 du code de la sécurité sociale et reprend le dispositif aujourd'hui prévu pour les forfaits rémunérant la permanence des soins ambulatoires.

B. Des adaptations relatives à la réforme du financement des urgences

1. Un nécessaire report des tarifications liées à l'activité

La réforme du financement des urgences, initiée par la loi de financement pour 2020 prévoit un financement assis sur trois ressources : une **dotation populationnelle**, une **dotation complémentaire qualité** et des **recettes liées à l'activité**. La réforme du financement est déjà mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2021 pour les deux premières dotations.

Figure 1 • Calendrier de la réforme



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, rapport de septembre 2021

Cependant, du fait du maintien de la garantie de financement liée à l'épidémie de covid-19, **les forfaits liés à l'activité pour le financement des passages non suivis d'hospitalisation ont été reportés.**

Le report du compartiment « activité » de la réforme n'a pas permis **la mise en œuvre de la participation des patients à travers le forfait de participation aux urgences (FPU)** initialement prévue par la loi au 1^{er} septembre 2021. Le Gouvernement, dans l'évaluation préalable, met en avant des obstacles de mise en œuvre liés notamment aux limites des systèmes d'information.

Aussi, le **IV en reporte l'entrée en vigueur au 1er janvier 2022.**

Par ailleurs, du fait de ce même report et sur le modèle de l'article 25, le **V prévoit l'application des tarifs nationaux de prestation au 1er janvier 2022** plutôt qu'au 1^{er} mars de l'année, le Gouvernement mettant là encore en avant un souci de facilitation de la réforme du financement de l'activité.

2. Une clarification des exonérations de participation aux urgences

L'article 51 de la LFSS pour 2021 a **remplacé le système du ticket modérateur par une participation forfaitaire** de l'assuré lors d'un passage aux urgences. Cette participation est due pour un passage non suivi d'hospitalisation en MCO.

Deux aménagements étaient prévus à cette participation, avec une **minoration de ce forfait pour certains publics, notamment bénéficiaires d'une affection de longue durée**, d'une pension d'invalidité ou pour les invalides de guerre, et une **exonération pour d'autres, notamment les femmes enceintes au-delà du sixième mois de grossesse** ou encore en cas de risque grave et exceptionnel ou pour les donneurs d'organes.

Le I de l'article prévoit plusieurs mises en cohérence préservant la situation de personnes aujourd'hui bénéficiaires d'exonérations du ticket modérateur. Une **exonération totale est ainsi bien clarifiée pour les titulaires d'une rente AT/MP dont l'incapacité est au moins égale à 2/3** ainsi que pour les titulaires d'une pension d'invalidité (1°).

Par ailleurs, la nouvelle rédaction (2°) précise que pour **certaines statuts donnant droit à exonération** (donneurs d'organes, victimes de sévices ou menace exceptionnelle pour la santé), **celle-ci ne peut être accordée que pour des soins liés à ces situations**. La situation médicale devra donc être précisée pour accorder le bénéfice de cette dispense de participation forfaitaire.

Enfin, le VI prévoit une entrée en vigueur de ces dispositions à une date fixée par décret et, au plus tard, **au 1er juillet 2022**. Le Gouvernement justifierait cette entrée en vigueur décalée par des adaptations techniques à produire en vue de prendre en compte la modification des cas d'exonération ou minoration.

C. Une prolongation de l'expérimentation relative aux transports pré-hospitaliers urgents

L'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a prévu une expérimentation relative aux **règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente (SAMU)**.

Si la réforme du financement du transport urgent pré-hospitalier a été actée par la signature de l'avenant n° 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés en décembre 2020, son **application est conditionnée par le déploiement de son volet organisationnel, prévu pour 2022**.

Il s'agit par ce nouveau modèle d'assurer aux SAMU des effecteurs disponibles en remobilisant les transporteurs sanitaires privés sur l'urgence pré-hospitalière et, par le même mouvement, diminuer la pression sur les services d'incendie et de secours.

Cependant, le Gouvernement a souhaité expérimenter la mise en œuvre de celle-ci afin d'apprécier au mieux les impacts financiers et opérationnels. À l'issue de deux appels à candidatures, **sept expérimentations ont été déployées entre 2016 et 2018 et sont toujours en cours** dans les Bouches du Rhône, en Isère, en Haute-Garonne, en Savoie, dans l'Allier, en Charentes Maritime et dans le Var, qui arrivent à leur terme au 31 décembre 2021.

Alors que le nouveau modèle doit entrer en vigueur dans le courant de l'année, il s'agit de **ne pas faire rebasculer dans l'ancien modèle les départements en expérimentation** et ainsi d'aménager une transition de quelques mois en attendant la réforme nationale qui doit se mettre en œuvre courant 2022.

Ainsi, le **VII** modifie l'article 66 de la LFSS pour 2012 **prolongeant d'un an la possibilité d'expérimentation**. C'est le quatrième report du terme de cette expérimentation qui était prévue initialement pour une durée n'excédant pas cinq ans.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre une modification rédactionnelle, l'Assemblée nationale a veillé à la **simultanéité de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions d'exonération du forfait de participation et de l'entrée en vigueur du forfait lui-même**.

Elle a également adopté un amendement visant à préciser que **l'évaluation de l'expérimentation** relative aux transports sanitaires urgents pré-hospitaliers afin d'y intégrer **le reste à charge des patients**.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

La rapporteure soutient l'adoption du présent article et les différents ajustements proposés.

Concernant la question des honoraires des praticiens libéraux, la rapporteure constate que le dispositif répond à des demandes exprimées par les médecins d'être éligibles à une prise en charge des cotisations par l'assurance-maladie dans le cadre de la convention médicale.

Sur les **adaptations prévues au forfait de participation aux urgences, la rapporteure estime ces mises en cohérence bienvenues**.

Cependant, la rapporteure s'interroge sur les risques éventuels dans la mise en œuvre des dernières étapes de déploiement de la réforme du financement des urgences, dans un contexte d'incertitudes sur la poursuite de l'épidémie de covid-19 et donc de son impact sur le financement des établissements de santé. Par ailleurs, la rapporteure a été interpellée par la fédération hospitalière de France qui soutenait un allongement de la période de transition à trois ans, dans un contexte de réformes du financement dans d'autres champs d'activité et alors que le report d'entrée en vigueur limite la transition à une année.

Enfin, concernant l'expérimentation relative aux **transports urgents pré-hospitaliers**, si la rapporteure ne peut que soutenir le report permettant la bonne transition vers la généralisation du dispositif, elle souligne que ce que l'expérimentation initiale devait prendre fin en 2017.

Sous ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 27

Évolution des activités des hôpitaux des armées

Cet article propose de permettre aux hôpitaux des armées de réaliser un certain nombre d'actes et d'utiliser certaines techniques jusqu'ici réservés à des établissements de santé relevant du droit commun.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement rédactionnel qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

A. L'extension aux hôpitaux des armées de la possibilité de pratiquer certains actes et d'utiliser certains produits de santé innovants

Aux termes de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique, seuls certains établissements de santé, spécifiquement autorisés à cet effet pour une période limitée par les autorités sanitaires, peuvent pratiquer certains actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique et prescrire certains dispositifs médicaux et médicaments nécessitant un encadrement spécifique pour des raisons de santé publique ou susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées. La liste de ces établissements est établie soit par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé (HAS), soit par les agences régionales de santé (ARS) sur la base de critères arrêtés par ces ministres après avis de la HAS.

À titre d'illustration, parmi les médicaments concernés par ces autorisations et dont l'utilisation requiert le respect d'un cahier des charges exigeant, on peut citer les *Car-T-Cells* (oncologie), *Luxturna*® (dystrophie rétinienne héréditaire), *Upstaza*® (thérapie génique en injection intracérébrale) ou encore la « greffe » d'îlots de Langerhans (thérapie cellulaire). Pour les dispositifs médicaux, on peut citer les valves aortiques par voie percutanée et les valves mitrales, les bandelettes sous urétrales, et le stimulateur cardiaque définitif *Micra*®.

Les hôpitaux des armées, qui relèvent du service de santé des armées, font l'objet d'une régulation nationale sous l'autorité du ministre de la défense, et non d'une régulation régionale par les ARS. En conséquence, le **1° du I** de l'article 27 du PLFSS pour 2022 modifie l'article L. 1151-1 du code de la santé publique afin de permettre aux hôpitaux des armées de pratiquer des actes et d'utiliser des produits de santé entrant dans le champ de l'innovation thérapeutique et susceptibles d'occasionner des dépenses onéreuses. La liste nationale des établissements et hôpitaux autorisés sera ainsi établie conjointement avec le ministre de la défense pour ce qui concerne les hôpitaux des armées, les listes régionales d'établissements de santé autorisés continuant d'être fixées par les ARS.

Selon l'étude d'impact annexée au PLFSS, partant d'une hypothèse de nombre de patients potentiellement concernés compris entre 7 en 2022 et 13 en 2025, le coût de cette mesure pourrait être compris entre 2,3 millions d'euros en 2022 et 4,3 millions d'euros en 2025.

B. L'extension aux hôpitaux des armées de la possibilité de mettre en place des hébergements non médicalisés

Le **2° du I** de l'article 27 du PLFSS pour 2022 modifie l'article L. 6147-7 du code de la santé publique, relatif aux conditions de participation des hôpitaux des armées au service public hospitalier, afin de leur permettre de mettre en place des hébergements médicalisés, cette prestation pouvant être déléguée à un tiers par convention. À cet effet, les dispositions de l'article L. 6111-1-6¹ du code de la santé publique, qui autorisent les établissements de santé à proposer ce type de prestations, sont étendues aux hôpitaux des armées.

Selon l'étude d'impact annexée au PLFSS, le coût de cette mesure est estimé à quelques dizaines de milliers d'euros.

¹ Créé par l'article 59 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

C. L'extension aux hôpitaux de la possibilité de réaliser des greffes exceptionnelles

Aux termes de l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale, l'ARS peut, après avis conforme d'un comité national, autoriser un établissement de santé, pour une durée qui ne peut dépasser cinq ans, à pratiquer une activité de greffe exceptionnelle d'organes ou de tissus ou de greffe composite exceptionnelle de tissus vascularisés.

Le II de l'article 27 du PLFSS pour 2022 prévoit, dès lors, que les ministres de la défense, de la santé et de la sécurité sociale pourront, par arrêté et sur avis conforme du même comité, autoriser un hôpital des armées à pratiquer ces mêmes activités.

Selon l'étude d'impact annexée au PLFSS, cette mesure devrait occasionner une économie pour l'assurance maladie dès lors qu'une prise en charge complète de ces greffes en hôpital militaire suppose la prise en charge par le budget de la défense d'un certain nombre de frais en amont et en aval du séjour liés aux soins des militaires : « *transports par moyens militaires entre le domicile du militaire et l'hôpital militaire, absence de facturation des consultations des militaires en hôpital militaire.* »

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, en première lecture, un amendement de coordination du rapporteur général.

III - La position de la commission

Bien que la commission soit favorable, sur le fond, aux extensions d'activité proposées par l'article 27 du PLFSS pour 2022 en faveur des hôpitaux des armées, elle s'interroge sur l'opportunité d'inscrire de telles dispositions dans une loi de financement de la sécurité sociale. Dès lors qu'elles se cantonnent à l'organisation des soins et aux autorisations d'activité d'établissements de soins, elles semblent s'écarter du champ des lois de financement de la sécurité sociale fixé par l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

En outre, il reste difficile d'établir l'incidence des mesures proposées par l'article 27 du PLFSS pour 2022 sur l'équilibre financier des comptes sociaux. En effet, l'exercice de certaines activités ou l'utilisation de certains produits de santé par les hôpitaux des armées n'a pas d'impact sur le niveau de prise en charge par l'assurance maladie de ces prestations ou produits qui sont déjà accessibles aux assurés dans les établissements de santé autorisés à cet effet. Le Gouvernement reconnaît lui-même, dans l'étude d'impact annexée au PLFSS, que « *le nombre de greffes exceptionnelles ne devrait pas être modifié du fait de l'ouverture de cette possibilité aux hôpitaux des armées.* »

Pour autant, l'étude d'impact fait état d'économies sur les dépenses d'assurance maladie consécutives à la possibilité pour les hôpitaux des armées de réaliser des greffes exceptionnelles. Dans l'hypothèse d'un patient pris en charge par un hôpital des armées dans le cadre d'une greffe exceptionnelle, la greffe sera financée par un forfait, mais l'ensemble des soins en amont et en aval de la greffe (transports par moyens militaires entre le domicile et l'hôpital, consultations des militaires non facturées en hôpital militaire) seront pris en charge sur le budget de la défense. En découleraient des économies relativement modestes pour l'assurance maladie qui ont été chiffrées, selon des informations transmises par la direction de la sécurité sociale, à environ 5 000 euros par patient.

La commission a adopté un amendement rédactionnel n° 151.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 28

Isolement et contention

Cet article propose de rendre automatique le contrôle par le juge des libertés et de la détention sur le maintien des mesures d'isolement et de contention au-delà d'une certaine durée. Il tire en cela les conclusions d'une décision du Conseil constitutionnel du 4 juin 2021.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé : une saisine automatique du juge sur le renouvellement des mesures d'isolement et de contention après un certain délai

A. L'isolement et la contention : des pratiques thérapeutiques de dernier recours dont l'encadrement par la loi a été censuré à deux reprises par le Conseil constitutionnel

1. Des pratiques thérapeutiques utilisées en dernier recours, dont l'encadrement par la loi a été censuré par le Conseil constitutionnel en 2020 et adapté en conséquence

a) Un encadrement tardif, censuré en juin 2020 par le Conseil constitutionnel en raison d'imprécision sur la durée des mesures

L'article 72 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit dans le code de la santé publique un **article L. 3222-5-1 encadrant l'usage jusqu'alors mal réglementé de l'isolement**, qui consiste à placer une personne hospitalisée dans une chambre fermée, et de la **contention**, qui vise à l'immobiliser. Il est prévu que **ces pratiques interviennent en dernier recours sur décision d'un psychiatre afin de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui.**

Cet article ne prévoyait toutefois aucun dispositif de contrôle judiciaire de ces pratiques, ce pourquoi le Conseil constitutionnel l'a déclaré, en juin 2020¹, non conforme à la Constitution, en reportant au 31 décembre 2020 la date de son abrogation. **L'isolement et la contention constituent** en effet selon le Conseil **des mesures privatives de liberté** devant par conséquent être soumises au contrôle de l'autorité judiciaire, conformément à l'article 66 de la Constitution. Plus précisément, les conditions du placement à l'isolement ou en contention, dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, étaient aux yeux du Conseil entourées de conditions propres à ce qu'il « *n'intervienne que dans les cas où ces mesures sont adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état de la personne qui en fait l'objet* », et le principe d'un tel placement sans saisine préalable de l'autorité judiciaire avait été admis par le Conseil. Ce dernier a toutefois souligné qu'il était **nécessaire, pour sauvegarder la liberté individuelle, de déterminer une limitation précise de la durée d'isolement et de prévoir que le maintien au-delà d'une certaine durée de ces mesures devait être soumis au contrôle du juge judiciaire.**

b) Une adaptation en LFSS pour 2021 répondant pour une part à la censure du Conseil constitutionnel

En conséquence, **la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, en son article 84, a procédé à une modification de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.** Elle restreint d'abord les conditions de recours à l'isolement et la contention en précisant que ces pratiques ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement, après évaluation du patient, et que la décision du psychiatre en la matière doit être motivée.

Par ailleurs, là où l'article L. 3222-5-1 prévoyait seulement une « durée limitée » d'isolement et de contention, il dispose désormais, suivant en cela des recommandations formulées par la Haute autorité de santé (HAS) en février 2017², que :

- la **mesure d'isolement** est prise pour une durée maximale de 12 heures, renouvelable par périodes maximales de même durée dans la limite d'une durée totale de 48 heures ;

- la **mesure de contention** est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures et peut être renouvelée par périodes maximales de même durée dans la limite d'une durée totale de 24 heures.

¹ Conseil constitutionnel, 19 juin 2020, décision n° 2020-944 QPC.

² https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale

Il est prévu par le troisième alinéa du II de l'article L. 3222-5-1 que **le médecin peut renouveler ces mesures au-delà des durées de 48 et 24 heures. C'est à lui qu'il revient d'informer le juge des libertés et de la détention, qui peut alors se saisir d'office, ainsi que le procureur de la République et les proches du patient auxquels il rappelle le droit et les modalités de saisine du juge aux fins de mainlevée de la mesure.** Ces proches sont mentionnés à l'article L. 3211-12 du code de la santé publique : il s'agit des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur si la personne est mineure, de la personne chargée d'une protection juridique relative à la personne faisant l'objet des soins, de son conjoint, concubin ou personne avec laquelle est liée par un pacte civil de solidarité, de la personne qui a formulé la demande de soins, d'un parent ou d'une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins.

Selon le sixième alinéa du II dans sa rédaction actuelle, lorsque le médecin prend, au sein d'une période limitée de 15 jours, plusieurs mesures qui, mises bout à bout, aboutissent à une durée cumulée de 48 heures pour l'isolement, et 24 heures pour la contention, il doit également procéder à cette information.

Dans tous les cas, **le juge, s'il est saisi, doit alors statuer dans un délai de 24 heures.** Il faut ici noter, donc, que **sa saisine n'est pas automatique, et que seule l'est son information.**

Hors les mesures prévues par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, **l'article L. 3211-12-1 prévoit que lorsque le juge des libertés et de la détention n'ordonne pas la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, comme il peut le faire, il statue, le cas échéant, y compris d'office, sur le maintien de la mesure d'isolement ou de contention.** C'est à ce titre que, jusqu'en 2021, les patients – ou toute personne agissant dans leur intérêt – pouvaient demander la mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention. En 2020, 11,7 % des demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète ont donné lieu à mainlevée par le juge des libertés et de la détention.

2. Une absence de contrôle systématique par le juge judiciaire censurée par le Conseil constitutionnel

L'absence de contrôle systématique assuré par le juge dans le cadre des dispositions peut aboutir à ce que des **mesures d'isolement ou de contention soient mises en œuvre sur de longues durées en l'absence de tout contrôle judiciaire.**

Dès lors, **le Conseil constitutionnel a jugé**, dans une décision du 4 juin 2021¹, que les troisième et sixième alinéas du II de **l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique**, dans leur rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, étaient **non conformes à la Constitution**, le législateur ne pouvant, au regard des exigences de l'article 66 de la Constitution, autoriser le maintien à l'isolement ou en contention en psychiatrie au-delà d'une certaine durée sans l'intervention systématique du juge judiciaire.

Afin de laisser le temps au législateur de procéder à la modification de ces dispositions et d'éviter ainsi un vide juridique, **le Conseil constitutionnel a reporté au 31 décembre 2021 la date de l'abrogation de ces alinéas.**

B. La saisine automatique du juge passé un certain délai : une nécessité constitutionnelle mais dont la place en LFSS est contestable

Le présent article modifie en profondeur l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, en prévoyant un cycle de contrôle organisé en trois temps : l'information, la saisine, et la décision du juge.

Le 1° du IV du présent article se limite à l'assouplissement, au sein de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, du renouvellement des périodes de 12 et 6 heures qui s'appliquent respectivement aux mesures d'isolement et de contention. Il précise désormais que ces mesures font l'objet de deux évaluations respectivement par 24 et 12 heures, ce qui donnerait davantage de souplesse au personnel médical et permettrait d'éviter d'évaluer les patients en nuit profonde.

Le 2° du IV procède à la réécriture d'une grande partie de l'article L. 3222-5-1.

Tout d'abord, au-delà des durées maximales prévues dans le cas d'un premier renouvellement sans intervention du juge (48 heures pour l'isolement et 24 heures pour la contention), un renouvellement supplémentaire doit, comme actuellement, faire l'objet d'une information du juge. En revanche, **cette information** – qui consiste en la simple transmission d'une fiche d'information administrative – **serait désormais assurée par le directeur d'établissement et non par le médecin**, qui verrait sa charge ainsi allégée. La mission d'information des proches pouvant saisir le juge incombant au médecin serait conservée, mais **il n'aurait plus à les avertir de la possibilité et des modalités de cette saisine, alors même qu'il doit aujourd'hui s'en assurer**². La condition de respect de la volonté du patient et du secret médical a été ajoutée.

¹ Conseil constitutionnel, 4 juin 2021, décision n° 2021-912/913/914 QPC.

² Il doit avertir y compris le patient de sa faculté de saisir le juge des libertés et de la détention.

Les changements les plus conséquents interviennent au niveau de la **saisine systématique du juge après un certain délai**. Celui-ci doit désormais être saisi, toujours par le directeur d'établissement, avant l'expiration de la 72^e heure d'isolement ou de la 48^e heure de contention. Le juge statue dans les 24 heures qui suivent cette saisine : il peut ordonner la mainlevée de la mesure, ou autoriser son maintien. La décision du soignant, ici, vise le **maintien des mesures d'isolement et de contention au-delà, respectivement, de trois et quatre jours**.

Le juge ordonne sa mainlevée si les conditions de dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui ne sont pas respectées, si la mesure ne paraît ni adaptée, ni nécessaire, ni proportionnée après évaluation du patient ou encore s'il apparaît que ledit patient n'a pas fait l'objet d'une surveillance somatique et psychiatrique stricte. Dans ce cas, aucune nouvelle mesure ne peut être prise avant 48 heures, sauf si des éléments nouveaux survenant dans la situation du patient rendent impossible d'assurer sa sécurité et celle d'autrui autrement que par ces mesures.

Il autorise le maintien de la mesure si les conditions mentionnées au paragraphe précédent sont respectées. Il est alors procédé conformément au processus précédemment décrit (plages de 12 à 24 heures renouvelables, puis information du juge lors du premier renouvellement, puis saisine automatique du juge). Selon ce fonctionnement, **deux cycles de trois ou quatre jours - selon qu'il s'agit de mesures de contention ou d'isolement - peuvent se répéter**.

Pour les mesures de contention, les cycles se répètent ensuite. Pour les mesures d'isolement, une fois que deux cycles de quatre jours se sont écoulés, le juge est automatiquement saisi 24 heures avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de sa précédente décision - mais seulement à ce moment - et le juge statue à l'expiration de ce délai.

Il est précisé qu'avant le terme de ces deux cycles de trois à quatre jours, **lorsqu'une mesure d'isolement ou de contention est prise moins de 48 heures après qu'une précédente mesure de même nature a pris fin, sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement ou de contention qui la précèdent**. Les durées prévues pour l'information du juge s'appliquent donc.

Dans une logique similaire, le contrôle juridictionnel (information puis saisine du juge) s'applique également lorsque plusieurs mesures sont cumulées sur une période de 15 jours, mais dans une rédaction qui suggérerait que ce contrôle se limiterait à l'information du juge. Elle a été précisée depuis par l'Assemblée nationale pour que, lorsque la durée cumulée des mesures sur 15 jours atteint 72 heures, pour l'isolement, ou 48 heures, pour la contention, le juge soit automatiquement saisi.

Les autres dispositions de l'article procèdent à des coordinations et des adaptations.

Le **I** du présent article modifie ainsi l'article L. 3211-12 du code de la santé publique, qui prévoit la possibilité pour certaines personnes (proches et procureur de la République) de saisir le juge des libertés et de la détention, et dispose que lorsque le juge est saisi aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement comme de contention, il statue dans les délais prévus par l'article L. 3222-5-1 ou, à défaut, dans un délai de 24 heures à compter de la saisine.

Le **II** modifie l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique, qui encadre les conditions dans lesquels le juge des libertés et de la détention, saisi en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1, statue. D'une part, la possibilité de saisine du juge aux fins de prolongation de la mesure d'isolement ou de contention est prévue : le juge statue alors sans audience selon une procédure écrite. D'autre part, il est précisé que, si le juge décide de tenir une audience, la procédure devient orale.

Le **III** procède à une précision rédactionnelle de l'article L. 3211-12-4 du code de la santé publique relatif à l'appel dont est susceptible de faire l'objet l'ordonnance du juge des libertés et de la détention, en l'appliquant également aux ordonnances prises en application de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

La place d'une telle mesure dans une loi de financement de la sécurité sociale est pour autant contestable. Il s'agit en effet plus d'une mesure relative aux droits des patients qu'une mesure ayant trait au financement de la Sécurité sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Si son rapporteur général a admis partager « *un certain nombre d'interrogations sur cette mesure et son rattachement à une LFSS* », l'Assemblée nationale n'a pas supprimé cet article. Elle y a néanmoins apporté quelques modifications.

Tout d'abord, **le périmètre des personnes informées du renouvellement** au-delà de 48 ou 24 heures de la mesure d'isolement ou de contention, ainsi que du renouvellement de ces mesures après deux décisions de maintien prises par le juge, **a été réduit**. Dans sa version initiale, le médecin devait informer les personnes mentionnées aux sept points de l'article L. 3211-12 dès lors qu'elles étaient identifiées¹.

¹ Pour mémoire, il s'agit de la personne faisant l'objet de soins ; des titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ; de la personne chargée d'une protection juridique relative à la personne faisant l'objet des soins ; du conjoint, concubin ou personne avec laquelle est liée par un pacte civil de solidarité ; de la personne qui a formulé la demande de soins ; d'un parent ou d'une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ; et, enfin, du procureur de la République

Dans sa version amendée par l'Assemblée nationale, le médecin « *informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient dès lors qu'une telle personne est identifiée* ». Ces personnes sont mentionnées au 6^e point de la liste de l'article L. 3211-12 : « *un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet de soins* ». **L'amendement procède donc à une forte restriction du nombre de personnes informées.** Si la mention d' « *au moins un membre de la famille* » peut permettre au médecin d'informer plusieurs de ces membres et constitue un élargissement ponctuel du nombre des personnes informées, son imprécision risque d'être un facteur de charge, voire d'insécurité juridique pour le médecin : devra-t-il chercher plusieurs membres de la famille dès lors qu'ils sont identifiés ? S'il en connaît deux, devra-t-il informer les deux ou cela sera-t-il laissé à sa discrétion ?

Il est par ailleurs procédé à une **précision bienvenue sur les conditions dans lesquelles le contrôle juridictionnel (information puis saisine du juge) s'applique lorsque plusieurs mesures sont cumulées sur une période de 15 jours.** Il est désormais prévu que lorsque le médecin prend plusieurs mesures dont la durée cumulée pendant une période de 15 jours atteint 48 heures pour les mesures d'isolement ou 24 heures pour les mesures de contention, il informe le juge ; lorsque les durées cumulées atteignent 72 heures pour les mesures d'isolement ou 48 heures pour les mesures de contention, le directeur de l'établissement doit saisir le juge.

L'Assemblée nationale a adopté cet article avec modification.

III - La position de la commission

Votre commission, comme l'année dernière, rejoint les préoccupations du rapporteur général de l'Assemblée nationale quant à l'incongruité d'une telle disposition en LFSS, laquelle présente un fort risque de constituer un cavalier social et donc d'être irrecevable au titre de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

En 2020, la crise sanitaire et les difficultés rencontrées par le Parlement dans ses travaux législatifs au long de l'année ont pu justifier l'introduction d'une telle disposition en LFSS, pour laquelle votre commission rappelle que le Conseil constitutionnel n'avait pas été saisi.

Cette année, la présence de cette mesure en LFSS, dont les délais d'examen sont particulièrement contraints, ne peut qu'interroger tant par la forme que par la méthode, car de nombreux véhicules législatifs auraient pu être utilisés par le Gouvernement depuis le 4 juin 2021. Votre commission rappelle son attachement au **principe fondamental de lisibilité et de sincérité des débats parlementaires**, qui commande qu'un véhicule législatif soit le lieu de discussion de dispositions cohérentes et réunies par un même objet.

Ce principe vaut tout particulièrement pour la LFSS, dont l'examen est enserré dans des délais constitutionnels. Des dispositions d'une telle portée pour la vie des patients auraient nécessité un texte dédié et examen plus approfondi.

Dans l'hypothèse d'un maintien du dispositif par le Conseil constitutionnel, votre commission souligne que la liste des personnes informées du renouvellement de la mesure d'isolement ou de contention par le médecin, rétrécie par l'Assemblée nationale, gagnerait à être maintenue selon les modalités prévues par l'article L. 3211-12 du code de la santé publique. Les personnes mentionnées à cet article devraient également se voir préciser les modalités de saisine du juge des libertés et de la détention, comme cela est actuellement prévu.

Dans l'hypothèse d'un futur examen au fond d'un texte relatif aux droits des patients, votre commission attire également votre attention sur le fait que les conditions de mise en œuvre des mesures d'isolement et de contention sont problématiques.

D'une part, **les conditions matérielles dans lesquelles les mesures sont exécutées sont souvent difficiles, voire inacceptables**. Il est fréquent de voir des locaux indignes, sans fenêtre, des plages de sortie très limitées, un défaut d'hygiène, voire d'accès aux toilettes, des conditions d'alimentation très sommaires et de surveillance infirmière ou médicale insuffisantes. Des atteintes graves peuvent également être portées à l'intimité des patients (chambre ou toilettes visibles de l'extérieur, patients laissés nus...)¹.

D'autre part, **il peut parfois s'avérer nécessaire d'appliquer des mesures d'isolement ou de contention à des patients en soins libres, ce que n'autorise pas l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique**. Les conditions de leur arrivée aux urgences, souvent en état de crise ou de forte agitation, peuvent requérir de telles mesures, mais pour une courte durée (3 à 6 heures). Le lien existant entre le régime des soins sans consentement et le placement à l'isolement ou en contention peut toutefois faire courir aux patients le risque de passer du régime de soins libres au régime juridique très contraignant des soins sans consentement², pour le seul motif de permettre au soignant de prendre une mesure d'isolement ou de contention.

¹ Réponse de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté au questionnaire adressé par le Sénat.

² Ces patients font notamment l'objet d'une inscription dans le fichier Hospyweb, qui est partagé entre plusieurs services publics.

Si votre commission comprend l'urgence à substituer une disposition nouvelle à la disposition censurée par le Conseil constitutionnel, et le risque juridique auquel seraient exposés les établissements de soins psychiatriques si tel n'était pas le cas, **elle propose toutefois la suppression de cet article**. S'il était finalement retenu dans la LFSS adoptée en décembre 2021, **il serait toutefois toujours loisible au Conseil constitutionnel**, appelé à se prononcer sur la conformité de cette mesure, **de reporter de nouveau les effets de sa censure** des alinéas 3 et 6 du II de l'article L. 3222-5-1 du code de la sécurité sociale dans le courant de l'année 2022.

La commission vous demande de supprimer cet article (amendement n° 152).

CHAPITRE II

RENFORCER LA POLITIQUE DE SOUTIEN À LA PERTE D'AUTONOMIE

Article 29

Extension de la mesure socle du Ségur au sein du secteur médico-social

Cet article étend les revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur de la santé à certains professionnels du secteur médico-social.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé : une extension des revalorisations décidées dans le cadre du Ségur de la santé à une partie seulement du secteur médico-social

A. Des revalorisations salariales initialement limitées

L'accord du Ségur de la santé du 13 juillet 2020 a créé un complément de traitement indiciaire (CTI) de 183 euros par mois, à compter du 1^{er} septembre 2020, au bénéfice des agents affectés dans les établissements publics de santé et les Ehpad. Son financement a été inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021¹.

La mission conduite par Michel Laforcade a conduit à étendre le bénéfice du CTI aux agents et salariés des ESMS par trois accords signés le 11 février et le 28 mai 2021.

¹ Article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

L'accord du 11 février 2021 étend le CTI, au 1^{er} juin 2021, à tous les agents des établissements sociaux et médico-sociaux rattachés à un établissement public de santé ou à un Ehpad public.

Les deux accords du 28 mai 2021 étendent le bénéfice du CTI à de nouveaux établissements pour les professionnels de santé non médicaux au sens du code de la santé publique : les cadres de santé, les aides médico-psychologiques (AMP), les accompagnants éducatifs et sociaux (AES) et les auxiliaires de vie :

- un protocole d'accord portant sur les ESMS publics non rattachés à un établissement de santé ou un Ehpad et financés pour tout ou partie par l'assurance maladie signé par l'État, la CFDT, l'UNSA et la FHF, prévoit que les 18 500 soignants relevant des trois fonctions publiques bénéficieront de l'augmentation de 183 euros nets par mois à partir du 1^{er} octobre 2021.

- un accord de méthode relatif aux ESMS privés à but non lucratif financés pour tout ou partie par l'assurance-maladie a par ailleurs été signé par l'État avec les partenaires sociaux - auxquels appartient la signature finale. Il prévoit que les 64 000 professionnels soignants exerçant leurs fonctions dans les structures, notamment pour personnes handicapées et les Ssiad non régis par la branche de l'aide à domicile bénéficieront d'un complément de rémunération de 183 euros nets par mois à compter du 1^{er} janvier 2022. Ce volet ne nécessite pas de déclinaison législative.

B. Le dispositif proposé

1. L'article 29 traduit les accords issus de la mission Laforcade

Le c) du 1^o supprime l'exception qui était faite pour les professionnels des Ehpad rattachés à des établissements publics de santé de bénéficier du CTI.

- **Le d) du 1^o complète, dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale, la liste des employeurs dont les agents seraient eux aussi rendus éligibles au bénéfice du CTI à compter du 1^{er} juin 2021.** Sont concernés les fonctionnaires :

- des établissements et services sociaux et médico-sociaux rattachés à un établissement de santé ;

- des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant d'un établissement public gérant un ou plusieurs Ehpad relevant de la loi de 1986 relative à la fonction publique hospitalière ;

- des groupements d'intérêt public à la triple condition qu'ils exercent une activité à titre principal en lien direct avec la prise en charge des patients ou résidents, que l'un au moins de ses membres soit un établissement public de santé ou un Ehpad de la fonction publique hospitalière, et dont l'activité principale bénéficie majoritairement à un établissement public de santé ou à un Ehpad public ;

- des groupements de coopération sociale et médico-sociale comprenant un ou plusieurs Ehpad relevant de la fonction publique hospitalière ;

- des établissements expérimentaux, au sens du 12° de l'article L. 312-1 du CASF, accueillant des personnes âgées et relevant de l'objectif global de dépenses ;

• **Le CTI serait également versé, à partir du 1er octobre 2021, aux agents publics exerçant certaines fonctions** : aides-soignants, infirmiers, cadres de santé de la filière infirmière et de la filière de rééducation, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, diététiciens, aides-médoco-psychologiques, auxiliaires de vie sociale, accompagnants éducatifs et sociaux au sein :

- des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ;

- des établissements et services destinés aux personnes en situation de handicap – tels que les instituts médico-éducatifs, les foyers d'accueil médicalisés ou les maisons d'accueil spécialisées – dès lors qu'ils relèvent de l'objectif global de dépenses de la CNSA ;

- des établissements accueillant et accompagnant les personnes confrontées à des difficultés spécifiques au sens du 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, tels les centres d'addictologie ;

• **Une « indemnité équivalente » au CTI serait également versée aux agents contractuels de droit public** et aux ouvriers des établissements industriels de l'État qui exercent leurs fonctions au sein des structures précitées, à la date prévue pour chaque catégorie, dans des conditions qui seront précisées par décret.

• **Le CTI serait également versé, à compter du 1er septembre 2021, aux agents relevant de la fonction publique hospitalière lorsqu'ils suivent des études favorisant la promotion professionnelle**, préparant aux diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social, ou son équivalent maintenu pour les contractuels.

Les 1°, 2°, 6°, 7°, 8° et 9° sont d'actualisation ou de coordination.

2. Impact financier de la mesure

L'étude d'impact du PLFSS évalue le coût de cette mesure pour 2021 à 67,5 millions d'euros, dont 52 millions portés par la branche autonomie.

En 2022, le coût est évalué à 98 millions d'euros pour les agents exerçant dans un établissement rattaché à un établissement public de santé, Ehpad ou GCSMS comprenant un Ehpad ou un GIP à vocation sanitaire, dont 83 millions au titre de l'Ondam médico-social et de l'Ondam spécifique. Ce coût équivaut à 42 millions d'euros pour le CTI des agents paramédicaux des établissements publics financés par l'assurance maladie.

Le coût de la revalorisation des professionnels du secteur non lucratif relevant d'établissements financés pour tout ou partie par l'assurance maladie, qui ne relève pas du présent article, équivaut, lui, à 368 millions d'euros en 2022.

En millions d'euros	Coût année pleine	Entrée en vigueur
Tous agents exerçant dans un établissement rattaché à un EP de santé, Ehpad ou GCSMS comprenant un Ehpad + GIP à vocation sanitaire	83 (Ondam médico-social + Ondam spécifique) + 15,5 (Ondam établissements de santé)	01/06/2021
Agents paramédicaux des établissements publics (FPH) financés par l'assurance maladie : PH, Ssiad Ondam spécifique	42	01/10/2021
<i>Agents paramédicaux des établissements du secteur non lucratif et lucratif PH, Ssiad (autres que BAD), (Ondam spécifique ; ne relève pas de l'article 29)</i>	368	01/01/2022

Source : étude d'impact du PLFSS pour 2022.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Les députés ont adopté quatre amendements rédactionnels proposés par la rapporteure de la branche autonomie, Mme Caroline Janvier.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

La commission approuve l'extension des revalorisations salariales aux professionnels du médico-social, qui n'ont guère moins que ceux du sanitaire contribué au maintien de notre système de prise en charge des plus fragiles pendant l'épidémie de covid-19.

La méthode choisie par le Gouvernement, qui consiste à étendre le périmètre des revalorisations par cercles excentriques, n'est toutefois pas sans risques. Elle suscite d'abord des incompréhensions et des incohérences, parfois au sein d'un même établissement, entre les professionnels éligibles au CTI et ceux qui ne le sont pas. À ce stade, restent exclus des mesures issues du Ségur :

- sur le plan statutaire : le secteur privé non financé par l'assurance maladie, où l'extension de la revalorisation salariale doit être transposée par des accords collectifs ;

- sur le plan professionnel : le personnel administratif et technique et certaines catégories de soignants ou de personnel médico-social, tels les professionnels éducatifs et sociaux, avec ou sans fonction d'encadrement : éducateurs spécialisés ou techniques, encadrants éducatifs de nuit, éducateurs de jeunes enfants, moniteurs éducateurs, moniteurs d'atelier, chefs d'atelier, moniteurs de jardin d'enfant, moniteurs d'enseignement ménager, techniciens de l'intervention sociale et familiale, conseillers en économie sociale et familiale, psychologues, cadres de service éducatif et social, paramédical, chefs de service éducatif, pédagogique et social, paramédical, etc.

Une telle situation provoque en outre un profond déséquilibre dans les ressources des établissements du secteur sanitaire et social, l'attraction exercée par les établissements où est versé le CTI contribuant à tarir le personnel des autres structures. Évoquant la situation de l'emploi dans les établissements médico-sociaux exclus du Ségur, les interlocuteurs du rapporteur de la branche autonomie ne se sont distingués que par le choix des qualificatifs : certains ont estimé les conséquences du Ségur « *intenable* » et sources de « *grandes difficultés* »¹, d'autres ont qualifié la situation de « *dramatique* »², d'autres encore l'ont jugée « *cataclysmique* », menaçant le secteur d'« *effondrement* »³. L'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei), mouvement auquel sont rattachés 550 associations et 3 000 établissements et services médico-sociaux, a déclaré au rapporteur se trouver dans l'obligation de fermer certaines structures.

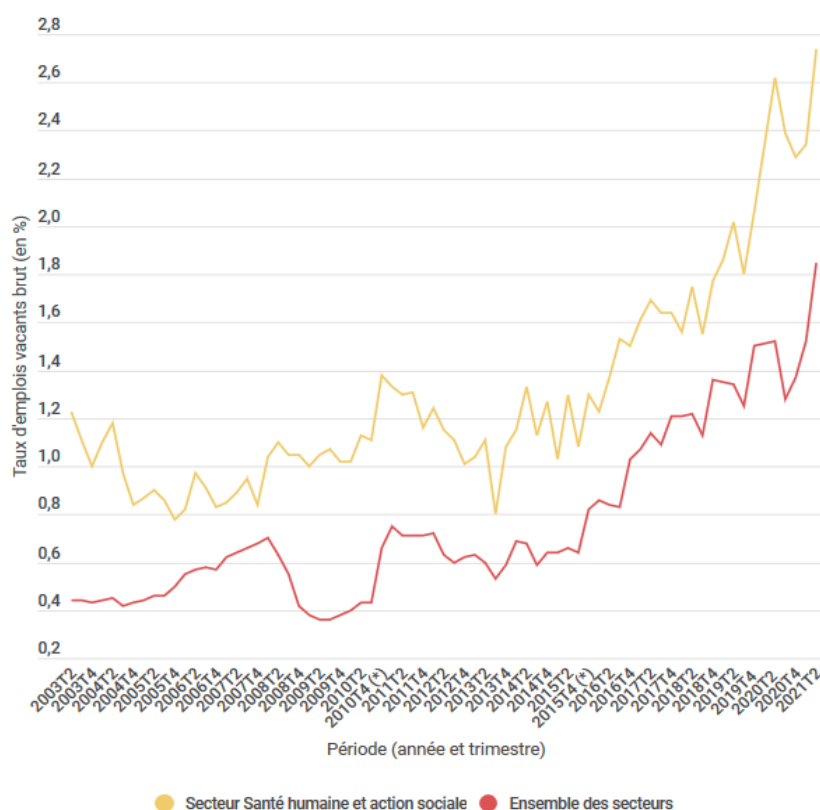
La documentation du phénomène n'est pas simple mais, outre le témoignage des acteurs de terrain, des constats chiffrés semblent attester que les difficultés de recrutement du secteur s'aggravent depuis plusieurs mois. La Dares mesure ainsi le taux d'emplois vacants dans le volet « *santé humaine et action sociale* » du secteur privé, associatif et commercial : le déclin de l'attractivité du secteur, certes ancien, s'accélère depuis l'an dernier.

¹ Malika Boubekeur, conseillère nationale compensation, autonomie, accès aux droits et MDPH de l'APF-France handicap, le 21 octobre 2021.

² Marion Aubry, membre de la commission Compensation du handicap et ressources du CNCPPH, le 13 octobre 2021.

³ Pierre-Yves Lavallade, directeur général de Paralysie cérébrale France, le 19 octobre 2021.

Taux d'emplois vacants dans le secteur « santé humaine et action sociale » selon la Dares



(*) Deux ruptures de série existent au T4 2010 et au T4 2015. Ces ruptures s'expliquent par des changements méthodologiques.

Champ : entreprises de 10 salariés ou plus de France (métropole et Drom hors Mayotte).

La commission ne saurait ainsi approuver cet article sans appeler simultanément le Gouvernement à agir pour améliorer l'attractivité de l'ensemble du secteur médico-social et social où sont pris en charge les plus fragiles de notre société. C'est l'objet de l'amendement n° 154, qui institutionnalise une instance souple de dialogue entre l'État, les départements et les professionnels du secteur médico-social, afin de maintenir ces questions à l'agenda. L'amendement n° 153, par ailleurs, est de coordination.

En dépit de ces observations, **la commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.**

Article 30

Réforme de l'offre et de la tarification des services d'aide à domicile

Cet article engage une réforme de la tarification et de l'organisation des services d'aide et de soins à domicile.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. L'aide à domicile : un secteur atomisé au financement insuffisant et hétérogène

1. Un secteur atomisé

La notion d'aide à domicile pour personnes âgées et handicapées recouvre trois types de services distincts :

- les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) interviennent en qualité de prestataires, pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage. Depuis la loi dite ASV¹, ils relèvent du régime de l'autorisation délivrée par le président du conseil départemental, qui les tarifie et les finance.

- les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), créés en 1981, sont des services médico-sociaux dont la vocation est d'éviter l'hospitalisation, de limiter les incapacités et de prévenir la perte d'autonomie. Ils interviennent à domicile ou en établissement, où ils dispensent des soins infirmiers de base, techniques ou de *nursing*, et effectuent un travail de coordination. Ils sont autorisés et tarifés par les ARS.

- les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) qui, comme leur nom le laisse deviner, proposent des prestations d'aide et de soins. Ils sont autorisés conjointement par les ARS et les départements, qui les financent pour les parts respectives de leur activité relevant du soin et de l'aide à domicile. L'expérimentation des Spasad intégrés, prévue par la loi ASV, a fourni de solides preuves de l'intérêt d'une meilleure intégration de ces types de prestations².

¹ Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

² Voir DGCS, rapport d'étape sur l'évaluation des expérimentations menées sur les Spasad intégrés, 2019.

L'offre de services à domicile reste peu lisible. Les services sont nombreux et atomisés. Le rapport Libault de mars 2019¹ recensait environ 7 000 Saad, dont 1 600 habilités à l'aide sociale. Certaines études considèrent que près de cent structures, entreprises, associations ou services municipaux interviennent comme service d'aide à domicile dans un département donné². Les Ssiad sont environ 1700, et les Spasad restent trop peu nombreux : 338 concernés par l'expérimentation. Les problèmes de coordination sont fréquents – seules 11 % des prises en charge par les Spasad intégrés sont véritablement coordonnées –, ce qui alimente le non-recours et fait supporter aux usagers d'importantes charges d'organisation.

2. Un secteur sous-financé

Les Saad habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale sont tarifés par le département, qui fixe un tarif horaire pris intégralement en charge par l'APA sous réserve du ticket modérateur applicable en fonction du revenu.

Les Saad non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale sont libres de fixer leurs prix, sous réserve de respecter un taux maximal de progression annuelle fixé chaque année par arrêté ministériel. L'allocation est versée au bénéficiaire dans la limite d'un tarif de référence fixé par le département.

Le financement des structures est aujourd'hui déficitaire : en 2017, l'écart entre le coût de production horaire d'une prestation d'aide à domicile et le tarif horaire des services dans le cadre des prestations APA ou PCH était de 2,2 euros. Certains Saad sont ainsi conduits à freiner leurs coûts en limitant le niveau de professionnalisation des intervenants, ce qui a des conséquences sur la qualité des prestations, la qualité de vie au travail, et occasionne des transferts de charge sur d'autres activités.

L'atomisation du secteur n'est pas pour rien dans son sous-financement car, comme le rappelait le rapport Libault, « *les structures de coût varient selon les différentes conventions collectives dont dépendent les services. La majorité relève de la branche de l'aide à domicile (environ 60 %), mais une minorité relève d'autres conventions du privé non lucratif, de la convention des services à la personne de 2012 (privé lucratif environ 20 %) voire de la fonction territoriale (CCAS environ 10 %)* ».

En conséquence, en 2019, une nouvelle demande de prise en charge sur cinq n'a pu être satisfaite intégralement, 25 % des structures ont enregistré une baisse du nombre de dossiers pris en charge, près d'un tiers des directeurs de services médico-sociaux à domicile interrogés ont désigné le manque de personnel comme la cause directe du refus de prise en charge, et près de 80 % d'entre eux estiment que la situation se dégrade.

¹ Rapport de la concertation grand âge et autonomie, mars 2019.

² Bernard Bensaid et Robert Gary-Bobo, *La réglementation optimale des services à domicile aux personnes âgées*, 2019.

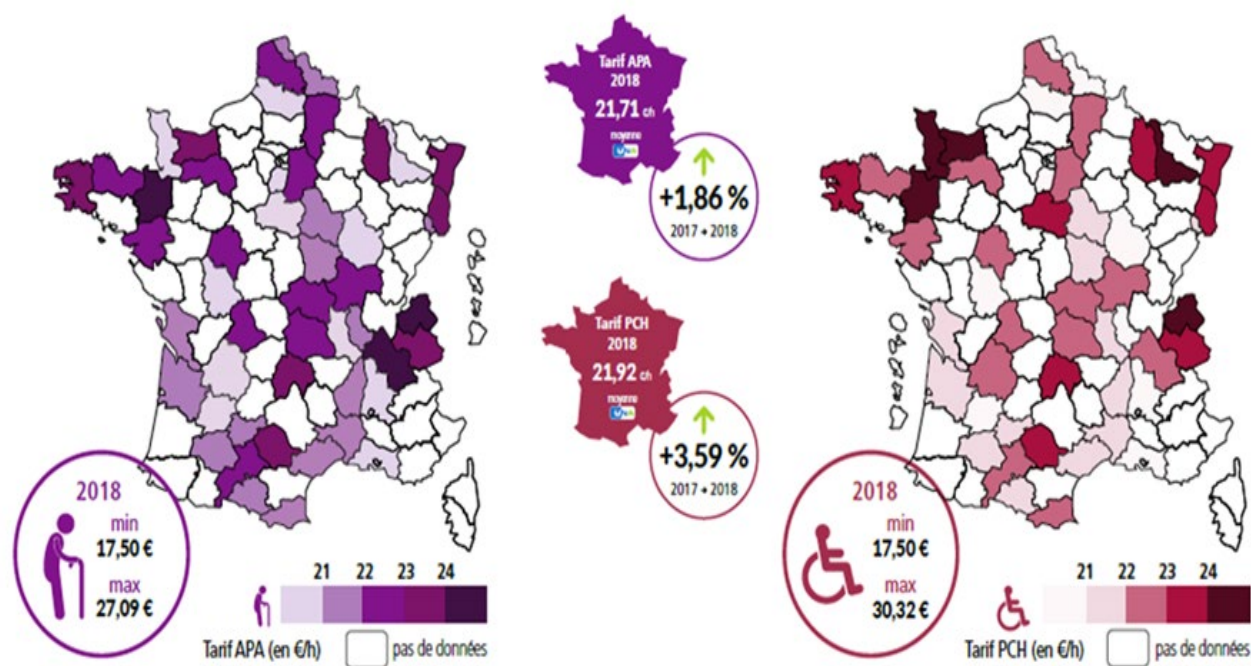
3. D'importantes variations géographiques de prise en charge

La situation n'est pas que mauvaise : elle est aussi hétérogène, puisque chaque département fixe ses tarifs. Les heures d'aide réalisées au titre de l'APA ou de la PCH ne sont par conséquent pas tarifées de la même façon d'un département à l'autre.

Pour les services habilités à l'aide sociale, la médiane des tarifs moyens des départements était en 2018 de 21,3 euros par heure, un quart des départements avaient un tarif moyen inférieur à 20,7 euros et 10 % inférieur à 20,1 euros. Pour les services non habilités, ces chiffres étaient respectivement de 19,5 euros, 18,1 euros et 17,8 euros. Par ailleurs, selon une étude de la Fédération des services à la personne et de proximité (Fédésap), 94 départements sur 101 proposent actuellement une APA dont le seuil est inférieur à 22 euros.

Référentiel de coûts ARGOS - SAAD 2018 (Décembre 2019, CNSA / UNA)

Le financement des services APA et PCH



Source : DGCS

Les acteurs de l'aide à domicile réclament par conséquent depuis plusieurs années l'instauration d'un tarif national plancher en-deçà duquel les départements ne pourraient tarifier les services habilités ; pour les services non habilités, le reste à charge pourrait dépasser la participation réglementaire. Un tel tarif plancher était également préconisé par le rapport Libault, de même que par le rapport du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge de 2020¹.

B. Le dispositif proposé

1. La rationalisation de l'offre de service

Le 1^o du A du I modifie la rédaction de l'article L. 313-1-3, lequel dispose aujourd'hui que les Saad respectent un cahier des charges défini par décret, pour disposer que les prestations d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile relevant des établissements et services médico-sociaux sont dispensées par des « *services autonomie à domicile* » (SAD).

Ces SAD concourraient « *à préserver l'autonomie des personnes qu'ils accompagnent et à favoriser leur maintien à domicile. À cette fin, ils assurent une activité d'aide et d'accompagnement à domicile et proposent une réponse aux éventuels besoins en soins aux personnes accompagnées* » : soit en assurant eux-mêmes une activité de soins à domicile, qui leur donnerait droit aux dotations versées par l'ARS définies ci-après, soit en organisant la réponse aux besoins de soins avec d'autres services ou professionnels dispensant une activité de soins à domicile, le cas échéant par le biais de conventions. Un décret fixerait au plus tard le 30 juin 2023 (A du II), le cahier des charges que doivent respecter ces services. La mise en conformité avec ce cahier des charges ne pourrait prendre plus de deux ans (B et C du II).

Les Saad, Spasad autorisés ou Spasad expérimentaux qui, à la date d'entrée en vigueur du cahier des charges, disposent d'une autorisation, sont réputés autorisés en qualité de SAD, pour la durée de l'autorisation restant à couvrir. Pendant les deux ans ouverts pour se mettre en conformité avec le cahier des charges des SAD, ils resteraient régis par les dispositions qui leur sont respectivement applicables.

Les Ssiad se trouvant dans le même cas devront en revanche déposer sous deux ans une demande en vue de leur autorisation en qualité de SAD - dispensée toutefois de la procédure d'appel à projets. Ils resteraient dans l'intervalle régis par les dispositions qui leur étaient applicables.

Le tarif plancher entrerait en vigueur pour les Saad et les Spasad à compter du 1^{er} janvier 2022 (D du II). Les Spasad bénéficieraient en outre à cette date d'une dotation destinée au financement des actions garantissant le fonctionnement intégré de la structure.

¹ Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, « *Le recours des personnes âgées vulnérables aux emplois et services d'aide à domicile* », avril 2020.

2. Une réforme de la tarification de ces services

Le 2° du I. complète la section 1 du chapitre IV du code. Il crée d'abord un article L. 314-2-1 nouveau, qui précise les modalités de financement des SAD, lesquels dépendent de la nature de leur activité :

- **Au titre de leur activité d'aide et d'accompagnement à domicile :** le tarif horaire des services habilités à l'aide sociale défini par le président du conseil départemental ne pourra être inférieur à un montant fixé par arrêté des ministres en charge des personnes âgées, handicapées, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale. Pour les services non habilités à l'aide sociale, le montant de la prestation destinée à couvrir en tout ou partie le prix facturé par le service - APA ou PCH - ne pourra être inférieur au montant résultant de l'application du montant minimal mentionné précédemment.

Ce tarif plancher, applicable à partir du 1^{er} janvier 2022, serait fixé à 22 euros. Les concours versés par la CNSA aux départements seraient aussi destinés à couvrir le surcroît de coûts résultant pour chaque département de l'application du tarif plancher. Les modalités de détermination de ce montant seraient précisées par décret en Conseil d'État en tenant compte des dernières données disponibles portant sur le volume total d'activité des services réalisant une activité d'aide et d'accompagnement à domicile, à la date d'effet de la première application du tarif minimal et de chacune de ses revalorisations (B du I).

Le 8° du C précise que les services non habilités peuvent appliquer un pourcentage d'évolution annuelle des prix supérieur au taux maximal annuel lorsque leurs tarifs restent inférieurs au tarif horaire de référence.

- **Au titre de l'activité de soins,** le directeur général de l'ARS verserait chaque année, d'une part, une dotation globale relative aux soins dont le montant tiendrait compte notamment du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes accompagnées, et d'autre part, une dotation destinée au financement des actions garantissant le fonctionnement intégré de la structure et la cohérence de ses interventions auprès de la personne accompagnée.

3. Impact financier de la réforme

L'impact financier de la réforme, tel qu'analysé par l'étude d'impact du projet de loi, est résumé dans le tableau ci-après.

	2022	2023	2024	2025
Branche autonomie, dont	253	312	338	388
<i>Tarif plancher de 22 euros</i>	242	242	242	242
<i>Réforme de la tarification Ssiad</i>	0	39	81	127
<i>Financement du temps de coordination</i>	10	11	14	18
État : crédit d'impôt Saad	19	19	19	19
Total finances publiques	272	313	358	407
Assurés : tarif plancher de 22 euros Saad	19	19	19	19

Source : Annexe 9 au PLFSS pour 2022

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

1. Fixation annuelle du tarif plancher

Les députés ont adopté quatre amendements identiques de plusieurs députés des groupes Agir ensemble, Les Républicains et La République en marche, qui précisent que le tarif plancher serait fixé « *annuellement* ».

2. Dotation qualité portant le tarif plancher, sous conditions, à 25 euros

La principale modification du dispositif réside dans un amendement du Gouvernement complétant le dispositif du tarif national plancher. Les services habilités et non habilités à l'aide sociale seraient éligibles à une dotation finançant des actions améliorant la qualité du service rendu à l'utilisateur sous réserve d'avoir conclu avec le président du conseil départemental un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Le II crée un nouvel article L. 314-2-2 qui dispose que la dotation qualité finance des actions permettant :

- d'accompagner des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités ;
- d'intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, les weekends et les jours fériés ;
- de contribuer à la couverture des besoins de l'ensemble du territoire ;
- d'apporter une aide aux aidants de personnes accompagnées ;
- d'améliorer la qualité de vie au travail des intervenants ;
- de lutter contre l'isolement des personnes accompagnées.

La dotation serait versée aux services retenus, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, au terme d'un appel à candidatures ne pouvant prévoir de critères d'éligibilité sans rapport avec les objectifs mentionnés ci-avant, qui seraient notamment liés au statut juridique du service, à un volume d'activité minimal ou à une part minimale d'heures effectuées auprès de bénéficiaires de l'APA ou de la PCH. Le service dont la candidature n'est pas retenue peut demander au président du conseil départemental de motiver sa décision.

Chaque département transmettrait à la CNSA les données permettant de suivre l'utilisation des montants versés au titre du concours spécifique. Un décret précisera les conditions dans lesquelles s'effectue la transmission de ces données ainsi que les modalités de contrôle et de recouvrement des indus du concours de la CNSA lorsque le contrôle fait apparaître que tout ou partie des montants versés au titre de ce concours n'a pas été utilisé ou l'a été à d'autres finalités.

Le III précise que les concours de la CNSA couvriraient également le surcroît de coûts résultant pour les départements de la dotation qualité, selon des modalités précisées par décret en Conseil d'État.

Le IV en tire les conséquences à l'article L. 313-11-1, relatif au contenu des CPOM conclus entre les Saad et les présidents de conseils départementaux. Les CPOM des SAD qui bénéficieraient du financement apporté par l'APA ou la PCH devraient ainsi préciser les modalités d'organisation de nature à assurer la coordination et la continuité des interventions d'aide, d'accompagnement et de soins sur le territoire d'intervention du service auprès de la personne accompagnée. Les CPOM des SAD bénéficiant de la dotation qualité devront quant à eux préciser les actions conduites afin d'améliorer la qualité de prise en charge ainsi que, lorsqu'ils ne sont pas habilités à recevoir de l'aide sociale, les modalités de limitation du reste à charge des personnes accompagnées.

Le V prévoit la transition : juridique, en précisant que les services déjà liés par un CPOM et souhaitant bénéficier de la dotation qualité concluent un avenant comportant les éléments précités, et financière, en précisant qu'un service bénéficie de la dotation qualité, le cas échéant, à la date où cessent d'être versés les financements de soutien de l'aide à domicile prévus par la LFSS pour 2019¹.

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

Le VI précise que les Saad, en attendant leur constitution en SAD, bénéficieront des nouvelles modalités de financement et de compensation par la CNSA à compter du 1^{er} janvier 2022 sauf pour la dotation qualité et la compensation correspondante, qui pourrait leur bénéficier à compter du 1^{er} septembre 2022. Le VII, enfin, précise que la dotation qualité bénéficierait aux Spasad, avant leur constitution en SAD, à compter du 1^{er} septembre 2022 également.

En séance publique, la ministre Brigitte Bourguignon a indiqué que le coût d'une telle mesure serait « *de 60 millions d'euros en 2022, pour atteindre quelque 500 millions en 2025* ».

3. Remise d'un rapport d'évaluation

Un amendement de Mme Caroline Janvier a imposé au Gouvernement la remise au Parlement d'un rapport évaluant l'impact du tarif plancher, ainsi qu'un sous-amendement de Mme Annie Vidal précisant que ce rapport évalue également l'impact du tarif plancher « *pour les modes d'intervention de l'aide à domicile liés au secteur des particuliers employeurs, en vue de se prononcer sur l'opportunité de l'appliquer, dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie, pour l'emploi d'un salarié à domicile, en emploi direct ou via une structure mandataire* ».

4. Divers

Les députés ont enfin adopté sept amendements rédactionnels et de coordination.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

La commission partage les intentions de cet article, qui vise à réduire les disparités entre départements, améliorer la solvabilisation de l'offre de services en rapprochant les tarifs de leur coût de revient, et contribuera à rapprocher les tarifs des services habilités de ceux des services non habilités.

Le mécanisme proposé n'est toutefois pas sans présenter quelques risques.

D'abord, l'opportunité de fixer le tarif plancher à 22 euros pour mieux solvabiliser les structures pourrait se discuter plus longuement. Le rapport Libault observait déjà que le tarif moyen pondéré en fonction de l'activité pour les Saad habilités à l'aide sociale s'élevait à 21,67 euros pour l'APA, mais le coût de revient horaire moyen des structures a avait été, lui, évalué par une étude de la DGCS et de la CNSA de mai 2016, à 24 euros¹. Le mécanisme de la dotation qualité n'écarte pas totalement cette objection.

¹ Rapport de la concertation grand âge et autonomie, mars 2019, p. 31.

Ensuite, l'emploi de gré à gré n'est pas concerné par le mécanisme du tarif plancher. Or, rappelle le HCFEA, « dans nombre de départements le tarif de référence en emploi direct est inférieur au coût horaire de la prestation [...] Après prise en compte des charges sociales, on estime le coût moyen de l'heure d'aide en emploi direct à 13,83€/h hors congés payés et 15,21€/h congés payés inclus. Or l'emploi entre particuliers constitue une part très significative des prises en charge au titre du plan APA dans certains départements – il représente par exemple 41 % à La Réunion, contre 12% en moyenne au niveau national. De ce fait, le recours à cet emploi donne lieu à un RAC au-dessus des références réglementaires ».

La compensation intégrale par la CNSA des surcoûts engendrés par le tarif plancher peut être regardée comme une prime aux départements moins-disants en la matière, qui bénéficieront d'une compensation intégrale de la remontée de leurs tarifs, sans avoir même nécessairement à financer de dispositif de soutien aux structures concernées par l'avenant 43, compensé par la CNSA, lui, à hauteur de 50 % seulement.

Certaines fédérations d'aide à domicile, telle l'UNA, s'inquiètent en outre de la conséquence que pourrait avoir le tarif plancher sur le choix des services de rester habilités à l'aide sociale. Un tel risque n'a, pour autant que l'on sache, pas été évalué par la DGCS.

Une telle mesure aura en toute hypothèse un impact sur le reste à charge des usagers. Pour les Saad tarifés par le département, la mesure conduira à augmenter mécaniquement le ticket modérateur – applicable aux revenus supérieurs à 815 euros mensuels. L'étude d'impact chiffre cet effet à 38 millions d'euros, dont la moitié est certes prise en charge par l'État au moyen du crédit d'impôt. L'impact sur les usagers s'élève donc tout de même à 19 millions d'euros.

Les plans d'aide APA étant libellés en euros et non, comme pour le volet « aide humaine » de la PCH, en durée quotidienne maximale, le risque de saturation des plans d'aide voire de diminution de leur volume horaire, est réel. La DGCS assure en conséquence que les plafonds seront majorés, ce qui ne peut être fait, prévoit le code de l'action sociale et des familles¹, que par décret.

Si elle simplifie le paysage de l'offre et rationalise les modalités de financement sur le territoire, une telle réforme présente une autre forme de complexité, puisqu'elle ajoute deux nouveaux concours à la liste de ceux que verse la CNSA aux départements : le financement du tarif plancher et de la dotation qualité s'ajoutent en effet aux deux concours APA, au concours PCH, au financement des MDPH, au forfait autonomie et autres actions de prévention, et à l'aide prévue par l'article 47 de la LFSS pour 2021. La DGCS assure qu'une réflexion est actuellement menée pour en fusionner certains.

¹ Article L. 232-3-1.

Autre source potentielle de complexité : l'actualisation annuelle du tarif plancher, ainsi que l'ont votée les députés en première lecture. Une telle variabilité ajouterait probablement aux gestionnaires une complexité qu'il semble possible d'éviter. Aussi le rapporteur propose-t-il par l'amendement n° 156 de prévoir une actualisation du tarif plancher tous les trois ans plutôt que tous les ans. Les amendements n°s 155 et 157 sont, par ailleurs, rédactionnel et de coordination.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 30 bis (nouveau)

Expérimentation d'une carte professionnelle des salariés du domicile

Cet article, introduit à l'Assemblée nationale en première lecture, charge la CNSA de mettre en place et de financer, à titre expérimental, un dispositif de carte professionnelle pour les intervenants à domicile.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé

Cet article, issu d'un amendement de plusieurs députés du groupe La République en marche, dispose au I qu' « À titre expérimental et pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser la mise en place et le financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie d'une carte professionnelle pour les intervenants et intervenantes de l'aide à domicile ».

Un II et un III disposent respectivement que les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation et la liste des territoires candidats – cinq départements au maximum – sont définies par voie réglementaire au plus tard le 1^{er} juin 2022, et que le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation.

III - La position de la commission

La commission estime d'abord que la recevabilité d'une telle disposition en loi de financement de la sécurité sociale est douteuse, et que la précaution de faire financer le dispositif par la CNSA s'apparente à cet égard moins à une garantie qu'à un artifice.

L'urgence et la pertinence d'une telle disposition apparaissent en outre discutables. Alors que les professionnels du domicile restent en nombre insuffisant, trop faiblement rémunérés et que les perspectives de structuration des qualifications proposées par le rapport El Khomri¹ n'ont reçu aucune suite, l'attribution d'une carte professionnelle ne fait à l'évidence pas partie des priorités.

Prouver l'adéquation du dispositif proposé aux besoins de ces professionnels mériterait en outre un peu plus de travail. Le rapport de Jérôme Guedj² sur l'isolement des personnes âgées le recommandait, parmi les premiers, avec les arguments suivants : « *Dans bien des situations pendant la crise – autorisations de circulation, accès aux EPI et aux initiatives publiques comme privées facilitant le transport, l'hébergement et l'accès aux outils numériques des professionnels – l'accès des professionnels du domicile a notamment pu être compromis, fragilisant la sécurité et la fréquence de leurs interventions auprès des bénéficiaires. Afin de mieux identifier l'ensemble des formes d'intervention à domicile, mais aussi l'ensemble des professionnels intervenant en Ehpad et en établissement médico-social pour personnes en situation de handicap, de reconnaître leur rôle indispensable et de faciliter le plein exercice de leurs missions en cas de future crise, nous recommandons la création d'une carte professionnelle indiquant "professionnel du soin et de l'accompagnement aux plus vulnérables", et ce quel que soit le statut* ».

L'argument tiré d'une situation exceptionnelle de crise est frappant, mais ne persuade pas totalement : rien ne dit qu'une carte apporterait un appui déterminant en période ordinaire, ni qu'elle serait d'une importance décisive dans des circonstances de nouveau exceptionnelles – et différentes des précédentes.

Quoi qu'il en soit, il est également douteux qu'un tel dispositif se prête commodément à l'expérimentation : l'analyse fine des besoins des professionnels, préalablement à l'instauration d'un dispositif sécurisé sur tout le territoire, ne semblerait pas une méthode moins rigoureuse, ni plus longue, à mettre en œuvre – dans le cadre d'un projet de loi consacré au grand âge, par exemple.

La commission vous propose de supprimer cet article : tel est l'objet de l'amendement n° 158.

¹ « Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge », Rapport remis à Madame Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, par Madame Myriam El Khomri, le 29 octobre 2019.

² « Déconfinés mais toujours isolés ? La lutte contre l'isolement, c'est tout le temps ! 36 propositions et pistes pour une politique pérenne de lutte contre l'isolement des personnes âgées », rapport final remis à Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé, par Jérôme Guedj, le 16 juillet 2020.

Article 31

Création d'une mission EHPAD centre de ressources territorial

Cet article autorise les Ehpads à exercer une mission de centre de ressources territorial

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

Cet article introduit une double nouveauté dans le code de l'action sociale et des familles.

Il crée d'abord un article L. 313-12-3, qui confie aux Ehpads une mission nouvelle dont la rédaction vaut probablement qu'on la cite. Les Ehpads pourraient ainsi « *assurer, dans des conditions fixées par voie réglementaire, une mission de centre de ressources territorial. Ils proposent dans ce cadre, en lien avec d'autres professionnels des secteurs sanitaire et médico-social du territoire, des actions visant à :*

- appuyer les professionnels du territoire intervenant auprès des personnes âgées afin de les soutenir dans l'exercice de leurs missions, d'organiser des formations ou de mettre les ressources humaines et les plateaux techniques de l'établissement à leur disposition ;

- accompagner, en articulation avec les services d'aide à domicile, les personnes âgées ne résidant pas dans l'établissement ou les aidants, afin d'améliorer la cohérence de leur parcours de santé, de prévenir leur perte d'autonomie physique, cognitive ou sociale et de favoriser leur vie à domicile. À ce titre, ils peuvent proposer une offre d'accompagnement renforcé au domicile.

Lorsqu'ils ont une mission de centre de ressources territorial, les établissements reçoivent les financements complémentaires » prévus dans le forfait global de soins versé par l'ARS.

L'article complète l'article L. 314-2 relatifs au financement des Ehpads pour préciser que lesdits financements complémentaires inclus dans le forfait de soins peuvent être justifiés par l'exercice de la mission de centre de ressources.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Les députés ont adopté :

- un amendement de Mme Caroline Janvier précisant que le décret qui précisera les modalités d'exercice de cette nouvelle mission garantira « l'équité territoriale entre les départements » ;

- un amendement de Mme Caroline Janvier précisant que les professionnels médico-sociaux du territoire susceptibles de recevoir l'appui d'un Ehpad centre de ressources sont ceux « *en charge du parcours gériatrique des personnes âgées* » ;

- un amendement de Mme Annie Vidal précisant que l'appui apporté à ces professionnels peut se faire « *en présentiel ou selon des modalités de télésanté* » ;

- deux amendements identiques de M. Thibault Bazin et de M. Jean-Pierre Door et plusieurs de ses collègues précisant, à l'alinéa 4, que l'appui aux professionnels peut également consister à « *mettre en œuvre des dispositifs de télésanté leur permettant de répondre aux besoins ou d'améliorer le suivi des patients résidant au sein de l'établissement dès lors que la présence physique d'un professionnel médical n'est pas possible* » et, à l'alinéa 5, que l'offre d'accompagnement renforcé au domicile inclut « *des dispositifs de télésanté* » ;

- un amendement de Mmes Caroline Janvier et Annie Vidal précisant que l'objectif d'accompagnement des personnes âgées à domicile vise à améliorer la cohérence de leur parcours de santé « *et de leur parcours vaccinal* » ;

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Point n'est sans doute besoin de revenir ici sur la nécessité de décloisonner les acteurs du monde médico-social. Coordination des professionnels, logique de parcours de prise en charge, ouverture des Ehpad sur l'extérieur sont les maîtres-mots des politiques de soutien à l'autonomie depuis maintenant de nombreuses années, que martèlent les rapports et les missions de réflexion à longueur de pages. Aussi la commission ne peut-elle que se rallier à la proposition ici faite d'élargir le rôle des Ehpad à la fourniture de ressources sur un territoire.

Cet article illustre cependant bien la limite de la méthode consistant à introduire en LFSS les morceaux qui peuvent l'être d'une réforme globale du grand âge, car on aimerait disposer pour apprécier ce dispositif d'une vue plus large. Il est opportun d'ouvrir les Ehpad sur l'extérieur, mais pourquoi réserverait-on la fonction de pôle de ressources aux seuls Ehpad ? Dans certains territoires, un Saad, un Ssiad ou tout autre acteur disposant de ressources et désireux de s'y prêter pourrait jouer un tel rôle. Les Ehpad les ont-ils seulement, les ressources à offrir aux acteurs de leur territoire ? Pendant la première vague de covid-19, au printemps 2020, nombreux sont les professionnels du domicile qui sont venus en renfort en établissement, plutôt que l'inverse...

Aussi le rapporteur de la branche autonomie, M. Philippe Mouiller, propose-t-il par l'amendement n° 159 d'élargir le dispositif aux établissements et services volontaires mentionnés aux 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, qui pourraient ainsi être les services autonomie à domicile de demain. Les financements complémentaires promis aux Ehpad devraient alors, dans leur cas, être précisés par les textes réglementaires qu'appelle l'article 30 sur le financement des services d'aide et de soins à domicile de demain. L'amendement n° 160 est, par ailleurs, rédactionnel.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 31 bis (nouveau)

Expérimentation de plateformes d'appui gériatriques aux ESMS

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale en première lecture, autorise le directeur général de l'agence régionale de santé à expérimenter une plateforme d'appui gériatrique aux établissements et services médico-sociaux.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article, issu d'un amendement du groupe La République en marche, dispose au I qu' « à titre expérimental et pour une durée de trois ans, dans trois régions volontaires, le directeur général de l'agence régionale de santé peut mettre en place, dans chaque département, une plateforme d'appui gériatrique aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'aux professionnels de santé libéraux apportant des soins ou un accompagnement aux personnes âgées. Elle assure la coordination de ces acteurs afin d'organiser un parcours de santé pour les personnes âgées. Chaque plateforme est rattachée à la délégation départementale de l'agence régionale de santé. Une convention pluriannuelle entre le directeur général de l'Agence régionale de santé et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie précise l'objet de ses missions, son organisation et les moyens mis à sa disposition ».

Le II précise que les modalités de l'expérimentation sont définies par décret en Conseil d'État.

Le III dispose qu'au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un bilan de cette expérimentation, qui porte notamment sur l'opportunité de la généralisation du dispositif.

II - La position de la commission

Le dispositif qu'il est proposé d'expérimenter s'apparente à un mode de coordination supplémentaire, comme il en a déjà été expérimenté un certain nombre.

Par ailleurs, la ministre déléguée chargée de l'autonomie, Brigitte Bourguignon, a confié en janvier 2021 une nouvelle mission à M. Dominique Libault visant à généraliser un « *guichet unique* » pour les personnes en perte d'autonomie, à mieux « *articuler les professionnels* » sur les territoires « *en s'appuyant sur les bonnes pratiques de coopération* » pour simplifier la vie des personnes, et à « *animer un comité « autonomie et parcours de soins* » » pour « *décloisonner les différents secteurs* » « *en faveur du parcours des personnes âgées* ». Les conclusions de la mission n'ont pas encore été annoncées.

Il ne semble pas évident de distinguer l'expérimentation ici proposée des divers chantiers passés ou en cours, mais il n'est pas non plus certain qu'une telle redondance nuise.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 32

Création d'un système d'information national pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Cet article crée un système d'information national pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

A. La gestion de l'APA : des systèmes d'information frustes

L'étude d'impact assoit le dispositif de l'article sur un triple constat, hélas confirmé par les auditions du rapporteur.

D'abord, la coexistence de systèmes d'information propres aux départements conduit à un déploiement des évolutions légales et réglementaires hétérogène sur le territoire, tant en termes de méthodes et de résultats que de délais.

Ensuite, la pluralité des systèmes d'information se traduit par un niveau d'informatisation inégal des processus de gestion de l'APA, concernant tant l'instruction des demandes, l'évaluation des besoins que la proposition du plan d'aide.

Les pratiques professionnelles étant fortement liées aux outils informatiques, il en résulte d'importantes disparités entre les départements, dans les durées consacrées à l'évaluation par exemple, au préjudice de l'égalité de traitement entre usagers. Ainsi, d'après un diagnostic réalisé par la CNSA et l'Agence du numérique en santé de septembre 2019, 82 % des départements répondants exprimaient le besoin d'un soutien national pour l'accompagnement de l'informatisation de l'APA.

Enfin, les remontées de données à la CNSA relatives à l'APA se limitent aujourd'hui aux seules données agrégées de dépenses. La CNSA ne dispose ainsi pas de remontées de données qui lui permettraient d'identifier les différences de pratiques entre les départements et d'animer les conditions d'une plus forte homogénéisation, de même que de mesurer l'exécution effective des réformes engagées et les évolutions à soutenir pour améliorer l'autonomie des personnes âgées. Les seules données individuelles disponibles au niveau national sont celles collectées chaque année par enquête de la direction statistique des ministères sociaux (Drees), et leur qualité est perfectible, nécessitant d'importants retraitements.

B. Le dispositif proposé

L'article 32 modifie le code de la santé publique à deux égards.

Il ajoute d'abord parmi les missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) celle de concevoir et mettre en œuvre « *le système d'information unique pour la gestion par les départements de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile* ».

Il crée ensuite un nouvel article L. 232-21-5 qui dispose que « *les départements et, le cas échéant, les organismes de sécurité sociale avec lesquels sont conclues des conventions ont recours pour la gestion de l'APA à domicile à un système d'information unique mis à leur disposition* » par la CNSA. Ce système aurait pour finalités :

- de mettre en œuvre l'ensemble des procédures nécessaires au recueil des demandes et à leur instruction, à l'attribution, à la gestion et au contrôle de l'effectivité de cette prestation ;

- d'assurer le suivi et l'analyse de ces procédures, des dépenses afférentes à cette prestation ainsi que des caractéristiques de ses bénéficiaires.

Un décret en Conseil d'État déterminerait les modalités d'application de cet article, notamment les catégories de données traitées et les règles d'utilisation de ce système d'information.

Le II précise que les dispositions qui précèdent entrent en vigueur à une date fixée par décret, au plus tard le 1^{er} janvier 2025. Ledit décret précise les modalités suivant lesquelles le système d'information unique est progressivement déployé dans l'ensemble des départements à partir du 1^{er} janvier 2024.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

L'amendement n° 161, proposé par le rapporteur de la branche autonomie, vise à rendre le système d'information national pour la gestion de l'APA interopérable avec le système d'information commun des MDPH. Il anticipe ainsi sur la suppression des barrières d'âge et la convergence des dispositifs destinés respectivement aux personnes âgées et aux personnes handicapées, appelées de ses vœux par le législateur depuis la grande loi du 11 février 2005, et à laquelle conduit logiquement la création d'une branche de sécurité sociale spécifique.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 32 bis (nouveau)

Extension du rôle de la CNSA d'accompagnement des services départementaux de l'autonomie

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale en première lecture, donne à la CNSA une mission d'accompagnement, de conseil, d'audit et d'évaluation des départements, des maisons départementales des personnes handicapées et des maisons départementales de l'autonomie.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale en première lecture à l'initiative du Gouvernement, complète dans le code de l'action sociale et des familles les missions de la CNSA à deux égards.

D'une part, à l'article L. 14-10-1, la mission que la CNSA exerce déjà d'accompagnement et de conseil des maisons départementales des personnes handicapées et des maisons départementales de l'autonomie (MDA) serait élargie tant sur le plan organique que matériel : la réécriture de cette mission conduirait la CNSA à assurer, « à destination des départements » également, un « rôle d'accompagnement, de conseil, d'audit et d'évaluation, en vue notamment de garantir la qualité de service et de veiller à l'égalité de traitement des demandes de droits et de prestations de soutien à l'autonomie ».

L'article précise d'autre part, en rétablissant un article L. 14-10-8, qu' « *au titre des missions* » que le code de l'action sociale et des familles confie à la CNSA, « *les départements et les maisons départementales des personnes handicapées communiquent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie tous documents et renseignements utiles à la conduite de leurs travaux et autorisent la tenue de missions sur place* ».

II - La position de la commission

Le Gouvernement dit vouloir par cet article permettre à la CNSA de prolonger la mission d'appui opérationnel ayant rendu possible l'accompagnement des MDPH par la feuille de route « MDPH 2022 », qui a bénéficié en 2021 à une dizaine de maisons départementales.

L'amendement n° 162, proposé par le rapporteur de la branche autonomie, propose néanmoins de maintenir la rédaction actuelle des missions que la Caisse peut assurer, à savoir le conseil et l'accompagnement, qui sont déjà étendus par cet article des MDA et des MDPH aux départements eux-mêmes. Lui confier un rôle d'audit et d'évaluation n'a d'ailleurs pas été nécessaire pour conduire la feuille de route MDPH 2022.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 32 ter (nouveau)

Mise en œuvre du remboursement entre institutions prévu par le droit européen pour les sommes versées au titre de l'APA et de la PCH

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale en première lecture, met en œuvre le mécanisme de remboursement entre institutions prévu par le droit européen, pour les sommes versées au titre de l'APA et de la PCH.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article, introduit par un amendement du Gouvernement, ajoute un nouvel article L. 14-10-5-2 au code de l'action sociale et des familles, qui dispose que la CNSA « *reverse aux départements, selon des conditions et modalités fixées par décret en Conseil d'État, le produit versé par la caisse nationale d'assurance maladie correspondant aux remboursements par des États membres de l'Union Européenne, d'autres États parties à l'accord sur l'espace économique européen et la confédération suisse, des sommes attribuées par les départements, au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap mentionnée à l'article L. 245-1, aux titulaires de prestations de sécurité sociale les faisant relever de la compétence de ces États au sens des règlements européens* ».

II - La position de la commission

L'APA et la PCH doivent en effet être regardées comme des prestations de maladie au sens de l'article 3 du règlement européen 883/2004 du 29 avril 2004, ce que le Conseil d'État a confirmé dans une décision de 2019¹. Dès lors, doit également trouver à s'appliquer à ces prestations l'article 35 de ce règlement européen, qui dispose que « *les prestations en nature servies par l'institution d'un État membre pour le compte de l'institution d'un autre État membre donnent lieu à remboursement intégral* ».

La caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) a désigné, depuis 2015, le centre national des soins à l'étranger, géré par la Caisse primaire du Morbihan, pour assurer la fonction d'organisme de liaison, chargé de centraliser et gérer les dettes et créances internationales d'assurance maladie. Après remboursement par les institutions des autres États, la Cnam reversera ainsi les sommes attribuées au titre de l'APA et de la PCH à la CNSA, qui les reversera ensuite aux départements concernés.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 32 quater (nouveau)

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

Cet article soumet les organismes évaluant les ESMS à une procédure d'accréditation.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

Le I. modifie l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, relatif à l'évaluation de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Le 1° du I supprime d'abord la mention selon laquelle « *les résultats de cette évaluation sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation ainsi qu'à la Haute Autorité de santé* » (HAS) et précise que la publication du résultat de l'évaluation est faite « *dans un format clair et accessible aux usagers et à leurs familles* ».

¹ Conseil d'État, 16 avril 2019, req. n° 423586.

Le 2° du I insère trois alinéas nouveaux. Le premier dispose que les organismes évaluateurs sont accrédités, dans des conditions prévues par décret, par le Comité français d'accréditation (Cofrac), qui est l'instance nationale d'accréditation¹, ou par tout organisme européen équivalent signataire de l'accord multilatéral pris dans le cadre de la coordination européenne des organismes d'accréditation.

Le second alinéa dispose que la HAS définit le cahier des charges portant les exigences spécifiques, complémentaires à la norme d'accréditation, auxquelles sont soumis les organismes en charge des évaluations. L'instance nationale d'accréditation vérifie le respect de la norme d'accréditation et du cahier des charges.

Le troisième alinéa nouveau dispose que la HAS peut informer l'instance nationale d'accréditation ou tout organisme européen mentionné au premier alinéa du présent article des manquements au cahier des charges mentionné au deuxième alinéa du présent article dont elle a connaissance. L'instance nationale d'accréditation lui fait part des mesures mises en œuvre à la suite de cette information.

Le 3° du I supprime l'actuel deuxième alinéa de l'article, qui imposait aux ESMS ouverts avant l'entrée en vigueur de la loi HPST de 2009 de communiquer le résultat d'au moins une évaluation interne dans un délai fixé par décret.

Le 4° du I est de coordination, pour soumettre aussi à l'accréditation l'exercice temporaire et occasionnel de l'activité d'évaluation.

Le 5° du I modernise le dernier alinéa de l'article, pour préciser qu'une commission de la HAS est chargée d'élaborer la procédure et le référentiel au regard desquels est évaluée la qualité des prestations délivrées par les ESMS.

Le II modifie le II de l'article 75 de la loi « Santé » de 2019², lequel fixait les conditions d'entrée en vigueur de l'article L. 312-8 : il fait ainsi entrer en vigueur les dispositions qui précèdent au 1^{er} janvier 2022. Le reste du II de la loi de 2019 est supprimé.

Le IV dispose que la CNSA « contribue à la compensation des surcoûts supportés par les établissements et services médico-sociaux induits par l'obligation d'accréditation des organismes prévue » par les dispositions précédentes.

¹ Voir l'article 137 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie et le décret n° 2008-1401 du 19 décembre 2008 relatif à l'accréditation et à l'évaluation de conformité.

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

II - La position de la commission

La commission est favorable au renforcement des procédures de contrôle de la qualité du service proposé par les ESMS aux usagers, et estime que la certification des organismes évaluateurs est de nature à garantir leur compétence et leur impartialité. Elle s'étonne d'ailleurs qu'il ait fallu attendre la crise sanitaire du printemps 2020 pour faire droit aux recommandations du rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) de juin 2017 sur l'évaluation des ESMS¹.

Celui-ci relevait en effet déjà que, parmi les 1314 organismes habilités à l'évaluation recensés en 2015, *« seuls 640 (soit 49 %) sont considérés comme actifs, et, parmi ceux-ci, 55 % comptent un seul salarié. En comparant l'effectif déclaré par les organismes actifs en 2015 avec le nombre d'évaluations externes réalisées, on constate que l'activité d'évaluation externe ne peut être l'activité principale que d'une minorité d'entre eux »*. Les inspecteurs constataient d'une part *« la diversité des OH (du cabinet international à l'autoentrepreneur) et, d'autre part, que la grande majorité d'entre eux sont de très petites structures, ce qui montre leur fragilité et leur isolement »*, mais aussi que *« 86 % des ARS estiment avoir rencontré des difficultés pour s'assurer de l'indépendance »* des organismes habilités.

La commission a toutefois adopté deux amendements n^{os} 163 et 164 de coordination et rédactionnels, visant notamment à clarifier les dispositions relatives à l'entrée en vigueur du dispositif et rétablir un III. supprimé par erreur en première lecture à l'Assemblée nationale.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

¹ Igas, *« Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux »*, juin 2017.

Article 32 quinquies (nouveau)
Amélioration de l'accès aux aides techniques pour les personnes en situation de handicap

Cet article, introduit à l'Assemblée nationale en première lecture, facilite le remboursement par l'assurance maladie des aides techniques destinées aux personnes en situation de handicap.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

Le I modifie le code de la sécurité sociale pour faciliter la prise en charge par l'assurance maladie des aides techniques destinées aux personnes en situation de handicap.

Il élargit d'abord, à l'article L. 160-14, la rédaction de l'une des hypothèses dans lesquelles la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations peut être limitée ou supprimée, à savoir celle dans laquelle l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil « *ou d'une aide technique à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne* » et appartenant à une catégorie déterminée par décret (1°).

Il précise par conséquent, à l'article L. 161-37, que les missions de la Haute autorité de santé (HAS) consistant à évaluer périodiquement le service attendu des produits remboursés, à émettre des avis sur leurs conditions de prescription ou d'emploi et à valider les études médico-économiques nécessaires à leur évaluation, porte également sur les « *aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne* » (a, b et c du 2°).

Il complète encore l'article L. 161-41, relatif à la composition des collèges et commissions spécialisées de la HAS, d'un alinéa disposant que la composition, les règles de fonctionnement et les critères d'évaluation de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cnedimts), qui est chargée de rendre un avis sur l'inscription d'une prestation sur la LPPR, peuvent faire l'objet d'aménagements spécifiques par décret en Conseil d'État, dans le cas de l'évaluation des « *aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne* » (3°).

Il précise enfin l'article L. 165-1 pour indiquer que l'avis de la commission compétence de la HAS sur l'inscription à la LPPR de certaines prestations et services inclut « *certaines catégories d'aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne et dont la fonction n'est pas l'aménagement du logement de l'usager* » (4°).

Le II précise que les dispositions qui précèdent entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2024.

II - La position de la commission

Le rapport Denormandie-Chevalier de 2020¹ préconisait effectivement d'élargir la liste des prestations et produits remboursés (LPPR) par l'assurance maladie aux aides techniques destinées aux personnes handicapées, mais ne dissimulait pas la complexité de la chose : « *Les attendus pour les inscriptions des aides techniques dans la LPPR seraient à interroger. Quelle granularité pour les inscriptions sous lignes génériques ? Quels critères d'évaluation dans les études médico-techniques pour les inscriptions sous nom de marque ? Quelles méthodes ou adaptation possible de la méthode ? [...] L'inscription de nouvelles catégories d'aides techniques dans la LPPR occasionnera un travail administratif non négligeable et pourrait s'étaler sur plusieurs années* ».

Leurs propositions se défendaient en conséquence de toute précipitation : « *Proposition 15 : étudier les avantages et limites des différentes modalités d'inscription des aides techniques dans la LPPR* ». « *Proposition 16 : engager un travail sur les méthodes et critères à respecter pour les inscriptions des aides techniques dans la LPPR en tenant compte de leur variété et de l'importance des profils et conditions d'utilisation dans l'impact de leur usage* ».

La Haute autorité de santé a estimé le dispositif inabouti. Elle relève d'abord que sont concernées aussi bien des aides à la mobilité – fauteuils roulants manuels ou électriques et leurs accessoires, cyclomoteurs adaptés, déambulateurs, cannes et béquilles, aides au soulèvement, aides au transfert – qu'à l'habillement, à l'hygiène – barres d'appui, siège de bain –, aux activités domestiques ou à la communication – aides optiques, téléphones et claviers adaptés, systèmes de synthèse vocale.

La LPPR ne présenterait en outre pas le dynamisme exigé pour une telle catégorie de produits. L'évaluation, depuis 2006 de quelques aides techniques prises en charge via la LPPR a mis en évidence les difficultés rencontrées pour mettre en œuvre les recommandations de la Cnedimts : sur onze catégories d'aides évaluées par cette commission, une seule a été au terme du processus de publication d'une nomenclature de remboursement actualisée.

La Haute autorité estime au fond la LPPR inadaptée au motif que l'évaluation de l'intérêt d'une aide technique pour un groupe d'individus diffère de l'évaluation du besoin, au cas par cas, pour un seul individu. Il serait en conséquence moins besoin d'une évaluation sur la base des données cliniques disponibles que d'un catalogue ou d'une nomenclature nationale des aides techniques avec une approche par fonction, visant à déterminer son indication d'usage et son adaptation à la situation à partir du projet de vie de la personne concernée, voire d'une négociation des prix à l'échelon national et une simplification des différents canaux de prise en charge.

¹ Philippe Denormandie et Cécile Chevalier, « *Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : Une réforme structurelle indispensable* », octobre 2020.

À défaut de retenir une telle approche, la HAS préconise de circonscrire à un champ précis de dispositifs ou de produits spécifiques, à définir en tenant compte d'une part de la plus-value attendue en termes d'évaluation et des critères envisagés pour cette évaluation, et d'autre part des moyens humains qu'il faudrait allouer à la HAS pour réaliser cette nouvelle mission.

Le rapporteur de la branche autonomie a estimé que la précaution prise d'adapter la composition, les règles de fonctionnement et les critères d'évaluation de la Cnedimts pour l'évaluation des aides techniques pouvait fournir un début d'assouplissement, à condition d'en faire un impératif – c'est l'objet de l'amendement n° 165.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 32 sexies (nouveau)

**Extension de l'allocation journalière de proche aidant
et de l'allocation journalière de présence parentale**

Cet article améliore l'indemnisation du congé de proche aidant et du congé de présence parentale.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit existant

Plusieurs congés sont accessibles aux personnes aidant un proche, qui donnent droit à des formes différentes d'indemnisation. Le congé de présence parentale¹, ouvert aux proches aidants accompagnant un proche en fin de vie, donne droit à l'allocation journalière de présence parentale (AJPP). Le congé de proche aidant², ouvert à tout salarié ou agent de la fonction publique accompagnant un proche âgé ou handicapé en perte d'autonomie d'une particulière gravité, donne droit à l'allocation journalière de proche aidant (AJPA).

¹ Article L. 1225-62 et suivants du code du travail pour les salariés du secteur privé, article 40 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la FPE, article 60 sexies de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la FPT, et 11° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la FPH.

² Articles L. 3142-16 et suivants du code du travail.

Les caractéristiques de l’AJPA et de l’AJPP sont rappelées dans le tableau ci-dessous.

	AJPA	AJPP
Durée	66 jours sur l’ensemble de la carrière. Maximum 22 jours par mois	versée par période comprise entre six mois et un an renouvelable, dans la limite de trois ans, durée maximum 310 jours
Organisme payeur	CAF	CAF
Montant	52,13 € (personne seule) 43,89 € (personne en couple)	52,13 € (personne seule) 43,89 € (personne en couple)
Qui est concerné	Salarié des secteurs public et privé, travailleurs indépendants, demandeurs d’emploi	
Affiliation automatique AVPF	Oui	Oui
Prélèvement sociaux	CSG et CRDS	CRDS seulement

B. Le dispositif proposé

L’article 32 *sexies* procède à deux types d’améliorations : quant au montant des deux allocations d’une part, quant aux conditions d’éligibilité à l’AJPA d’autre part.

1. Des prestations dont le montant est revu à la hausse

Il est d’abord précisé (1° du I), à l’article L. 168-9 du code de la sécurité sociale, que le montant de l’AJPA, défini par décret, est revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année en référence au Smic journalier net.

Le 1° du I dispose encore que le montant de l’AJPA versée aux non-salariés des professions agricoles non affiliés à l’assurance retraite, à leurs conjoints collaborateurs et associés, et aux non-salariés des professions agricoles qui cessent leur activité ne peut excéder les revenus journaliers tirés de leur activité professionnelle. Cette précision s’applique également aux bénéficiaires d’une allocation chômage. La période de référence à prendre en compte serait définie par décret.

Le 2° du I procède de même, à l’article L. 544-6, pour l’AJPP.

Ce faisant, ces dispositions suppriment la majoration de l’allocation selon des modalités fixées par décret lorsque l’aidant est une personne isolée.

Le b du 2° modifie l’article L. 544-8 pour étendre le bénéfice de l’AJPP aux conjoints, conjoints collaborateurs et associés, ce qui, par le jeu des renvois, vaut également pour l’AJPA.

2. Des conditions d'éligibilité à l'AJPA légèrement assouplies

Le II modifie les articles L. 3142-16, L. 3142-24 et L. 3142-25-1 du code du travail pour supprimer le caractère de « *particulière gravité* » de la perte d'autonomie pouvant justifier la prise d'un congé de proche aidant.

Le III, IV et V suppriment ce même caractère de particulière gravité de la perte d'autonomie du proche aidé, respectivement, dans les lois de 1984 et 1986 relatives au statut des fonctions publiques d'État, territoriale et hospitalière, où ont été rangées les dispositions relatives au congé de proche aidant pour les fonctionnaires.

3. Entrée en vigueur

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

II - La position de la commission

La commission approuve l'amélioration des dispositifs proposée à cet article, qui contribueront à mieux soutenir les personnes aidant un proche en perte d'autonomie.

L'amendement n° 166 proposé par le rapporteur procède à une clarification rédactionnelle, et rétablit la majoration de l'AJPP et de l'AJPA pour les personnes isolées, supprimée au motif qu'une telle majoration créerait une forme d'effet d'aubaine. Les conditions de recours aux dispositifs précités rendent un tel effet assez théorique. L'amendement n° 167 est, par ailleurs, de coordination.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 32 septies (nouveau)

Prolongation de l'expérimentation du relais de proches aidants

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale en première lecture, prolonge de deux ans l'expérimentation du relais de proches aidants créée par la loi ESSOC de 2018.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article, issu de deux amendements identiques du Gouvernement et du groupe La République en marche, prolonge de deux ans l'expérimentation du relais prévue par l'article 53 de la loi pour un État au service d'une société de confiance¹ (I), et précise que les frais d'ingénierie et d'évaluation de l'expérimentation sont financés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (II).

Ce dispositif, qui traduisait l'une des recommandations du rapport de la députée Joëlle Huillier remis au gouvernement en mars 2017², prévoit l'expérimentation d'un cadre juridique dérogatoire au droit du travail pour les salariés d'établissements ou les salariés du particulier employeur qui remplacent pendant une période définie et en continu le proche aidant d'une personne dépendante. Le salarié est ainsi autorisé à travailler en continu pendant une période maximale de six jours consécutifs.

Le décret du 28 décembre 2018³ a précisé les modalités d'application de l'expérimentation et fixé deux cahiers des charges : l'un pour les prestations de séjours de répit aidant-aidé, l'autre pour les prestations de relayage à domicile. À l'issue d'un appel à candidatures national, lancé en janvier 2019 par la Direction générale de la cohésion sociale, la Direction générale du travail et la CNSA, en lien avec les agences régionales de santé, les conseils départementaux et les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte), 51 candidats ont été sélectionnés et autorisés à mener l'expérimentation depuis le 10 mai 2019, et jusqu'au 30 décembre 2021. Parmi eux, 11 ont été autorisés dans le cadre de la mise en œuvre de séjours répit aidant-aidé⁴. Chaque candidat retenu peut expérimenter la dérogation pour plusieurs de ses établissements sociaux et médico-sociaux différents, identifiés par le

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

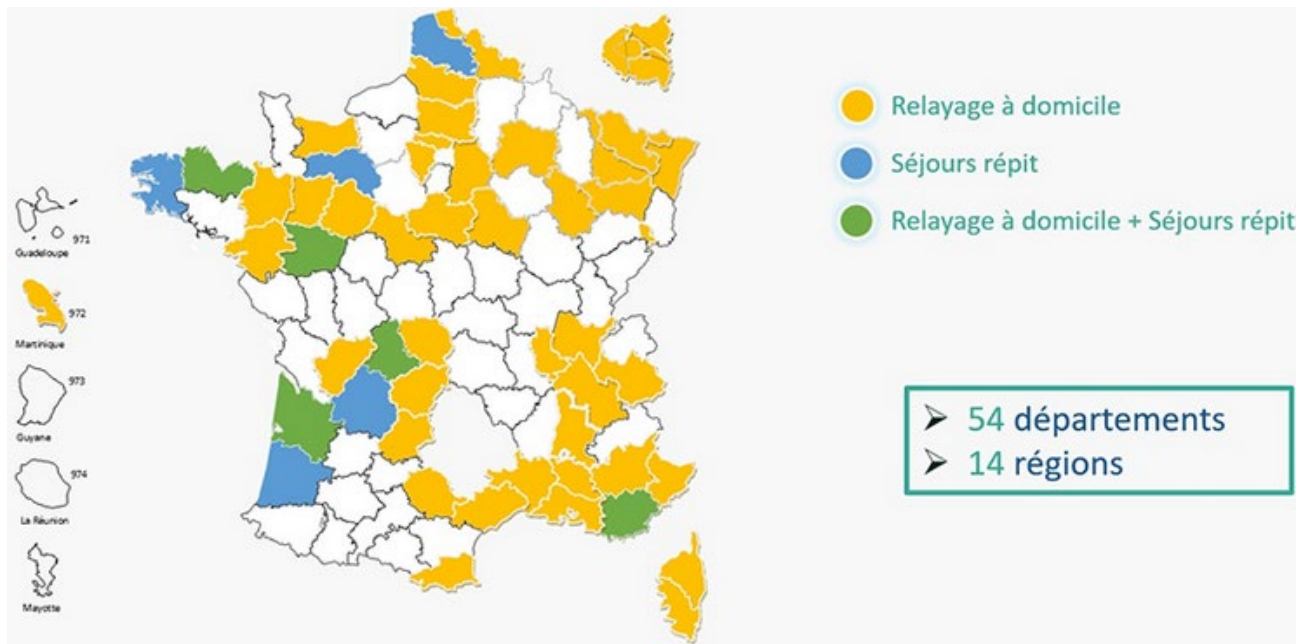
² Joëlle Huillier, « Du baluchonnage québécois au relayage en France : une solution innovante de répit », mars 2017.

³ Décret n° 2018-1325 du 28 décembre 2018 relatif à l'expérimentation de dérogations au droit du travail dans le cadre de la mise en œuvre de prestations de suppléance à domicile du proche aidant et de séjours de répit aidants-aidés.

⁴ Décret n° 2019-372 du 26 avril 2019 fixant la liste des séjours de répit aidants-aidés autorisés à mener l'expérimentation prévue à l'article 53 de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018.

dossier de candidature. La sélection des candidats représente ainsi plus de 220 établissements autorisés, pouvant mettre en œuvre l'expérimentation dans 54 départements et 14 régions.

Implantation territoriale des candidats retenus pour l'expérimentation au titre de l'article 53 de la loi ESSOC



Source : Secrétariat d'État chargés des personnes handicapées

II - La position de la commission

Il apparaît en effet que la crise sanitaire a perturbé le bon déroulement de l'expérimentation, ce qui justifierait d'accéder à la demande des candidats retenus de prolonger sa durée de validité.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 32 octies (nouveau)

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

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale en première lecture, impose au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport dressant le bilan de la mise en œuvre de la cinquième branche de sécurité sociale.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

Cet article, issu d'un amendement déposé par Mme Caroline Janvier en première lecture à l'Assemblée nationale, impose au Gouvernement de remettre au Parlement, « d'ici le 31 mars 2022 », un rapport « dressant un bilan de la mise en œuvre de la cinquième branche de la sécurité sociale, notamment de l'article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 », lequel précisait le rôle de gestionnaire de branche de la CNSA. Ce rapport proposerait en outre « des solutions en vue de la mise en place d'un service territorial de l'autonomie dans les départements articulant l'action de tous les acteurs, afin de faciliter les démarches des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants. Ce service territorial de l'autonomie visera à garantir la continuité de leur parcours dans le respect de la volonté de la personne ».

L'exposé des motifs de l'amendement précise qu'un tel rapport « s'appuiera notamment sur les orientations de la mission « Parcours » actuellement confiée à Dominique Libault ». La ministre déléguée chargée de l'autonomie, Mme Brigitte Bourguignon, lui a en effet confié le 21 janvier 2021 la tâche de réfléchir à la généralisation d'un guichet unique pour les personnes en perte d'autonomie, à l'articulation des professionnels de santé et du grand âge sur les territoires, ainsi que la création et l'animation d'un comité « autonomie et parcours de soins » pour décloisonner les différents secteurs.

II - La position de la commission : une conférence des financeurs plutôt qu'un nouveau rapport

La commission estime, d'abord, qu'il appartient plus naturellement au Parlement de réaliser le bilan que la première partie de cet article appelle de ses vœux.

Elle considère d'autre part que le second volet du rapport se distingue trop peu de l'objet de la mission confiée à M. Libault pour justifier la mise en branle d'un nouveau groupe de travail de cette nature. L'amélioration du service rendu aux personnes en perte d'autonomie exige désormais des décisions, qui pourraient à présent toutes se réclamer d'une quantité suffisante de travaux administratifs préparatoires.

Ce qui manque toujours, en revanche, c'est une stratégie de moyen et long termes mobilisant les différents acteurs de cette politique publique et les financements de nature à répondre aux besoins que les projections démographiques nous commandent d'anticiper.

L'amendement n° 168 propose en conséquence de remplacer la demande de rapport prévue à cet article par la convocation d'une conférence nationale des générations et de l'autonomie, laquelle se réunirait dès 2022 afin de documenter les évolutions démographiques, médicales, sociales et économiques à anticiper, et de proposer les modes de financement susceptibles de répondre aux besoins de la société en matière de soutien à l'autonomie.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 32 nonies (nouveau)

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

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale en première lecture, impose au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport sur les dépenses de santé des détenus en perte d'autonomie.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé

Cet article, ajouté à l'Assemblée nationale à l'initiative du député Raphaël Gérard et ses collègues du groupe La République en marche, impose au Gouvernement de remettre au Parlement, dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente loi, un rapport « *détaillant le financement par la sécurité sociale des dépenses de santé des détenus en perte d'autonomie depuis l'application du transfert de l'État vers la sécurité sociale du financement des dépenses de santé des personnes écrouées* » prévu par la LFSS pour 2018.

II - La position de la commission : suppression

Conformément à la doctrine sénatoriale relative aux demandes de rapports, **la commission vous demande de supprimer cet article.**

CHAPITRE III

RÉNOVER LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE PRODUITS DE SANTÉ

Article 33

Innovation numérique et médicaments

Cet article prévoit plusieurs mesures destinées à renforcer l'accès précoce des patients à l'innovation :

- il apporte plusieurs compléments et clarifications aux dispositifs d'accès précoce et d'accès compassionnel afin d'en renforcer l'opérationnalité et de garantir la continuité des traitements initiés ;*
- il améliore les conditions de prise en charge des médicaments de thérapie innovante ;*
- il crée un dispositif de prise en charge anticipée des solutions numériques innovantes en santé ;*
- il renforce la prévisibilité et la lisibilité du forfait innovation pour la prise en charge dérogatoire des dispositifs médicaux et actes innovants ;*
- il simplifie les modalités de fixation des prix des médicaments rétrocédables ;*
- il supprime le coefficient de minoration des spécialités pharmaceutiques en soins de suite et de réadaptation.*

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. Plusieurs mesures disparates concourant au meilleur accès des patients aux innovations

L'article 33 du PLFSS pour 2022 apporte plusieurs compléments et clarifications aux dispositifs d'accès précoce et d'accès compassionnel, issus de l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021¹, afin d'en renforcer l'opérationnalité et l'efficacité.

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

1. Le maintien de l'accès compassionnel à un médicament en dépit de la mise en place d'une recherche impliquant la personne humaine

En l'état du droit en vigueur, trois conditions cumulatives restreignent l'accès compassionnel, qui peut prendre la forme soit d'une autorisation d'accès compassionnel (AAC) à la demande d'un médecin prescripteur sur autorisation de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), soit d'un cadre de prescription compassionnel (CPC) établi par l'ANSM de sa propre initiative ou à la demande des ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale :

- le médicament ne doit pas faire l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine (RIPH) à des fins commerciales ;

- il n'existe pas de traitement approprié ;

- l'efficacité et la sécurité du médicament sont présumées au regard des données cliniques disponibles.

L'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique prévoit néanmoins, à l'heure actuelle, qu'un médicament faisant l'objet à un stade très précoce d'une RIPH dans l'indication considérée peut bénéficier d'une AAC sous réserve que l'entreprise exploitant le médicament dépose, dans un délai qui a été fixé par décret¹ à 12 mois à compter de l'octroi de l'AAC et à 18 mois lorsque l'indication porte sur une maladie rare, une demande d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 dans l'indication considérée.

Le **1° du I** de l'article 33 du PLFSS pour 2022 modifie l'article L. 5121-12-1 précité afin de permettre le maintien de l'accès compassionnel à un médicament dans le souci d'assurer la continuité des traitements, même lorsqu'une RIPH à promotion industrielle a été engagée, le temps qu'une demande de droit commun intervienne :

- une AAC pourra ainsi être maintenue ou renouvelée par l'ANSM pour tenir compte de la situation particulière d'un patient et pour une durée maximale prévue par décret, même si l'entreprise exploitant le médicament et ayant lancé une RIPH à des fins commerciales n'a pas déposé une demande d'autorisation précoce (AAP) à l'issue des délais réglementaires ;

- un CPC pourra être maintenu ou renouvelé pour des motifs de santé publique.

¹ Article D. 5121-74-1-1 (décret n° 2021-870 du 30 juin 2021 fixant les délais mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et à l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale).

En outre, le 1° du I de l'article 33 du PLFSS pour 2022 clarifie, au sein de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, la terminologie applicables aux entreprises responsables en matière d'accès compassionnel, afin de distinguer celles qui sont titulaires de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), responsables en cas de cadre de prescription compassionnelle pour des médicaments disposant déjà d'une AMM dans une autre indication, et celles qui sont titulaires des droits d'exploitation, responsables en cas d'autorisation d'accès compassionnel pour des médicaments ne disposant d'aucune AMM.

2. La clarification des modalités de prise en charge des phases de continuité de traitement au titre de l'accès précoce ou compassionnel

a) Le maintien de la prise en charge des phases de continuité de traitement au titre de l'accès précoce ou compassionnel dans le cadre de la « liste collectivités »

L'article L. 5123-2 du code de la santé publique conditionne l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation de médicaments en milieu hospitalier à leur inscription sur la liste des spécialités agréées aux collectivités, dite « liste collectivités ». Il est néanmoins prévu, en l'état du droit en vigueur, que peuvent être pris en charge des médicaments ne figurant pas sur la « liste collectivités » dans deux hypothèses : lorsqu'ils ont fait l'objet d'autorisations ou de cadres de prescription compassionnelle ou lorsqu'ils bénéficient d'une autorisation d'importation en réponse à une rupture ou à un risque de rupture de stock ou à un arrêt de commercialisation.

Le **a du 2° du I** de l'article 33 du PLFSS pour 2022 complète les cas dans lesquels des médicaments peuvent être achetés, fournis, utilisés et pris en charge par les collectivités publiques sans figurer sur la « liste collectivités ». S'ajoutent ainsi aux médicaments faisant l'objet d'une AAP, d'une AAC ou d'un CPC et aux médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation pour faire face à une tension ou une rupture d'approvisionnement :

- les médicaments fournis aux établissements de santé par les laboratoires au titre de leur obligation d'assurer la continuité des traitements initiés dans le cadre des dispositifs d'accès précoce¹ et d'accès compassionnel². Cette continuité doit en effet être assurée pendant toute la prise en charge dérogatoire par l'assurance maladie, puis, à l'issue de cette prise en charge, pour une durée minimale fixée par décret et ne pouvant excéder un an ;

- les médicaments faisant l'objet d'une autorisation de médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement (MTIPP) par l'ANSM ;

¹ L'obligation des entreprises exploitantes d'assurer la continuité des traitements initiés dans le cadre d'une AAP est inscrite à l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale.

² L'obligation des entreprises exploitantes d'assurer la continuité des traitements initiés dans le cadre d'une AAC ou d'un CPC est inscrite à l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale.

- les médicaments dont l'utilisation et la prise en charge, dans une indication pour laquelle ils ne disposent pas d'une AMM, sont autorisés par les autorités ministérielles lorsqu'ils sont administrés en association, dans l'indication considérée, avec un autre médicament disposant lui spécifiquement d'une AMM dans cette indication. Ces médicaments, dits à « AMM miroir » car bénéficiant indirectement de l'AMM du médicament auquel ils sont associés, font l'objet d'une régularisation des modalités de leur prise en charge précisées par le nouvel article L. 162-18-1 du code de la sécurité sociale créé par l'article 34 du PLFSS pour 2022.

Par ailleurs, le **4° du II** de l'article 33 du PLFSS pour 2022 procède, au sein de l'article L. 162-16-5-4 relatif aux modalités de prise en charge des médicaments ayant fait l'objet d'une AAP au titre des continuités de traitement, à quelques clarifications rédactionnelles (*a* et *b*) et précise les règles encadrant les phases de continuité de traitement :

- outre les conditions de prise en charge¹, il apparaît nécessaire de définir les conditions de prescription et de dispensation des médicaments ayant bénéficié d'une AAP dans les phases de continuité de traitement : ainsi, le *c* précise que, si le médicament faisant l'objet d'une prise en charge au titre de l'AAP n'est inscrit ni sur la « liste ville » ni sur la « liste collectivités » pour l'indication considérée, ce sont les dernières conditions de prescription et de dispensation prévues dans le cadre de l'accès précoce qui s'appliqueront pendant la période de continuité de traitement ;

- le *d* transfère du CEPS aux ministres de la santé et de la sécurité sociale la possibilité de prononcer une pénalité financière à l'encontre d'un laboratoire qui méconnaîtrait ses obligations en matière de continuité des traitements initiés. Il est précisé que la pénalité sera recouvrée par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) et que son produit sera affecté à la CNAM.

b) Le maintien de la prise en charge des phases de continuité de traitement au titre de l'accès précoce ou compassionnel dans le cadre de la liste de rétrocession

L'article L. 5126-6 du code de la santé publique prévoit la possibilité pour certains établissements de santé et groupements de coopération sanitaire disposant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) de vendre au détail au public des médicaments réservés à l'usage hospitalier² et qui présentent des contraintes particulières de distribution, de dispensation ou d'administration ou requièrent un suivi de la prescription ou de la délivrance.

¹ Qui sont précisées par le I bis de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale.

² Cette catégorie de médicaments est définie à l'article R. 5121-82 du code de la santé publique.

Les médicaments concernés peuvent être rétrocédés par les PUI aux patients non hospitalisés, par dérogation ou en complément du circuit de droit commun des officines de ville, et peuvent notamment faire l'objet d'une délivrance à domicile, à la condition d'être inscrits sur une liste établie par l'ANSM, dite « liste de rétrocession ». La rétrocession est décidée pour des raisons de santé publique et concerne notamment des médicaments dérivés du sang, de médicaments pour la prise en charge des hépatites B ou C chroniques, de médicaments orphelins, de médicaments anticancéreux ou encore d'antirétroviraux, d'antibiotiques, d'antifongiques...

Depuis la réforme des dispositifs d'accès précoce et d'accès compassionnel en LFSS pour 2021, l'article L. 5126-6 précité prévoit, depuis le 1^{er} juillet 2021, que certains médicaments ne figurant pas sur la liste de rétrocession sont néanmoins réputés inscrits sur cette liste : il s'agit des médicaments non classés dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier et qui font l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle.

Le 3^o du I de l'article 33 du PLFSS pour 2022 complète les cas dans lesquels des médicaments non réservés à l'usage hospitalier sont réputés inscrits sur la liste de rétrocession afin d'y inclure les médicaments fournis aux établissements de santé par les laboratoires au titre de leur obligation d'assurer la continuité des traitements initiés dans le cadre des dispositifs d'accès précoce et d'accès compassionnel.

3. La rationalisation de la gestion de la liste de rétrocession

a) La facilitation de l'inscription des médicaments rétrocédables sur la « liste collectivités »

Les médicaments rétrocédables étant délivrés à des patients ambulatoires, leur dispensation est imputée non pas sur le budget de l'établissement mais sur les dépenses d'assurance maladie dès lors qu'ils sont délivrés à des patients ambulatoires.

L'article 29 de la loi d'accélération et de simplification de l'action publique (ASAP) du 7 décembre 2020¹ a transféré la gestion de la liste de rétrocession du ministre chargé de la santé au directeur général de l'ANSM. Ce transfert est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2021, les nouvelles compétences de l'agence ne pouvant toutefois être complètement exercées à ce stade, dans l'attente de la publication du décret d'application en cours d'examen par le Conseil d'État.

¹ Loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique.

En tout état de cause, ce transfert a pour conséquence de modifier les modalités d'inscription d'un médicament sur la liste de rétrocession. En effet, l'ANSM est d'ores et déjà appelée à fixer les conditions de prescription et de délivrance (CPD) d'un médicament dès que celui-ci a obtenu son AMM. L'inscription par l'ANSM du médicament sur la liste de rétrocession intervient ainsi logiquement dès l'octroi de l'AMM, à l'occasion de la définition des CPD par l'agence.

Or, en l'état du droit en vigueur, toute demande d'inscription d'un médicament non classé dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier sur la « liste collectivités » est conditionnée, par l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, au dépôt par le laboratoire d'une demande d'inscription sur la liste des spécialités remboursables par l'assurance maladie et dispensées en ville, dite « liste ville »¹. Cette condition ne se justifie logiquement pas pour l'inscription des médicaments inscrits par l'ANSM sur la liste de rétrocession au titre de leur AMM : la procédure d'inscription sur la liste de rétrocession est en effet entièrement déconnectée de l'évaluation des médicaments par la HAS en vue de leur prise en charge au titre de la « liste collectivités » ou de la « liste ville ». En conséquence, le **b du 2° du I** de l'article 33 du PLFSS pour 2022 lève cette condition pour les médicaments classés comme rétrocédables par l'ANSM dès l'obtention de leur AMM.

b) La révision de la procédure de fixation du prix des médicaments inscrits sur la liste de rétrocession

Par ailleurs, dans la mesure où il revient désormais à l'ANSM de décider du circuit de dispensation entre officines de ville et PUI des médicaments rétrocédables, la procédure de prise en charge et de fixation du prix de ces médicaments doit être revue.

Pour mémoire, à l'heure actuelle, les conditions de prise en charge de ces médicaments sont précisées par un arrêté de prise en charge au titre de la rétrocession, un avis de prix de cession du CEPS et un taux de prise en charge arrêté par l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). En application de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale, le prix de cession au public d'un médicament rétrocédable est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le CEPS ou, à défaut, par décision de ce dernier, au plus tard dans un délai de 75 jours après son inscription sur la liste des médicaments rétrocédables². Ces dispositions n'ont pas été modifiées à l'occasion du transfert à l'ANSM de la gestion de la liste de rétrocession par la loi ASAP du 7 décembre 2020.

¹ Cette liste est visée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

² En cas d'AMM obtenue après l'inscription sur la liste de rétrocession, le délai de 75 jours court à compter de la délivrance de l'AMM.

Or le délai de 75 jours entre l'inscription du médicament sur la liste de rétrocession et la fixation de son prix par le CEPS ne se justifie plus. En effet, cette inscription, désormais opérée par l'ANSM, intervient dès l'octroi de l'AMM et la fixation des conditions de prescription et de délivrance par l'agence, et non plus après la publication de l'avis de la commission de transparence de la HAS en vue de l'inscription du médicament sur la seule « liste collectivités ».

En conséquence, le 2° du II de l'article 33 du PLFSS pour 2022 modifie l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale afin de dissocier la négociation du prix de cession du médicament rétrocédable entre le CEPS et l'entreprise exploitant ou important le médicament de l'inscription de ce dernier sur la liste de rétrocession par l'ANSM. Il est précisé, dans l'étude d'impact annexée au PLFSS, que l'article R. 163-9 du code de la sécurité sociale sera modifié par la suite afin de prévoir, pour la fixation du prix de cession, un délai de 180 jours à compter du dépôt de la demande d'inscription du médicament sur la liste de rétrocession, dans le respect des règles européennes¹.

4. La création d'un cadre de prise en charge spécifique pour les médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement

Les médicaments de thérapie innovante (MTI) correspondent, en droit communautaire, à l'un des quatre types de médicaments suivants : les médicaments de thérapie génique, les médicaments de thérapie cellulaire somatique, les produits issus de l'ingénierie cellulaire – qui permettent de régénérer, réparer ou remplacer des tissus humains – et les médicaments combinés de thérapie innovante – qui incluent des dispositifs médicaux ou des dispositifs médicaux implantables actifs –.

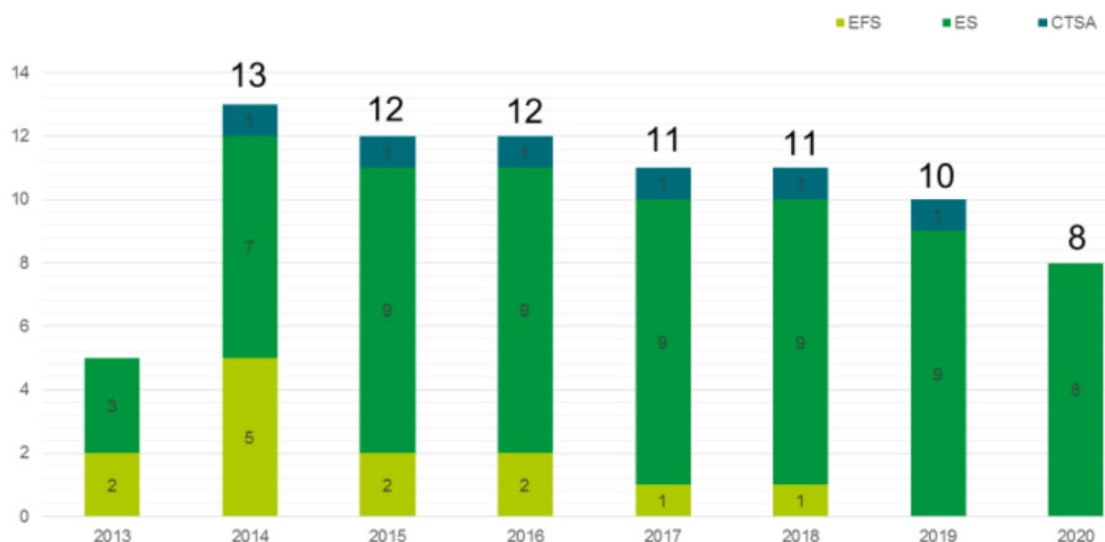
Le 17° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique définit le médicament de thérapie innovante préparé ponctuellement (MTI-PP) comme tout médicament de thérapie innovante au sens du droit européen « *fabriqué en France selon des normes de qualité spécifiques et utilisé dans un hôpital en France, sous la responsabilité d'un médecin, pour exécuter une prescription médicale déterminée pour un produit spécialement conçu à l'intention d'un malade déterminé.* » Au titre de l'exemption hospitalière définie en droit européen, de nombreux MTI peuvent ainsi continuer à être utilisés en l'absence d'AMM « *à condition que le produit soit utilisé dans un hôpital pour un patient déterminé et sous la responsabilité professionnelle d'un médecin.* »²

¹ Directive 89/105/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance-maladie.

² Rapport de la Commission au Parlement européen et au Conseil COM/2014/0188 final, conformément à l'article 25 du règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004.

Les MTI-PP font l'objet d'une autorisation délivrée par l'ANSM et les conditions d'autorisation de ces médicaments sont précisées aux articles R. 5121-209 et suivants du code de la santé publique. En application de l'article L. 4211-9-1 du même code, les MTI-PP ne peuvent être préparés que par les établissements ou organismes autorisés à cet effet par le directeur général de l'ANSM. Selon des données rendues disponibles par l'ANSM¹, les huit établissements autorisés en 2020 à préparer des MTI-PP sont uniquement des établissements de santé. La diminution du nombre d'établissements autorisés s'explique principalement par l'ouverture d'établissements pharmaceutiques par l'établissement français du sang (EFS) et le centre de transfusion sanguine des armées (CTSA), ainsi que par la publication en mai 2019 de bonnes pratiques de fabrication auxquelles les établissements ont dû se conformer.

Évolution des autorisations pour l'établissement de MTI-PP



Source : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Selon l'étude d'impact annexée au PLFSS, 25 patients auraient été traités au cours de la dernière décennie à partir de quatre autorisations de MTI-PP. Des données issues du comité d'interface de l'ANSM sur les MTI évoquent, pour le seul centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes, la fabrication depuis 2014 de 76 lots de MTI-PP pour traiter 69 patients. Pour la seule année 2020, trois MTI ont été autorisés, dont deux avec une AMM conditionnelle, et deux demandes d'AMM ont été retirées par les demandeurs.

¹ Compte rendu de la séance du 22 janvier 2021 du comité d'interface dédié aux médicaments de thérapie innovante.

Nombre d'unités de MTI-PP distribuées et de patients traités

	N° du MTI-PP (date d'autorisation)	Nombre d'unités distribuées (chiffres extraits des rapports annuels d'activité des établissements)		Nombre de patients traités depuis l'autorisation du MTI-PP selon les opérateurs
		2019	2020	
HOSPICES CIVILS DE LYON	MTI-PP 008 (23/05/2016) Feuillet épidermique autologue	250	482	27
EFS ÎLE DE FRANCE, Créteil	MTI-PP 004 (06/02/2019) Moelle osseuse autologue concentrée à usage orthopédique	11	40	65
CHU DE NANCY	MTI-PP 009 (17/02/2016) Lymphocytes T anti- adénovirus allogéniques	9	10	13
CTSA	MTI-PP 007 (15/10/2015) Concentré de cellules stromales mésenchymateuses autologues amplifiées <i>in vitro</i>	Absence de données	5	8

Source : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

À l'heure actuelle, en l'absence de prise en charge spécifique par l'assurance maladie, le coût de la production des MTI-PP est intégralement supporté par les établissements de santé. D'après l'étude d'impact annexée au PLFSS, « le coût de traitement associé aux MTI-PP sur une plateforme académique et mobilisant la technologie des CAR-T-cells représente un coût de l'ordre de 150 000 euros. »

Dès lors, le **5° du II** de l'article 33 du PLFSS pour 2022 insère dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 162-16-5-5 prévoyant la prise en charge des MTI-PP par l'assurance maladie : cette prise en charge s'effectuera sur une base forfaitaire annuelle par patient définie par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale suivant des modalités précisées par décret en Conseil d'État. Par coordination, le **6° du II** de l'article 33 du PLFSS pour 2022 prévoit, à l'article L. 162-22-7-3 du code de la sécurité sociale, que cette prise en charge des MTI-PP par l'assurance maladie, de même que la prise en charge des médicaments disposant d'une « AMM miroir » s'effectueront en sus des prestations d'hospitalisation.

Partant de l'hypothèse de cinq patients traités par MTI-PP en 2022 et de six patients supplémentaires par an les années suivantes, l'étude d'impact estime le coût de la prise en charge des MTI-PP pour l'assurance maladie à trois millions d'euros en 2022, à quatre millions d'euros en 2023, à 12 millions d'euros en 2024 et à 17 millions d'euros en 2025.

5. La suppression du coefficient de minoration des spécialités pharmaceutiques en soins de suite et de réadaptation

Les soins de suite et de réadaptation (SSR) sont financés selon des modalités fixées par les articles L. 162-23 et suivants du code de la sécurité sociale. Un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de SSR est ainsi arrêté chaque année par l'État en fonction de l'Ondam. Cet objectif distingue les parts afférentes :

- aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques qui, en raison de leur coût, peuvent être prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation (article L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale) ;

- à la dotation nationale affectée au financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements participant aux activités de SSR (article L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale).

En application de l'article L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale, les remboursements perçus par les établissements au titre de la liste des médicaments onéreux peuvent être minorés par l'application d'un coefficient censé concourir au respect de l'objectif de dépenses en matière de SSR affecté à ce poste de dépenses.

Toutefois, ce mécanisme prudentiel semble peu justifié à deux titres :

- d'une part, il n'a jamais été appliqué à ce jour : en application du V de l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et par dérogation à l'article L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale, les dépenses relatives à la consommation des molécules onéreuses font l'objet, jusqu'au 31 décembre 2021, d'un montant dédié au sein de la dotation annuelle¹ de financement allouée aux établissements au titre de leurs activités de SSR ;

- d'autre part, comme le rappelle l'étude d'impact annexée au PLFSS, l'application d'un coefficient de minoration à la prise en charge des molécules onéreuses et donc la perspective d'un remboursement non intégral pourrait exercer un effet désincitatif au transfert des patients du champ « Médecine, chirurgie, obstétrique » (MCO) vers le champ SSR. En outre, l'existence de ce coefficient place le champ SSR dans une situation d'iniquité vis-à-vis du champ MCO pour lequel un tel coefficient n'existe pas.

¹ Visée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale.

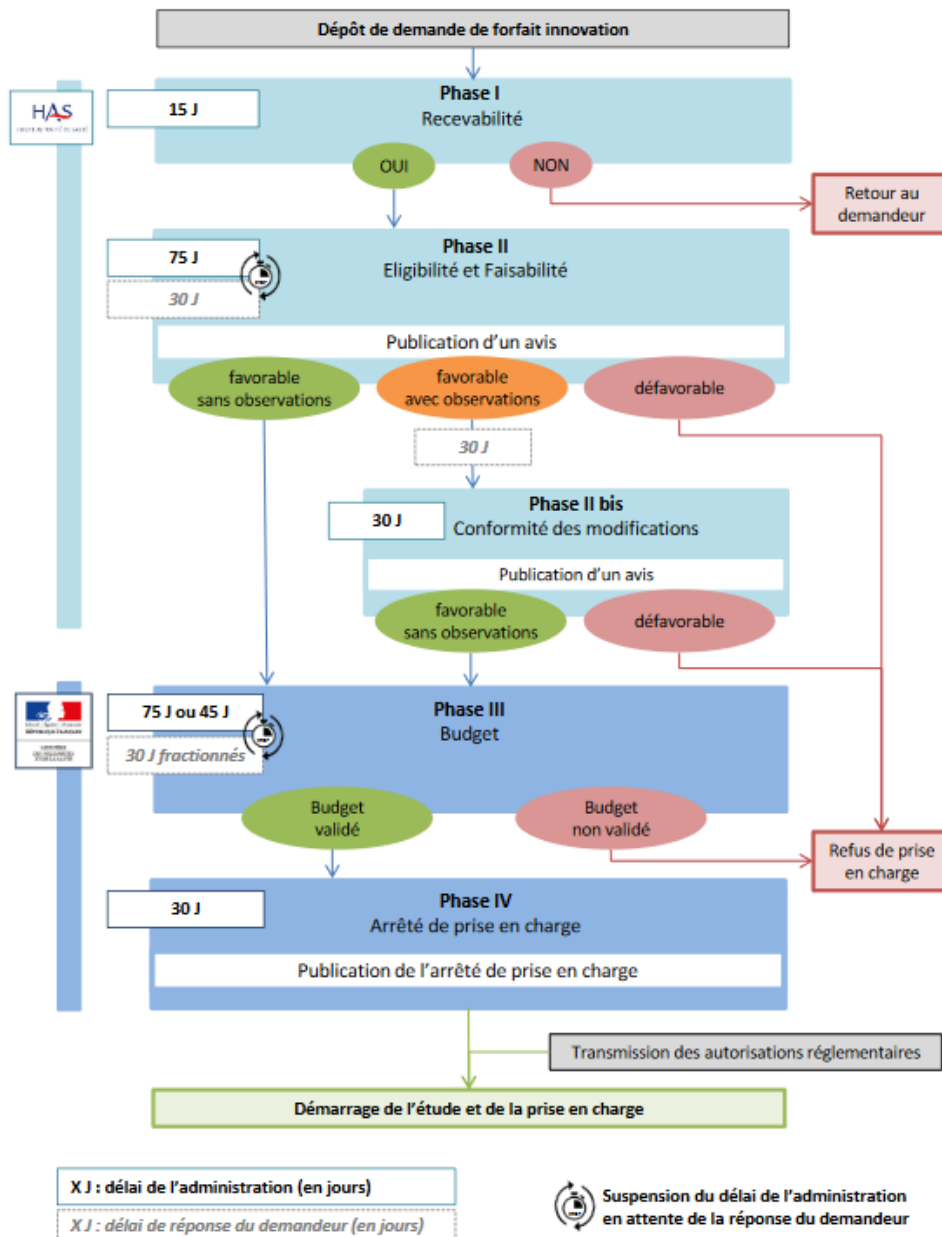
Pour l'ensemble de ces raisons, le **8° du II** de l'article 33 du PLFSS pour 2022 supprime le coefficient de minoration du remboursement des spécialités pharmaceutiques en SSR à l'article L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale. En conséquence, le **7° du II** de l'article 33 du PLFSS pour 2022 procède à une coordination à l'article L. 162-23-4 du même code.

6. Le renforcement de la lisibilité et de la prévisibilité du forfait innovation

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009¹, le forfait innovation permet, en application de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale, la prise en charge dérogatoire des dispositifs médicaux et d'actes innovants. Il peut être mobilisé tant par les industriels que par les sociétés savantes. S'il contribue à faciliter l'accès précoce du patient à une technologie de santé innovante, il vise également à développer les données cliniques ou médico-économiques encore manquantes sur le traitement innovant en subordonnant sa mise en œuvre à la conduite d'études. Les résultats de ces études doivent permettre d'éclairer les décisions futures en matière de prise en charge pérenne par la collectivité.

¹ Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Procédure de demande de prise en charge au titre du forfait innovation



Source : Ministère des solidarités et de la santé
(http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/forfait_innovation_procedure_prise_en_charge.pdf)

En juin 2020, la HAS a ouvert le portail électronique « Sésame » afin de simplifier les modalités de dépôt des demandes et a appelé les industriels et les sociétés savantes « à recourir davantage au forfait innovation ». Selon un bilan de la HAS, sur la période 2015-2020, sur 29 dossiers déposés, 12 seulement ont été déclarés éligibles.

Bilan des dossiers de forfait innovation traités par la Haute Autorité de santé

Date de dépôt du dossier	Non recevable	Eligible	Non éligible	Retrait de la demande	En cours d'instruction	Total
2015	1					1
2016	1	1	1			3
2017	6	4	0			10
2018		3	2	1		6
2019	1	4	2			7
2020					2	2
TOTAL	9	12	5	1	2	29

Source : Haute Autorité de santé, communiqué de presse du 30 juin 2020

Bilan du forfait innovation

Selon des informations transmises par la direction de la sécurité sociale, à ce jour, le forfait innovation a permis de financer 14 projets pour un total de 69 millions d'euros. Ces financements permettent d'accompagner 13 000 patients dans le cadre d'essais cliniques dont les critères ont été évalués et validés par la HAS afin de démontrer l'intérêt de dispositifs médicaux ou de diagnostic.

Ces projets innovants concernent aussi bien des dispositifs de diagnostic du SARS-CoV-2, ou de test fonctionnel dans le cancer colorectal métastatique non opérable d'emblée destiné à personnaliser les protocoles de chimiothérapies associées ou non à une thérapie ciblée, que des dispositifs médicaux à visée thérapeutique, tel que le traitement de la douleur des patients souffrant de crises d'algie vasculaire de la face insuffisamment soulagés par les moyens thérapeutiques existants ou le traitement de l'insuffisance cardiaque par un cœur artificiel.

Un des dispositifs médicaux ayant bénéficié du financement par le forfait innovation a été évalué par la HAS en vue d'une prise en charge dans le droit commun au titre de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. La HAS lui a octroyé un service médical rendu suffisant et une amélioration du service médical rendu de niveau III ou modérée par rapport à l'absence d'alternative. Ce dispositif, ARGUS II, est destiné compenser le handicap lié à la perte de vision induite par la dégénérescence rétinienne en stade avancée.

Source : Direction de la sécurité sociale

Afin de renforcer la visibilité des demandeurs sur le niveau de compensation financière qui pourrait leur être accordée dans le cadre du forfait innovation, le 9^o de l'article 33 du PLFSS pour 2022 précise, à l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale, une série de critères susceptibles de déterminer le niveau de prise en charge du produit de santé, de la prestation ou de l'acte innovant.

Sans que la liste envisagée soit exhaustive – l’adverbe « *notamment* » précédant l’énumération des critères –, il est prévu de tenir compte :

- des tarifs des produits et prestations à visée thérapeutique comparable ;
- des tarifs constatés dans d’autres pays européens ;
- des volumes de ventes prévus des produits ou prestations et des montants remboursés par l’assurance maladie prévus ;
- des actes existants déjà pris en charge.

En outre, l’article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par des dispositions visant à renforcer les engagements de l’exploitant d’un produit en contrepartie de la compensation versée par l’assurance maladie dans le cadre du forfait innovation. Il devra ainsi mener à terme l’étude clinique ou médico-économique, sauf en cas de risque avéré pour la sécurité des patients ou d’interruption anticipée de la prise en charge justifiée par des données démontrant l’existence ou l’absence de bénéfice clinique ou médico-économique. L’exploitant sera également tenu de déposer une demande d’inscription sur la liste des produits et prestations (LPP)¹ dans un délai d’un an après la fin de l’étude si les résultats de cette dernière sont positifs.

En cas de manquement à ses obligations, l’exploitant pourra se voir appliquer une pénalité financière ne pouvant dépasser 30 % du montant hors taxe perçu dans le cadre du forfait innovation au titre du dispositif médical.

B. La création d’un dispositif de prise en charge anticipée des innovations dans le champ du numérique en santé

À la suite du 9^e conseil stratégique des industries de santé (CSIS), le Gouvernement s’est engagé, dans le cadre du plan « Innovation santé 2030 », à lancer une réflexion sur « *la mise en place d’un accès dérogatoire aux dispositifs médicaux numériques, afin de faciliter leur accès au marché.* » Le **1^o du II** de l’article 33 du PLFSS pour 2022 institue ainsi, au sein d’un nouvel article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale, un système de prise en charge anticipée des dispositifs médicaux numériques ou d’activités de télésurveillance médicale.

¹ Prévues à l’article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

1. Une prise en charge anticipée d'un an non renouvelable limitée aux dispositifs médicaux numériques et aux activités de télésurveillance médicale

En application du I du nouvel article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale, cette prise en charge dérogatoire par l'assurance maladie, d'une durée limitée à un an non renouvelable, concernera, dans une indication particulière :

- soit un dispositif médical numérique¹ à visée thérapeutique. Il s'agit des thérapies numériques, également connues sous le vocable anglo-saxon de « *digital theapeutics* » (DTx), notamment utilisées dans la prise en charge de certaines pathologies psychiatriques ;

- soit des activités de télésurveillance médicales, qui combinent la surveillance médicale et l'utilisation de dispositifs médicaux numériques, conformément régime de prise en charge de droit commun de ces activités institué par l'article 24 du PLFSS pour 2022.

Cet accès au remboursement anticipé est transitoire, les dispositifs ou activités concernés ayant vocation à être inscrits sur la LPP² ou sur la liste des activités de télésurveillance instituée par l'article 24 du PLFSS pour 2022. Les obligations de déclaration préalable des opérateurs de télésurveillance médicale auprès de l'ARS compétente, prévues par l'article 24 du PLFSS pour 2022, seront également applicables aux activités de télésurveillance faisant l'objet d'une prise en charge anticipée.

2. Les critères de la prise en charge anticipée

En application du II du nouvel article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale, la prise en charge anticipée, sollicitée par l'exploitant du dispositif médical numérique - qu'il ait une visée thérapeutique ou qu'il soit utilisé dans le cadre d'une activité de télésurveillance -, sera décidée par les ministres de la santé et de la sécurité sociale après avis de la CNEDiMTS de la HAS. Elle est conditionnée à quatre critères cumulatifs :

- la caractère présumé innovant ;
- le marquage CE du dispositif médical numérique ;
- la conformité aux règles de protection des données personnelles et aux référentiels de sécurité et d'interopérabilité ;
- la capacité à exporter et échanger les données traitées dans des formats interopérables.

¹ À savoir, conformément à l'article L. 162-48 du code de la sécurité sociale créé par l'article 24 du PLFSS pour 2022, tout logiciel répondant à la définition du dispositif médical en droit communautaire.

² Mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

3. Un remboursement sur une base forfaitaire, subordonné à des engagements de la part du bénéficiaire

En application du III du nouvel article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale, la compensation versée au distributeur au détail du dispositif ou à l'opérateur de télésurveillance médicale prendra la forme d'un forfait fixé par arrêté ministériel, dans des conditions précisées par voie réglementaire, et ne pourra être cumulée avec d'autres modes de prise en charge prévus par le code de la sécurité sociale.

Le IV du nouvel article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale prévoit qu'en contrepartie de cette compensation, le bénéficiaire doit s'engager à :

- déposer une demande d'inscription sur la LPP ou la liste des activités de télésurveillance médicale dans des délais respectifs de six mois et neuf mois à compter de la prise en charge transitoire ;

- assurer la continuité des traitements ou de la surveillance médicale initiés, non seulement pendant la durée de la prise en charge transitoire mais également pendant une durée d'au moins six mois à compter de l'arrêt de cette prise en charge. Cette durée est néanmoins ramenée à 45 jours en cas de refus de l'inscription sur la LPP ou la liste des activités de télésurveillance médicale. Pendant la durée de continuité des traitements postérieure à la prise en charge anticipée, le remboursement est accordé dans les mêmes conditions que dans le cadre de la LPP ou de la liste des activités de télésurveillance ou, à défaut, dans les mêmes conditions que pendant la prise en charge anticipée.

Le V du nouvel article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale définit les cas dans lesquels la prise en charge anticipée est interrompue, qui sont au nombre de trois :

- lorsque l'engagement de déposer une demande d'inscription sur la LPP ou la liste des activités de télésurveillance médicale dans les délais légaux n'est pas respecté ;

- lorsque la décision d'inscription ou de refus d'inscription sur les listes de droit commun est prise et que le tarif de responsabilité est publié ;

- lorsque les critères de la prise en charge anticipée - hors, en toute logique, le critère de la présomption d'innovation - ne sont plus remplis.

Le VI du nouvel article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale définit les modalités de mise en œuvre de la pénalité financière applicable à l'exploitant du dispositif médical numérique qui méconnaîtrait ses obligations de continuité des traitements. Cette pénalité ne peut dépasser 30 % du chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France au titre du dispositif au cours des 24 mois précédant la constatation du manquement.

Enfin, le VII du nouvel article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale renvoie à un décret en Conseil d'État la définition des modalités d'application de ses dispositions.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre plusieurs amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté, à l'article 33 du PLFSS pour 2022, une série d'amendements ayant pour objectifs :

- de corriger, à l'initiative du rapporteur général et avec l'accord du Gouvernement, des erreurs dans la terminologie utilisée pour qualifier l'entreprise dont le médicament fait l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel. Tant en matière de recueil des données concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation du médicament, qu'en matière de conditions de prise en charge dérogatoire, il convient en effet de distinguer le titulaire des droits d'exploitation du médicament, responsable en cas d'autorisation d'accès compassionnel pour un médicament ne disposant d'une AMM dans aucune indication, de l'entreprise qui exploite le médicament, responsable en cas de cadre de prescription compassionnelle qui porte sur un médicament disposant déjà d'une AMM dans une autre indication ;

- de garantir l'interopérabilité sémantique des dispositifs médicaux numériques. Un amendement de Mme Agnès Firmin Le Bodo, du groupe Agir ensemble, adopté avec les avis favorables de la commission et du Gouvernement, a ainsi complété les exigences d'interopérabilité applicables aux dispositifs médicaux numériques éligibles à une prise en charge anticipée, en précisant qu'ils devront permettre de télécharger des données structurées. Au-delà de l'interopérabilité technique, il convient en effet de d'assurer l'importation et l'exportation de données dans des formats garantissant leur bonne compréhension et leur exploitation par le patient et l'ensemble des acteurs de la prise en charge ;

- de prévoir, à l'initiative du rapporteur général et avec l'accord du Gouvernement, le non-cumul entre la prise en charge anticipée des dispositifs médicaux numériques et des activités de télésurveillance médicale et la prise en charge au titre des prestations d'hospitalisation donnant lieu à facturation, c'est-à-dire hors séjours tarifés en groupe homogène de séjour (GHS) ou en groupe homogène de tarifs (GHT) ;

- de conditionner la prise en charge dérogatoire à la vérification de l'utilisation effective du dispositif médical numérique par le patient et à la collecte de données en vie réelle. Un amendement de M. Jean-Louis Touraine, du groupe La République en marche, accepté par la commission et le Gouvernement, transpose ainsi au système de remboursement anticipé des dispositifs médicaux numériques et des activités de télésurveillance les mêmes exigences de contrôle de l'utilisation effective du dispositif et d'atteinte de résultats d'utilisation en vie réelle que celles prévues pour le régime de prise en charge de droit commun des activités de télésurveillance institué par l'article 24 du PLFSS pour 2022 ;

- de plafonner le prix d'achat d'une spécialité ayant fait l'objet d'une autorisation d'accès précoce pendant la période de continuité des traitements pour laquelle elle ne bénéficie plus de la prise en charge au titre de l'accès précoce. Un amendement du rapporteur général, ayant reçu l'avis favorable du Gouvernement, prévoit ainsi que l'exploitant doit permettre, en phase de continuité des traitements, l'achat de la spécialité à un prix qui n'excède pas son prix de référence pour la prise en charge au titre de l'accès précoce, le cas échéant au moyen de remises.

III - La position de la commission

Les thérapies numériques ou digitales (« *Digital Therapeutics* » - DTx) sont en passe de connaître un essor spectaculaire dans un contexte d'accroissement des pathologies chroniques. À titre d'exemple, l'application BlueStar® a fait l'objet d'une autorisation pour remboursement en 2013 par l'agence américaine de sécurité du médicament¹ pour le suivi de patients atteints de diabète de type 2. Selon une étude de 2019² produite par le cabinet de conseil *Juniper Research*, les thérapies numériques devraient représenter un marché de près de 32 milliards de dollars en 2024, contre 2,2 milliards de dollars en 2019. Les deux principales affections qui devraient tirer cette activité à la hausse seraient le diabète et l'obésité, qui concentreraient près de 19 milliards d'euros dans le marché des thérapies numériques.

La mise en place d'un mécanisme de prise en charge anticipée pour ces thérapies participe d'un meilleur accès des patients à l'innovation. Dans le domaine des thérapies digitales, l'exigence d'interopérabilité des données collectées et exportées par les dispositifs médicaux numériques est déterminante pour la qualité des soins dans le cadre d'une activité de télésurveillance : c'est à la condition d'être pleinement exploitables par l'équipe soignante et compréhensibles par le patient que les données produites par les dispositifs médicaux numériques apporteront une véritable valeur ajoutée au parcours de soins et renforceront l'autonomie du patient.

¹ « *Food and Drug Administration* » (FDA).

² *Juniper Research*, « *Digital Therapeutics Market to Exceed \$32 billion by 2024 Offering Mixed Fortunes for Drug Companies* », communiqué de presse du 15 mai 2019.

Partageant ce souci, l'Assemblée nationale a tenu à préciser, en première lecture, que les dispositifs médicaux numériques de télésurveillance doivent permettre de « *télécharger des données structurées* », afin de s'assurer que les données collectées ne soient pas simplement exportables dans un format PDF¹ mais puissent être facilement exploitables par les équipes soignantes dans le cadre de la prise en charge. Toutefois, la rapporteure s'interroge sur la valeur ajoutée de cette précision, dès lors que l'article 33 du PLFSS pour 2022 prévoyait déjà, dans sa version initiale, l'exportation dans des formats interopérables et des interfaces pour l'échange de données avec des accessoires connectés.

En outre, selon des éléments transmis par la délégation du numérique en santé, l'expression de « *données structurées* » peut faire référence, dans le domaine de la santé, à des formats d'interopérabilité avec des représentations complexes, comme le montre le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS). Or, potentiellement, des exports simples, de type « date et taux de glycémie », peuvent être utiles.

L'intention de la rédaction initiale, insistant sur la nécessité de « *formats interopérables appropriés* », consistait à obliger l'export interopérable de données soit suivant des standards « normés » (ou référentiels) – comme ceux du CI-SIS – qui peuvent être rendus opposables par arrêté², soit par des formats potentiellement simples et pragmatiques. Il convient de maintenir ces deux approches de l'export interopérable, si bien que la commission a adopté un amendement n° 171 substituant à l'obligation du téléchargement de données structurées celle de l'accès direct aux données.

Par coordination avec le régime de droit commun de prise en charge des dispositifs médicaux numériques de télésurveillance institué par l'article 24 du PLFSS pour 2022, la commission a adopté un amendement n° 172 précisant qu'en cas de refus du patient à la transmission par le professionnel de santé des données nécessaires à la mise en œuvre du contrôle de cette utilisation effective, l'activité de télésurveillance ne pourra faire l'objet d'une prise en charge anticipée. Si cette prise en charge dérogatoire a déjà été enclenchée, elle sera alors suspendue. En outre, il est rappelé que le niveau de prise en charge pourra être modulé, voire suspendu en cas d'inutilisation répétée du dispositif.

Enfin, la commission s'interroge sur les raisons qui justifient de calculer le montant de la pénalité, en cas de manquement pour non-respect des engagements de l'industriel en matière de continuité des traitements, sur le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) réalisé au cours des 24 derniers mois précédant la constatation du manquement. Ces dispositions sont vraisemblablement inspirées du calcul des pénalités applicables³ aux industriels exploitant un médicament bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce.

¹ « Portable Document Format ».

² En application de l'article L. 1470-5 du code de la santé publique.

³ En application du II de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale.

Toutefois, il convient de rappeler que les autorisations d'accès précoce ne sont pas limitées dans le temps et prennent fin lorsque l'indication est inscrite, au titre de l'AMM, sur une liste de médicaments remboursables. Or la prise en charge anticipée d'un dispositif médical numérique de télésurveillance innovant est limitée à un an, non renouvelable.

En conséquence, la commission a adopté un amendement n° 173 prévoyant que le montant de la pénalité sera calculé sur le CAHT réalisé au cours des 18 derniers mois précédant la constatation du manquement : cette durée permet de tenir compte du fait, qu'au-delà des 12 mois de la prise en charge anticipée, l'entreprise s'engage à mettre à disposition le dispositif médical numérique pour une durée complémentaire de six mois au titre des continuités de traitement.

La commission a également adopté un amendement rédactionnel n° 170.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 34

Remises unilatérales médicaments et évolutions relatives à l'inscription de certains dispositifs médicaux

Cet article prévoit une prise en charge de médicaments de la liste en sus pour des utilisations hors référentiel et adapte les règles applicables aux dispositifs médicaux en matière d'évaluation requise et d'inscription pour une indication donnée.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Une régularisation de la prise en charge des médicaments utilisés en « AMM miroir » sur la liste en sus

1. Un usage fréquent de médicaments hors-référentiel au coût important pour l'assurance maladie

Comme l'indique l'évaluation préalable, la dépense remboursée associée à la prise en charge dans le cadre de la liste en sus était de 3,9 milliards d'euros pour les spécialités pharmaceutiques. Cette dépense connaît par ailleurs un taux de croissance annuel dynamique, de 6 % sur la période 2014-2019.

Or, il apparaît selon le Gouvernement que dans **20 % des cas, les indications sont associées à des utilisations non présentes dans le référentiel, la prescription étant faite en dehors de l'autorisation de mise sur le marché.** Ces utilisations représenteraient une dépense pour l'assurance maladie estimée **entre 600 et 700 millions d'euros** pour des utilisations qui, légalement, ne sont pas pris en charge.

Le Gouvernement identifie particulièrement une pratique, qualifiée d'« AMM miroir », le laboratoire du médicament utilisé en association n'ayant souvent pas d'intérêt à déposer de nouvelle demande d'AMM.

L'AMM miroir correspond à une indication d'AMM attribuée pour un médicament A en association à un médicament B alors que le médicament B ne dispose pas d'AMM en association au médicament A.

Comme le précise l'évaluation préalable, *« l'association des deux médicaments est en pratique prise en charge, alors qu'un des deux médicaments est hors référentiel et que son prix n'a pas été négocié au regard de cette nouvelle utilisation, puisque ce dernier ne bénéficie pas de l'AMM et que l'exploitant ne fait donc aucune demande d'inscription, tandis que des ventes seront pourtant réalisées dans cette indication »*. Cependant, cette pratique financière est, comme le souligne le Gouvernement, sans impact sanitaire, l'usage répondant aux autorisations délivrées. La direction de la sécurité sociale estime à une dizaine le nombre de spécialités concernées, considérant ces types d'AMM fréquents.

Le présent article entend régulariser ces utilisations et prévoir, avec leur reconnaissance, un dispositif de remises ad hoc. L'impact financier de la mesure est estimé à 100 millions d'euros par an.

2. Une régularisation proposée en vue de valoriser ces utilisations dans les remises attendues

a) Une nouvelle inscription des indications hors référentiel

Le 3° modifie le **code de la sécurité sociale**, y insérant un **nouvel article L. 162-18-1** afin de prévoir le nouveau dispositif de remises.

À son I, le nouvel article prévoit les caractéristiques de ce régime avec :

- la **condition d'inscription sur liste en sus** des prises en charges hospitalières (1°) ;

- la **possibilité pour cette spécialité d'être utilisée en association avec d'autres spécialités qui bénéficient pour ces indications, en association avec la spécialité, d'une autorisation de mise sur le marché et d'une inscription sur une liste de remboursements de droit commun ou d'une autorisation d'accès précoce (2°) ;**

- le fait de **ne pas bénéficier, pour cette indication en association, d'une autorisation de mise sur le marché** ou d'une autorisation d'accès précoce ou compassionnel (3°).

Ces conditions cumulatives emportent une **obligation de déclaration au comité économique des produits de santé (CEPS)** par l'exploitant, l'importateur ou le distributeur de la spécialité du chiffre d'affaires réalisé durant l'année passée au titre de cette spécialité, ce avant le 15 février (**dernier alinéa du I**)

b) Une mécanisme ad hoc de remises

Le **A du II** organise un **cadre d'autorisation des utilisations en association** définies au I et de **prise en charge** de celles-ci. Cette reconnaissance peut intervenir sur demande des entreprises ou à l'initiative même des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La prise en charge ainsi permise est cependant conditionnée à la précision lors de la facturation, de ce cadre d'utilisation de la spécialité. Le dernier alinéa du A prévoit le recouvrement de l'indu en cas de non-respect.

Le **B du II** prévoit un **mécanisme de remises pour les médicaments utilisés en indication dans le cas où ils ne disposent pas, au titres des indications en association, d'une autorisation de mise sur le marché et d'une inscription sur une liste de remboursements** ou d'une autorisation d'accès précoce.

Ces remises, versées annuellement, sont calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements pour la spécialité au titre des indications en association.

Le **deuxième alinéa du B du II** prévoit que ces **remises sont définies selon un barème de taux progressifs**.

Enfin, les **troisième et quatrième alinéas du même B** précisent la déductibilité des remises conventionnelles ainsi que le calcul du chiffre d'affaires au regard de la part d'utilisation de cette spécialité réalisé dans les indications en association.

c) Conditionnement du remboursement

Le **1°** assure les **coordinations nécessaires** concernant les règles de remboursement, en ajoutant la référence au nouvel article créé aux articles relatifs aux **à la tarification et à la transmission de données conditionnant la prise en charge**, qui prévoient également le recouvrement de l'indu en cas de non-respect. Il s'agit notamment d'assurer la transmission des données en vie réelle des indications utilisées hors référentiel.

Le **6°** procède par ailleurs à une coordination relative au service du contrôle médical.

Le **2°** corrige enfin une référence, réalisant une coordination lacunaire des dispositions de la LFSS pour 2021.

B. Une prise en charge des dispositifs médicaux sur indication pour la liste en sus

1. Une inscription des dispositifs médicaux sur la liste en sus sur indication

En cohérence avec la prise en charge applicable aux médicaments inscrits sur la liste en sus et alors que l'inscription sur cette liste répond à des évaluations données, le présent article entend préciser **l'inscription et la facturation des dispositifs médicaux sur la liste en sus par indication.**

Le 4° modifie à cette fin l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

2. Une simplification de l'inscription sur la liste « intra-GHS »

Certains dispositifs médicaux doivent, au regard de certaines caractéristiques, figurer sur une liste spécifique pour être utilisée par les établissements de santé.

Les dispositifs médicaux concernés par le dispositif « intra-GHS » appartiennent à des catégories homogènes de produits de santé déterminées par arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ces catégories de dispositifs médicaux sont déterminées au regard de leurs caractères invasifs ou des risques que ces derniers peuvent présenter pour la santé humaine.

Afin d'être inscrits sur la liste « intra-GHS », les dispositifs médicaux doivent faire l'objet au préalable d'une évaluation par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) de la Haute autorité de santé (HAS).

Les dispositifs médicaux doivent justifier de l'une au moins des exigences suivantes : la validation de l'efficacité clinique des dispositifs, la définition de spécifications techniques particulières ou l'appréciation de leur efficacité au regard des alternatives thérapeutiques disponibles.

Source : Ministère de la santé

Aux termes du III de l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale relatif à la prise en charge des dispositifs médicaux dans le cadre d'une utilisation par les établissements de santé, **l'inscription sur la liste dite « intra-GHS » se fait après dépôt d'une demande auprès de la commission compétente de la Haute Autorité de santé, la CNEDiMTS.**

Cependant, comme le souligne le Gouvernement, cette procédure est exigée alors même que des avis équivalents ont pu être rendus. Il s'agit donc de **simplifier la procédure d'inscription sur la liste intra-GHS dans le cas d'une évaluation existante.**

Ainsi, le 5° du présent article modifie le III précité afin de **déroger à cette demande auprès de la commission** de la HAS dans le cas d'une **évaluation déjà rendue sur ces dispositifs au titre d'une demande d'inscription sur la liste en sus**. Celle-ci doit être suffisamment récente et avoir démontré un service attendu ou rendu suffisant.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié de corrections rédactionnelles.

III - La position de la commission

- La rapporteure **soutient l'intention de cet article, qui vise, au bénéfice d'une reconnaissance effective des « AMM miroirs », à ajuster la contribution des industriels au regard des utilisations faites des spécialités et des indications en association dont ils peuvent bénéficier.** Elle émet une réserve sur la rédaction proposée et la **bonne intégration de l'ensemble des dispositifs**, notamment de la nouvelle prise en charge au titre de l'accès direct créé à l'article 36.

Elle rappelle en outre que cette reconnaissance et l'adaptation de cette prise en charge se font **sans impact sur la sécurité sanitaire des patients**.

Cependant, comme souligné par le Leem auprès de la rapporteure, certaines ventes en situation d'« AMM miroir » font l'objet de remises conventionnelles qui peuvent déjà fournir un outil de cadrage. Aussi, le Leem estime le dispositif de déduction des remises conventionnelles « ni approprié, ni pertinent » en cela qu'il ne la possible prise en compte déjà réalisée de l'« AMM miroir » au sein de ces dernières.

Si le Leem suggère **un mécanisme d'exemption de remise obligatoire pour le chiffre d'affaires déjà visé par des remises conventionnelles, cette option n'apparaît à ce stade pas opportune à votre rapporteure** : en effet, **cela reviendrait à considérer la prise en compte déjà systématique des « AMM miroirs »** dans l'ensemble des remises conventionnelles, ce qui ne semble pas correspondre à la réalité.

Concernant la **prise en charge sur indication des dispositifs médicaux de la liste en sus**, la rapporteure soutient cette disposition qui, comme le souligne le Snitem « *donnera la possibilité d'un suivi plus fin à condition que cela ne débouche pas sur une obligation administrative supplémentaire pour les entreprises* ».

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 34 bis (nouveau)

Lutte contre les pénuries de dispositifs médicaux

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à prévoir un dispositif de lutte contre les pénuries dans le champ des dispositifs médicaux.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté tendant à clarifier la rédaction du dispositif et renforcer les moyens d'information et donc de supervision de l'ANSM.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, adopté à l'initiative du Gouvernement, entend prévoir dans la loi un **dispositif graduel d'anticipation et de gestion des pénuries en ce qui concerne les dispositifs médicaux (DM)** et les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* (DMDIV).

Les dispositions proposées reprennent l'esprit des dispositions applicables aux médicaments, aux ruptures d'approvisionnement de médicaments et aux **médicaments d'intérêt thérapeutique** majeur prévues aux articles L. 5121-29 et suivants du code de la santé publique.

A. Un dispositif d'anticipation et de gestion échelonnées

1. Une assise légale pour un dispositif en cours de mise en œuvre

Dans l'exposé des motifs de son amendement, le Gouvernement indique que l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a « *mis en place une phase pilote, en lien avec les industriels, conduisant les industriels qui fabriquent et/ou mettent sur le marché **des DM et des DMDIV considérés comme " indispensables "**, et qui n'ont pas réussi à gérer eux-mêmes la situation, à **signaler à l'ANSM toute rupture de stock ou d'approvisionnement** afin que soient trouvées au plus vite des solutions alternatives pour les patients* ».

Étape 1 : Gestion préventive par l'opérateur en lien avec les utilisateurs et les acheteurs

> Par tous les moyens à sa disposition, le fabricant met en œuvre un plan d'action approprié pour éviter l'indisponibilité des produits : contingentement, augmentation des capacités de production, identification de solutions alternatives, y compris auprès d'entreprises concurrentes, etc. À ce stade, l'ANSM n'est pas sollicitée.

Étape 2 : Gestion par l'opérateur en lien avec l'ANSM

> Si les actions mises en œuvre ne suffisent pas à rétablir la disponibilité des produits, le fabricant transmet à l'ANSM une déclaration de rupture. Nous viendrons en appui et nous participerons à l'identification de solutions, en lien avec notre réseau de partenaires, dans l'intérêt des patients. Dans un souci de gestion optimale et de transparence, nous publierons les informations utiles sur cette rupture.

Source : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Le Gouvernement entend ici « *conforter cette mission* » par le présent article de loi.

À cette fin, les 1^o et 2^o du présent article modifient le **code de la santé publique** afin d'y rétablir un article L. 5211-5-1 relatif aux dispositifs médicaux et insérer un article L. 5221-6-1 relatif aux dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*.

Les deux articles codifiés, identiques, prévoient un **dispositif graduel d'information et de réaction face aux risques de rupture**.

Leur I prévoit la **qualification de certains dispositifs** médicaux ou dispositifs médicaux *in vitro* comme « *indispensables* ». Cette qualification, établie sur la base de **critères définis par décret**, peut être faite par le fabricant, son mandataire, l'importateur ou le distributeur. À défaut, l'ANSM peut également y procéder.

Dans le cas d'un constat de risque de rupture, les fabricants, mandataires, importateurs ou distributeurs précédemment visés sont tenus, aux termes des **II des deux articles**, de « *mettre en œuvre toute mesure utile et nécessaire anticipée* » **dans le but d'éviter la rupture de disponibilité et d'assurer la continuité** des soins dans l'intérêt des patients.

Leur III prescrit, **dans le cas d'un échec des mesures évoquées à garantir la disponibilité, une déclaration auprès de l'ANSM du risque de rupture ou de la rupture**.

Enfin, dans le cas où elle constate un risque de rupture ou une rupture face auxquels aucune mesure n'aurait été prise ou la déclaration obligatoire non satisfaite, leur IV donne **mission à l'ANSM de prendre toute mesure utile aux mêmes fins de disponibilité des produits et de continuité des soins**.

2. Un dispositif qui s'inscrit en parallèle d'une nouvelle réglementation européenne

Enfin, si le Gouvernement souhaite ici combler une lacune en matière de dispositions propres aux dispositifs médicaux, il précise également **rejoindre avec cet amendement le projet de règlement européen en cours de discussion** et les missions prévues dans ce texte pour l'Agence européenne du médicament (EMA). Ce projet de règlement prévoit notamment **l'identification et la surveillance de médicaments et dispositifs médicaux « critiques en cas d'urgence »**.

Extraits de la proposition de règlement du parlement européen et du conseil relatif à un rôle renforcé de l'Agence européenne des médicaments dans la préparation aux crises et la gestion de celles-ci en ce qui concerne les médicaments et les dispositifs médicaux

Considérant (12) **Afin d'améliorer la préparation aux crises et la gestion de celles-ci en ce qui concerne les médicaments et les dispositifs médicaux et d'accroître la résilience et la solidarité dans toute l'Union, il y a lieu de préciser les procédures et les rôles et obligations respectifs des différentes entités concernées et impliquées.** Le cadre devrait s'appuyer sur les solutions *ad hoc* qui ont déjà été trouvées dans le contexte de la riposte à la pandémie de covid-19.

(13) Un système harmonisé de surveillance des pénuries de médicaments et de dispositifs médicaux devrait être établi, ce qui facilitera un accès approprié aux médicaments et dispositifs médicaux critiques lors des urgences de santé publique et des événements majeurs susceptibles d'avoir une incidence grave sur la santé publique. Ce système devrait être complété par des structures améliorées afin de garantir une gestion appropriée des crises de santé publique, d'assurer une coordination et de fournir des avis concernant la recherche et le développement de médicaments susceptibles de répondre aux urgences de santé publique. **Afin de faciliter la surveillance et la notification des pénuries réelles ou potentielles de médicaments et de dispositifs médicaux, l'Agence devrait pouvoir demander et obtenir des informations et des données auprès des titulaires d'autorisations de mise sur le marché, des fabricants et des États membres concernés par l'intermédiaire de points de contact désignés.**

Article 24

Obligations pour les fabricants de dispositifs médicaux, les mandataires et les organismes notifiés

1. **Afin de faciliter les activités de surveillance visées à l'article 21 et à la demande de l'Agence, les fabricants de dispositifs médicaux figurant sur la liste des dispositifs médicaux critiques en cas d'urgence de santé publique et, le cas échéant, les organismes notifiés concernés communiquent les informations demandées au plus tard à l'échéance fixée par l'Agence.** Ils fournissent les informations demandées par l'intermédiaire des points de contact désignés conformément à l'article 23, paragraphe 2, et au moyen des méthodes et du système de notification établis en application de l'article 23, paragraphe 1. Chaque fois que cela est nécessaire, ils fournissent des mises à jour des informations. [...]

Article 25

Obligations pour les États membres en ce qui concerne la surveillance et l'atténuation des effets des pénuries de dispositifs médicaux

- 1. Afin de faciliter les activités de surveillance visées à l'article 21 et à la demande de l'Agence, les États membres, au plus tard à l'échéance fixée par l'Agence :
 - a) fournissent l'ensemble d'informations demandé par l'Agence, y compris les **informations relatives aux besoins de dispositifs médicaux figurant sur la liste des dispositifs médicaux critiques en cas d'urgence de santé publique, ainsi que les données disponibles et estimées concernant le volume de la demande**, par l'intermédiaire de leur point de contact désigné et au moyen des méthodes et du système de notification établis au titre de l'article 23, paragraphe 1 ;
 - b) mentionnent l'existence d'éventuelles informations confidentielles de nature commerciale et précisent les raisons d'une telle qualification ;
 - c) mentionnent l'absence éventuelle d'informations demandées ainsi que tout retard de fourniture de ces informations par rapport au délai fixé par l'Agence. [...]

Sur ce projet, le Sénat a adopté une résolution européenne portant avis motivé¹ considérant **une contrariété au principe de subsidiarité**.

B. Des manquements sanctionnés financièrement

Les 3^o et 4^o complètent respectivement les articles L. 5461-9 et L. 5462-8 relatifs aux **manquements soumis à sanction financière**, respectivement pour les dispositifs médicaux et les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*.

Constituent ainsi des manquements **le fait, pour les fabricants, de ne pas informer l'ANSM d'un risque de rupture ou de toute rupture dans la disponibilité** des DM/DMDIV.

Enfin, complétant le III de l'article L. 5471-1 du code de la santé publique, le 5^o prévoit **l'échelle des sanctions financières créées**, fixant un plafond de **150 000 euros pour une personne physique et 30 % du chiffre d'affaires**, dans la limite d'un million d'euros, pour une personne morale.

¹ Résolution européenne n° 69 (2020-2021) sur la conformité au principe de subsidiarité de la proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil relatif à un rôle renforcé de l'Agence européenne des médicaments dans la préparation aux crises et la gestion de celles-ci en ce qui concerne les médicaments et les dispositifs médicaux, COM (2020) 725 final.

II - La position de la commission

La crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19 a montré le caractère stratégique que pouvaient avoir tant certaines molécules qu'une série de dispositifs médicaux. Aussi, la rapporteure **partage pleinement la préoccupation d'une meilleure gestion des risques de rupture en matière de dispositifs médicaux**, sur le modèle des dispositifs existants pour les médicaments.

La rapporteure s'interroge cependant sur la rédaction retenue par le présent dispositif, notamment **la notion de « non-disponibilité »** non distinguée du risque de rupture ou de la rupture, et **sur la gradation du mécanisme d'anticipation et d'intervention**.

- Particulièrement, il apparaît que **les exigences formulées à l'égard des fabricants, mandataires, importateurs ou distributeurs sont insuffisamment supervisées dès les premiers stades**, à savoir l'identification même des dispositifs médicaux et les mesures préventives. Aussi, la **commission a adopté un amendement n° 174** de la rapporteure visant à **renforcer l'information de l'ANSM aux étapes d'anticipation des ruptures** et à clarifier la rédaction de cet article.

Enfin, comme elle l'avait soulevé lors de l'examen de l'article 34 du projet de loi de financement pour 2020 relatif aux pénuries de médicaments, **la commission s'interroge fortement sur la place d'un tel dispositif en PLFSS**. Alors que la charge supplémentaire pour l'ANSM, estimée à 300 000 euros au titre des quatre ETP nécessaires, peut difficilement être retenue pour apprécier la recevabilité, **la justification en PLFSS au titre des sanctions applicables est très discutable**, les sanctions étant réputées, en termes de recevabilité financière, avoir un produit nul. La commission estime ainsi que le présent dispositif encourt un **risque de censure par le Conseil constitutionnel**.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 35

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

Cet article propose de sécuriser la possibilité pour des pharmacies hospitalières et des établissements pharmaceutiques publics de produire des médicaments essentiels concernés par des difficultés d'approvisionnement ou pour faire face à une crise sanitaire grave. Il vise également à faciliter l'accès des patients à des préparations hospitalières ou magistrales, notamment en l'absence de traitement adapté ou disponible.

Favorable à ces mesures, la commission propose de modifier cet article par l'adoption d'un amendement tendant à préciser la possibilité, pour les pharmacies hospitalières et les établissements pharmaceutiques publics, de recourir au réseau d'officines sous-traitantes pour la production de médicaments critiques. En outre, elle a adopté un amendement visant à sécuriser le mode de financement de ces activités pour les établissements de santé.

I - Le dispositif proposé

A. La consécration de la possibilité pour des structures pharmaceutiques publiques de produire des médicaments critiques

Le phénomène des pénuries de médicaments, qui s'est amplifié au cours des dix dernières années, a été fortement aggravé par l'épidémie de covid-19. Sous l'effet des tensions provoquées par la crise sanitaire sur les circuits d'approvisionnement et de distribution de médicaments, l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a recensé, en 2020, 2 446 signalements de ruptures et risques de rupture de stock, contre 1 504 en 2019, soit une augmentation de près de 63 %¹. Or l'année 2019 correspondait déjà à une progression du nombre de signalements de 73 % par rapport à 2018 (871 signalements).

Afin de faire face aux tensions d'approvisionnement, au début de la crise sanitaire, sur cinq médicaments indispensables pour les patients hospitalisés en réanimation – le cisatracurium, l'atracurium, le rocuronium, la kétamine et le midazolam –, un dispositif de régulation nationale a été mis en place, mobilisant notamment un réseau de six pharmacies à usage intérieur (PUI) et l'établissement pharmaceutique de l'AP-HP. Ces quelques structures hospitalières, les seules en capacité de réaliser des préparations à partir de matières premières, se sont ainsi attelées à la production de curares.

¹ Données des rapports annuels d'activité de l'ANSM.

À titre d'exemple, un partenariat entre l'agence générale des équipements et produits de santé (Ageps) de l'AP-HP – dont dépend l'établissement pharmaceutique de l'AP-HP –, un établissement pharmaceutique privé, l'ANSM et les centres hospitaliers universitaires (CHU) de Lille et Lyon a permis la production, pour le compte de l'Ageps, d'environ 200 000 ampoules de cisatracurium.

Afin de pérenniser cette démarche, le **b du 2° du I** de l'article 35 du PLFSS pour 2022 modifie l'article L. 5121-1 du code de la santé publique afin d'introduire, au sein de la catégorie des préparations hospitalières, le statut de préparations hospitalières spéciales. Définies par décret en Conseil d'État, ces préparations ont vocation, en fonction des difficultés techniques de leur fabrication ou de la faible disponibilité des substances actives nécessaires, à être réalisées par des structures habilitées, dans des conditions précisées par ce même décret, par le ministre de la santé. La réalisation des préparations hospitalières spéciales pourra, le cas échéant, être confiée par ces structures, sous leur responsabilité, en sous-traitance, à un établissement pharmaceutique autorisé pour la fabrication de médicaments¹.

Les structures habilitées à réaliser ces préparations pourront être :

- des PUI ;
- des établissements pharmaceutiques des établissements de santé ;
- l'établissement pharmaceutique de l'agence nationale de santé publique, plus communément dénommée Santé publique France.

L'autorisation pour préparer ces préparations hospitalières spéciales sera délivrée à titre exceptionnel et temporaire par l'une des deux autorités suivantes, suivant le contexte :

- soit le directeur général de l'ANSM en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) ;
- soit le ministre de la santé pour faire face à une menace ou une crise sanitaire grave.

Le **II** de l'article 35 du PLFSS pour 2022 complète l'article L. 5121-21 du code de la santé publique afin d'y préciser que, pour l'application des dispositions de l'article L. 5121-1 du même code, relatives aux caractéristiques des spécialités, produits et préparations devant être regardés comme des médicaments humains, les hôpitaux des armées sont assimilés à des établissements de santé et la pharmacie centrale des armées pourra être habilitée à réaliser des préparations hospitalières spéciales.

L'impact financier annuel de la mesure pour l'assurance maladie est estimé, par l'étude d'impact annexée au PLFSS, à 1,5 millions d'euros.

¹ Dans les conditions prévues au 4° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique.

B. L'adaptation du cadre des préparations magistrales et hospitalières pour renforcer l'accès des patients aux traitements

Le 1° et le a du 2° du I de l'article 35 du PLFSS pour 2022 modifient, à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, les définitions, respectivement, des préparations magistrales et des préparations hospitalières afin de faciliter leur accès aux patients.

En l'état du droit vigueur, le recours à une préparation magistrale ne peut être envisagé qu'en l'absence de spécialité autorisée¹ dans l'indication considérée. Le 1° du I de l'article 35 du PLFSS pour 2022 complète les hypothèses dans lesquelles le recours à une préparation magistrale pourrait être justifié, afin de tenir compte des situations suivantes :

- l'absence de spécialité pharmaceutique adaptée : une spécialité peut être disponible mais peut se révéler inadaptée pour le traitement d'un patient dans le cadre d'une prise en charge relevant de la médecine personnalisée. C'est notamment le cas en matière de transplantation de microbiote fécal. Bien que les autorisations de spécialités à base de microbiote fécal aient vocation à se multiplier, l'étude d'impact annexée au PLFSS insiste sur la nécessité de conserver aux établissements de santé la possibilité de réaliser et délivrer des préparations magistrales mieux adaptées aux besoins des patients ;

- l'absence de commercialisation effective : bien que théoriquement disponible, une spécialité peut ne pas faire l'objet d'une commercialisation effective, faute de commercialisation par l'entreprise exploitante ou de demande d'inscription au remboursement.

En conséquence, il est prévu que le recours à une préparation magistrale soit possible *« lorsqu'il n'existe pas de spécialité pharmaceutique adaptée ou disponible, y compris du fait de l'absence de commercialisation effective »*.

Les mêmes hypothèses sont retenues par le a du 2° du I de l'article 35 du PLFSS pour 2022 pour le recours aux préparations hospitalières. En l'état du droit en vigueur, celles-ci peuvent être accessibles en l'absence de spécialité pharmaceutique disponible ou adaptée, mais l'hypothèse de l'absence de commercialisation effective n'était pas encore explicitement envisagée.

L'impact financier annuel de la mesure pour l'assurance maladie est estimé, par l'étude d'impact annexée au PLFSS, à 14 millions d'euros.

¹ C'est-à-dire disposant d'une autorisation de mise sur le marché, d'une autorisation ou d'un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation accordée en cas de rupture de stock.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, en première lecture, un amendement rédactionnel du rapporteur général.

III - La position de la commission

La commission se félicite de la transposition en France d'un modèle qui a d'ores et déjà fait ses preuves aux États-Unis pour la production de médicaments essentiels régulièrement exposés à des risques de tension d'approvisionnement. En septembre 2018, a en effet été lancée l'initiative *Civica Rx*, entreprise sans but lucratif, réunissant près de 120 organisations de santé rassemblant près du tiers des hôpitaux américains. Dans le cadre de cette initiative, l'entreprise s'engage à rendre disponibles et à des prix abordables et transparents des spécialités génériques essentielles, notamment par la passation de commandes et de contrats avec de long terme avec des sous-traitants.

Le Gouvernement justifie, dans l'étude d'impact annexée au PLFSS, l'insertion en loi de financement de sécurité sociale de dispositions ayant trait au circuit de production et d'approvisionnement des médicaments par le fait que « *la mesure aura un impact sur les dépenses de l'assurance maladie par le biais du financement par dotation pour mission d'intérêt général qui sera versé aux établissements de santé concernés.* »

Pour autant, l'article 35 du PLFSS ne modifie pas l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale instituant la dotation annuelle de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) des établissements de santé en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). La commission a donc adopté un amendement n° 177 visant à préciser que les Migac auront vocation à financer les activités des établissements en MCO dûment habilités à produire des préparations hospitalières spéciales. Pour mémoire, dans un rapport¹ de 2014 sur la recevabilité financière des amendements et propositions de loi, l'ancien président de la commission des finances du Sénat, M. Philippe Marini, rappelait que l'intention du Gouvernement exprimée dans l'étude d'impact peut servir de base de comparaison afin de valider la recevabilité d'un amendement au titre de l'article 40 de la Constitution.

Par ailleurs, afin d'étendre le champ des sous-traitants susceptibles d'être mobilisés par les établissements pharmaceutiques publics pour la réalisation de préparations hospitalières spéciales, la commission a adopté un amendement n° 176 ouvrant la possibilité à ces établissements de confier la production, en tout ou partie, de ces préparations à des pharmacies d'officine sous-traitantes dûment autorisées par l'ARS.

¹ La recevabilité financière des amendements et des propositions de loi au Sénat, *rapport d'information n° 263 (2013-2014) de M. Philippe Marini, fait au nom de la commission des finances, déposé le 7 janvier 2014.*

En effet, il existe aujourd'hui un réseau de pharmacies d'officine autorisées par le directeur général de l'ARS compétente à exercer une activité de sous-traitance pour l'exécution de préparations au profit d'autres officines. À titre d'exemple, ces pharmacies se sont mobilisées de façon réactive, en 2009, pour la production de solutions buvables de Tamiflu® et, en 2019, pour la production de corticoïdes.

Enfin, la commission a adopté un amendement rédactionnel n° 175.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 36

Accès direct au marché remboursé post avis HAS

Cet article propose de créer un nouveau régime d' « accès direct » permettant la prise en charge à l'issue de l'avis de la Haute Autorité de santé, sans attendre la fixation du prix

Formulant certaines réserves sur la bonne articulation du nouveau dispositif avec l'accès précoce récemment mis en œuvre, la commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. Un dispositif complémentaire de l'accès précoce pour réduire les délais d'accès aux médicaments innovants

1. Une lacune constatée dans le délai d'accès à l'innovation

À l'issue de l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché, un médicament doit, pour être pris en charge par l'assurance maladie, être inscrit sur les listes de remboursements. À l'issue de son évaluation par la Haute Autorité de santé (HAS), le médicament fait l'objet de négociations tarifaires avec le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Si la durée de cette procédure d'accès au marché remboursé après une demande d'inscription ne peut réglementairement excéder 180 jours¹, celle-ci peut fortement varier et excéder largement les délais moyens de 147 jours pour les premières demandes sur la liste en sus et 144 jours pour les premières demandes en ville.

¹ Délai fixé par la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain.

Face à ces délais qui retardent l'accès des patients aux médicaments innovants, **le dispositif d'« accès précoce »** adopté en LFSS pour 2021¹ permet une **prise en charge d'un médicament présumé innovant jusqu'à trois ans avant l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché.**

Cependant, la prise en charge au titre de l'accès précoce n'est ouverte que pour les maladies graves, rares et invalidantes et face à un besoin thérapeutique.

Sur la base des avis rendus par la Commission de la Transparence en 2020, une vingtaine d'indications présentent des évaluations apparaissant compatibles avec cette mesure d'accès direct tout en n'étant pas disponible au travers du système d'accès précoce.

Cette indisponibilité en accès précoce découle essentiellement de non-sollicitation de la part des laboratoires exploitants et n'est, dès lors, pas liée à une inéligibilité de l'indication, plus de la moitié des indications hors accès précoce y étant pourtant éligibles à la vue des critères d'entrée.

Source : Réponse de la direction de la sécurité sociale au questionnaire de la rapporteure

2. La mise en œuvre d'une mesure du plan Innovation 2030

En conclusion du **Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) 2021**, la mesure 4 « Permettre une équité d'accès aux soins pour les patients et offrir aux innovations un cadre d'accès au marché accéléré et simplifié » du plan « Innovation santé 2030 » a prévu au titre de ses déclinaisons **« la mise en place d'un mécanisme d'accès immédiat au marché avec une ASMR 1 à 4 post-avis de la Haute autorité de santé, comparable au système allemand d'accès au marché, avec un test pendant 2 ans ».**

L'évaluation préalable jointe au PLFSS envisage, du fait d'une prise en charge anticipée de six mois à un an des médicaments entrant dans ce dispositif, un surcoût pour l'assurance maladie de l'ordre de l'ordre 100 millions d'euros chaque année.

B. Un nouvel accès dérogatoire à titre expérimental

1. Un nouveau dispositif de prise en charge...

Le présent article entend traduire cette mesure légalement à travers **l'expérimentation d'un nouveau dispositif dérogatoire** et permettre un accès anticipé prioritairement destiné aux médicaments non éligibles à l'accès précoce mais **présentant un service médical rendu important.**

¹ Ce dispositif remplace notamment les dispositifs préexistants d'« autorisation temporaire d'utilisation ». Voir à ce sujet le rapport sur le PLFSS 2021, n° 107, tome II (2020-2021) de M Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général, Mme Corinne Imbert, M. René-Paul Savary, Mmes Élisabeth Doineau, Pascale Gruny et M. Philippe Mouiller, déposé le 4 novembre 2020 et le commentaire de l'article 38 relatif à la réforme des dispositifs d'accès dérogatoire aux médicaments.

Le choix d'une expérimentation

Une expérimentation a été préférée dans la mesure où (1) le **besoin nécessitait d'être validé au regard de la réforme récente de l'accès précoce** et (2) **certains risques ont été identifiés qui nécessitaient de passer par une phase expérimentale**, à savoir

(i) **l'articulation avec l'accès précoce et l'effet contreproductif possible de retarder l'accès aux patients pour des médicaments qui répondent à un besoin non couvert ;**

(ii) **une négociation complexifiée du fait du type de produits** (probablement ASMR IV avec comparateurs) mais d'un accès patients préalable et donc la volonté de tester notamment le système de prise en charge (comme accès précoce mais avec remises plus élevées) et le passage par une décision du comité économique des produits de santé en cas d'absence d'accord au bout des douze mois d'accès direct.

Source : Réponse de la direction de la sécurité sociale au questionnaire de la rapporteure.

Le I du présent article prévoit ainsi « **à titre expérimental** » un dispositif dit d'« **accès direct** » pour des **spécialités pharmaceutiques ne faisant pas l'objet d'une autorisation d'accès précoce**.

Ce dispositif ouvre la possibilité d'une **prise en charge de cette spécialité par l'assurance maladie pour une indication donnée** et sous réserve d'une **autorisation de mise sur le marché** pour cette indication.

Ce dispositif est réservé aux spécialités **ne faisant pas l'objet d'une inscription sur les listes de remboursements de droit commun** (article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et article L. 5123-2 du code de la santé publique pour les établissements hospitaliers) et **n'étant pas pris en charge au titre d'un accès précoce** (article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale) **ou d'un accès compassionnel** (article L. 162-16-5-2 du même code).

Cette prise en charge n'est **ouverte que pour une durée maximale d'un an et est réservée à certains établissements de santé ou établissements disposant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI)**.

2. ... Conditionné à la satisfaction à différents critères

Le II précise l'encadrement de ce nouveau dispositif dérogatoire en prévoyant **cinq conditions à satisfaire** pour le bénéfice de la prise en charge au titre de l'accès direct, celle-ci étant accordée ensuite par **arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale**.

Le 1° du II encadre les **conditions de la demande** de prise en charge au titre de l'accès direct. Celle-ci doit ainsi être formulée **au plus tard un mois à l'issue de l'avis rendu par la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé** sur la demande d'inscription sur une liste de remboursements.

Par ailleurs, ce même 1° borne la durée de l'expérimentation en prévoyant un dépôt de demande **au plus tard deux ans après son début**. Si la date de démarrage de l'expérimentation est renvoyée à un décret, elle devra intervenir **avant le 1er juillet 2022**.

Le 2° précise, dans les cas de médicaments réservés à l'usage hospitalier, la nécessité de **répondre aux critères d'inscription sur la liste en sus pour les indications concernées**. Par ailleurs, une demande d'inscription sur cette même liste doit être conjointement formulée.

Le 3° fixe un critère d'efficacité minimal de la spécialité pour assurer son éligibilité au dispositif, **exigeant un service médical rendu (SMR), apprécié par la HAS, supérieur à un niveau fixé par décret**. Si ce niveau n'est pas précisé dans l'évaluation préalable, le dispositif a vocation à concerner des médicaments avec un **SMR important**.

Le 4° complète ces exigences avec un **niveau minimal d'amélioration du service médical rendu (ASMR)**. L'évaluation préalable indique un niveau envisagé **d'ASMR 1 à 4, soit au moins mineure**.

Enfin, le 5° prévoit un engagement de **l'exploitant chargé de garantir la continuité des traitements initiés pendant la durée de l'accès direct** et, à l'issue de la prise en charge liée, pour une **durée complémentaire d'un an**. Cet engagement de continuité est levé en cas d'arrêt de commercialisation pour une raison sérieuse relative à la sécurité des patients.

En cas de **manquement à cette dernière obligation**, le **B du IX** du présent article prévoit, après mise en demeure, la **possibilité d'une sanction financière prononcée** par les ministres précités. Celle-ci peut s'élever à 30 % du chiffre d'affaires réalisé sur la spécialité durant les deux dernières années. Elle est versée à la caisse nationale d'assurance maladie.

3. Des conditions de prise en charge définies

Aux termes du **IV** de l'article, l'autorisation d'accès direct emporte une série de conséquences :

- **l'interdiction d'inscription de la spécialité sur une liste de remboursements pour une autre indication (4°) ;**

- la dispense d'inscription sur la liste en sus pour les achats hospitaliers (5°) ou le caractère réputé satisfait d'inscription sur la liste des médicaments autorisés à être vendus par une pharmacie à usage intérieur (6°).

Par ailleurs, concernant les conditions directes de prise en charge :

- le **prescripteur indique sur l'ordonnance la mention de prise en charge au titre de l'accès direct** et informe le patient des conditions de prise en charge (7°) ;

- la spécialité est **prise en charge en sus** des prestations d'hospitalisation (8°).

Enfin, les dispositions de droit commun relatives au respect des règles de tarification, au service du contrôle médical ou à l'inscription des indications et les sanctions applicables en cas de non-respect sont applicables (9° et 10°).

C. Une sortie organisée du dispositif

1. Une durée maximale d'un an

Aux termes du V du présent article, **la prise en charge prend fin au titre de chaque indication donnée au plus tard un an après** la date de décision de prise en charge.

Cependant, **la prise en charge peut expirer avant cette date :**

- **en cas d'inscription sur une liste de remboursements** et de publication du prix ou du tarif de responsabilité (1°) ;
- **en cas de demande de l'exploitant** (2°) ;
- **sur décision ministérielle**, en cas de refus d'inscription sur l'une des listes de remboursements ou de retrait de la demande d'inscription sur l'une de ces listes (3°).

2. Deux régimes de prise en charge prévus

À l'issue de la prise en charge au titre de l'accès direct, le A du IX prévoit différents cas de figure :

- dans le cas d'une inscription sur l'une des listes de remboursements, alors la bascule dans le droit commun s'opère et les conditions de dispensation et de prise en charge sont celles de ces listes (1°) ;
- dans le cas d'une non-inscription sur les listes, les dernières conditions de dispensation s'appliquent.

Enfin, par dérogation, les médicaments peuvent être achetés par les hôpitaux sans figurer sur la liste prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et s'ils ne sont pas réservés à l'usage hospitalier, ils sont réputés inscrits sur la liste des médicaments autorisés à être vendus par une pharmacie à usage intérieur.

D. Un système propre de tarification et de remises

1. Une tarification propre

Si le Gouvernement précise que le prix est librement fixé par l'industriel, le III prévoit un nouveau système de « **compensation** » accordée à l'entreprise exploitant la spécialité, qui s'apparente à un tarif.

Le deuxième alinéa du III précise que son **montant est modulé** selon la **catégorie de spécialité**, la nature de celle-ci, la taille de la population cible, l'existence de comparateurs et enfin **le niveau d'ASMR**. Les catégories et les montants par catégories sont fixés par arrêté.

2. Des remises applicables durant l'accès direct

Le IV organise un **système de remises** comparable aux autres remises applicables aux médicaments.

Ainsi, le 1° prévoit une déclaration par l'exploitant au CEPS du montant de l'indemnité maximale facturée aux établissements de santé pour la spécialité et, aux termes du 2°, une communication le 15 février de chaque année au CEPS du chiffre d'affaires de l'année précédente réalisé sur cette spécialité pour chacune des indications, ainsi que du nombre d'unités fournies.

Le 3° prévoit le **versement annuel aux organismes d'assurance maladie de remises**. Celles-ci correspondent à la **différence entre le chiffre d'affaires déclaré et celui qui aurait résulté de la vente des mêmes doses au tarif de « compensation »**, ce pour la période et l'indication concernée. Le même 3° précise les conditions de calcul du chiffre d'affaires retenu.

Le VIII prévoit enfin l'application aux médicaments pris en charge au titre de l'accès direct, au sein de l'article L.162-18, des dispositions **conditionnant le remboursement par l'assurance maladie au versement obligatoire de remises** par les entreprises exploitantes, importatrices ou distributrices.

3. Un nouveau système de remises post accès direct

a) *Un prix net de référence fixé à l'issue de l'accès direct*

Le C du VI détermine les conditions d'application des **conventions relatives aux spécialités ayant bénéficié de l'accès direct** et les conditions de **fixation du prix net de référence** ainsi que l'intégration dans son calcul des remises de droit commun.

b) *Des remises spéciales lors de la bascule dans le droit commun*

À l'issue de l'accès direct et en cas d'inscription sur une liste de remboursements, le VI prévoit un **nouveau mécanisme de remises supplémentaires** prévues au sein de la convention ou de la décision fixant le prix de référence de la **spécialité ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre de l'accès direct** pour une indication.

Le CEPS est ainsi chargé de calculer :

- le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la vente au prix net de référence des unités vendues sur l'ensemble de la période (1° du A) ;

- le chiffre d'affaires facturé aux établissements après déduction de la remise prévue au IV, sur la même période (2° du A).

Aussi, **dans le cas où le chiffre d'affaires résultant de l'application du prix net de référence se trouvait être inférieur au chiffre d'affaires constaté durant la période d'accès direct, l'exploitant se trouverait dans l'obligation de verser une remise supplémentaire correspondant à la différence.**

Une régulation de prix *a posteriori* est ainsi faite dans le cas de la fixation d'un tarif de remboursement inférieur au tarif pratiqué durant la période d'accès direct.

Le **B** du **VI** prévoit le **versement de ces remises complémentaires en une seule fois**, au titre de l'année d'inscription au remboursement.

c) Des remises maintenues au cas de non inscription

Aux termes du **VII** de l'article, les **dispositions relatives aux remises figurant aux A et B du VI demeurent applicables lorsque la prise en charge cesse sans relais par un remboursement** pour l'indication donnée.

Le **CEPS peut alors retenir un prix de référence** selon les critères de droit commun de fixation et de modification des prix.

F. Modalités d'application et d'évaluation

Le **X** prévoit un décret en Conseil d'État chargé de définir les modalités d'application du présent article.

Enfin, l'expérimentation à cet article doit faire l'objet d'une évaluation dans un délai de vingt-et-un mois après son démarrage (**XI**), soit au plus tard en avril 2024, celle-ci étant adressée au Parlement.

Si son contenu doit être précisé par décret, l'évaluation préalable indique que le rapport d'évaluation présentera **les demandes déposées pour bénéficier du dispositif et leurs caractéristiques** (évaluations de la HAS relatives aux comparateurs, à l'amélioration du service médical rendu ainsi que leur population cible, les aires thérapeutiques visées et leur gravité ou rareté le cas échéant), **l'évolution parallèle du nombre de dépôts de demandes d'autorisations d'accès précoce** et leur temporalité, la durée des accès directs, le nombre de patients traités pendant cet accès anticipé, les dépenses engagées au titre de cet accès, le passage ou non dans le remboursement de droit commun, les modalités et les conditions tarifaires de cet éventuel passage dans le droit commun, notamment au regard de spécialités comparables n'ayant pas bénéficié du dispositif.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre une série de modifications rédactionnelles, différentes modifications substantielles ont été adoptées par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement et du rapporteur général de la commission des affaires sociales.

A. Un articulation renforcée avec le dispositif d'accès précoce

À l'initiative du Gouvernement, l'article a été modifié en vue d'aligner le régime expérimental d'accès direct sur le modèle de l'accès précoce et d'en assurer une meilleure articulation.

Ainsi, le champ défini au I a été précisé et sont **désormais éligibles à l'accès direct les spécialités inscrites sur la liste hospitalière pour d'autres indications ou, dans ce même cas, les spécialités faisant l'objet d'une prise en charge au titre de l'accès précoce**. Seuls sont donc exclus les médicaments disponibles en ville, le Gouvernement rappelant que les remises ne sont aujourd'hui pas appelées sur les facturations en ville.

Principale modification, un 1° *bis* nouveau a été introduit au II de l'article qui prévoit que, pour bénéficier du régime d'accès précoce, la spécialité doit satisfaire à une condition supplémentaire. L'exploitant doit ainsi, **sur les indications considérées, avoir au plus tard au moment de sa demande d'AMM, déposé une demande d'autorisation d'accès précoce**. La HAS doit par surcroît s'être prononcée sur cette demande et l'exploitant l'avoir maintenue et, dans le cas d'une décision d'autorisation, ne pas avoir demandé le retrait de cette dernière.

B. Une révision des dispositions relatives aux remises et à la fixation du prix

Par ailleurs, l'amendement gouvernemental a précisé les conditions de déclaration au CEPS de l'indemnité maximale demandée, prévoyant une dispense lorsqu'un prix maximal de vente est déjà défini ou une prise en charge pour une indication est déjà prévue.

Surtout, par le **V bis** créé, le Gouvernement a entendu **préciser qu'à défaut d'un accord conventionnel** entre l'exploitant et le CEPS dans les dix mois après l'ouverture de l'accès direct, le prix de vente au public, le prix de cession, ou le tarif de responsabilité et prix limite de vente aux établissements seraient **fixés par décision du CEPS, et ce avant la fin du douzième mois. Ce délai correspond ainsi à la fin de la durée de prise en charge au titre de l'accès direct**, afin d'assurer la bascule vers le droit commun.

Ont enfin été complétées les dispositions du VI afin de prévoir une **restitution au laboratoire dans le cas d'un prix de remboursement finalement supérieur au prix facturé aux établissements de santé déduit des remises**.

Parallèlement, à l'initiative du rapporteur général, l'Assemblée nationale a prévu :

- la **suppression du mécanisme de compensation** au bénéfice du système de remises, avec l'application aux **remises accordées d'un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires**, sur le modèle des remises applicables dans le cadre de l'accès précoce. L'intention est celle d'un barème cependant plus strict, du fait des alternatives existantes pour ces spécialités ou de leurs évaluations inférieures.

- un **plafonnement du prix d'achat des spécialités dans la période de continuité du traitement** à l'issue de la prise en charge au titre de l'accès direct, à défaut d'une prise en charge de droit commun.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

A. Une intention partagée de soutien à un accès rapide à l'innovation

La rapporteure soutient l'initiative du Gouvernement de conduire une expérimentation d'un nouveau dispositif d'accès anticipé à l'innovation, qui semble **par ailleurs susciter l'intérêt des industriels**.

Cet article, qui traduit une mesure du CSIS 2021, s'inscrit également dans la ligne des travaux de la commission et notamment du rapport sur l'innovation en santé publié en amont des conclusions du CSIS 2021 par les sénatrices Annie Delmont-Koropoulis et Véronique Guillotin. La commission avait alors constaté **l'importance de la question des délais d'accès à l'innovation pour les patients et les retards que pouvait occasionner le processus de fixation des prix** après l'avis de la HAS.

B. Plusieurs réserves et points de vigilance

Si elle partage l'esprit du dispositif, la rapporteure, au cours de ses travaux préparatoires à l'examen du PLFSS, a constaté plusieurs aspects pouvant justifier des ajustements.

Sur le champ du dispositif, la rapporteure a été notamment sensibilisée sur l'enjeu que pouvait représenter, en termes d'attractivité du dispositif, **l'intégration des extensions d'indications**.

- **Concernant l'articulation avec l'accès précoce**, la rapporteure souhaite **que le dispositif d'accès direct n'affaiblisse pas le système d'accès dérogatoire** adopté en LFSS pour 2021. Il s'agit de **préserver le dispositif d'accès précoce et, particulièrement, l'accès précoce pré-AMM**.

À ce titre, elle souscrit aux modifications apportées à l'Assemblée nationale pour **éviter un déport des médicaments éligibles à l'accès précoce**. Particulièrement sensible à ce sujet de préoccupation, la rapporteure souligne que l'accès direct doit bien être conçu et mis en œuvre comme **un complément à l'accès précoce, alors que son champ et les critères d'éligibilité envisagés sont bien plus larges**. Il ne doit pas être plus incitatif que l'accès précoce et engager les laboratoires à attendre l'autorisation de mise sur le marché et, partant, retarder l'accès des patients à l'innovation.

La rapporteure souligne également que l'encadrement de ce nouveau dispositif et les éventuelles demandes supplémentaires nécessiteront des **moyens supplémentaires pour la Haute Autorité de santé**, non précisés pour le moment.

La rapporteure s'interroge en outre, alertée sur ce point par les industriels, **sur la compatibilité du calendrier proposé avec les délais nécessaires** au dépôt des demandes d'autorisation de mise sur le marché et d'autorisation d'accès précoce. Par ailleurs, interpellée sur les délais parfois longs des décisions administratives, la commission a adopté **l'amendement n° 180 visant à prévoir la publication de l'arrêté de prise en charge dans un délai de six semaines au plus.**

Enfin, la rapporteure constate que **tous les médicaments visés par le dispositif d'accès direct n'ont pas vocation à être éligibles à l'accès précoce.** Il conviendrait ainsi de ne prévoir le dépôt de la demande d'accès précoce qu'en cas de correspondance des critères. La commission a ainsi adopté **l'amendement n° 178 limitant le dépôt nécessaire d'une demande d'accès précoce aux spécialités qui y sont éligibles.**

Concernant le mécanisme de remises prévues, la rapporteure a constaté les évolutions opérées à l'Assemblée nationale. Elle souligne son souci, pour que le dispositif soit attractif, d'une bonne **lisibilité des conditions de prise en charge.** À ce titre, si l'application d'un système comparable à l'accès précoce peut sembler pertinente, la rapporteure estime cependant que les deux dispositifs doivent être bien distingués et préserver un avantage au dispositif d'accès précoce, en cela que l'apport des médicaments éligibles à ce dernier a vocation à être supérieur.

- Le Gouvernement a enfin indiqué à votre rapporteure que cet article **pourrait faire l'objet de nouvelles modifications**, à son initiative, lors de son examen en première lecture au Sénat.

Enfin, la commission a adopté les amendements rédactionnels n° 179 et n° 181.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 36 bis (nouveau)

**Rapport visant à présenter l'avancement de la révision
des actes hors nomenclature et de leur financement**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à demander la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement sur l'avancement de la réforme des actes hors nomenclature et leur financement.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé

A. Les actes innovants hors nomenclature

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a mis en place en 2015 le **référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN)**. Les actes innovants de biologie médicale et d'anatomocytopathologie compris dans ce référentiel peuvent ainsi faire l'objet d'une prise en charge précoce avant même leur inscription aux nomenclatures¹.

Ce **dispositif de soutien à l'innovation en santé** est financé par une enveloppe globale dévolue au RIHN. Face à une demande croissante d'inscription au RIHN et une enveloppe budgétaire limitée, le financement des actes connaît de fortes tensions reconnues par le Gouvernement². Celui-ci a annoncé en 2019 l'engagement des travaux par la DGOS, l'assurance maladie et la Haute Autorité de santé pour permettre une inscription à la nomenclature de certains actes de routine de biologie médicale.

Plus récemment, le Gouvernement a lancé le **conseil stratégique des industries de santé 2021 (CSIS)** avec comme objectif de renforcer l'innovation en santé au stade de la recherche, du financement, de l'accès au marché et de l'industrialisation.

B. Le dispositif proposé

Le présent article introduit à l'Assemblée nationale par un amendement de Michel Lauzzana (La République en Marche), sous-amendé par le Gouvernement, prévoit la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi.

¹ La procédure d'inscription aux nomenclatures d'un acte fait l'objet d'une réforme engagée par la LFSS pour 2020 (article 38).

² Réponse du secrétariat d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé publiée dans le JO Sénat du 13/02/2019, page 1091.

Ce rapport présenterait l'avancement de la révision des actes hors nomenclature et de leur financement et examinerait spécifiquement les possibilités de création d'une enveloppe pour assurer la prise en charge des actes de médecine génomique.

II - La position de la commission

La rapporteure regrette que la révision des actes hors nomenclature n'aboutisse pas en dépit des annonces régulières du Gouvernement. Cette révision devrait pourtant être une priorité. La mission d'information de la commission sur l'innovation en santé avait constaté « *les conséquences néfastes [du RIHN] sur la prise en charge des patients, en particulier ceux atteints de cancer en les privant des tests dits "compagnons" essentiels pour préciser le diagnostic et accompagner le développement de la médecine personnalisée en oncologie* ». Elle avait donc recommandé de revoir l'enveloppe RIHN et de redéfinir les cotations de ces actes¹.

Toutefois, quelle que soit l'importance du sujet de l'innovation en santé et suivant sa position habituelle sur les demandes de rapport adressées au Gouvernement, la commission a adopté un amendement n° 183 de sa rapporteure de suppression de l'article.

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 37

Recours aux médicaments biosimilaires

Cet article propose de rétablir les dispositions du code de la santé publique permettant la dispensation par les pharmaciens de médicaments biosimilaires en substitution au produit prescrit.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. Une nouvelle tentative de dispositif relatif à la substitution de biosimilaires

1. Un potentiel d'économies pour l'assurance maladie

Le Gouvernement indique dans l'évaluation préalable de l'article 37 que **les médicaments biologiques concernés par des biosimilaires représentent plus de 2,5 milliards d'euros de dépenses annuelles en 2021-2022.**

¹ Rapport d'information n° 708 (2020-2021) sur l'innovation en santé.

Surtout, les échéances de brevet pourraient **augmenter le panier de soins biosimularisés d'1,3 milliard d'euros à l'horizon 2025.**

Un médicament biologique est une substance produite à partir d'une cellule ou d'un organisme vivant, ou dérivée de ceux-ci. Les vaccins, les anticorps monoclonaux ou les facteurs de croissance sont des exemples de produits biologiques.

La production des médicaments biologiques est complexe car elle s'appuie sur des cellules ou des organismes vivants. En raison de la variabilité biologique de ces sources de production, des différences de fabrication sont inévitables et elles peuvent impacter les propriétés cliniques des produits. Un médicament biosimilaire est similaire à un médicament biologique dit de référence car déjà autorisé en Europe.

Tout médicament biologique dont le brevet est tombé dans le domaine public peut être copié. Cette copie est désignée comme biosimilaire. Les produits biosimilaires ne pouvant être strictement identiques au produit de référence, le principe de substitution, valable pour les médicaments chimiques et les génériques qui sont leurs copies, ne peut donc pas s'appliquer automatiquement.

Source : Agence nationale de sécurité du médicament¹

Le code de la santé publique prévoit deux définitions respectivement des médicaments biologiques et des médicaments biologiques similaires.

Article L. 5121-1 du code de la santé publique

14° Médicament biologique, tout médicament dont la substance active est produite à partir d'une source biologique ou en est extraite et dont la caractérisation et la détermination de la qualité nécessitent une combinaison d'essais physiques, chimiques et biologiques ainsi que la connaissance de son procédé de fabrication et de son contrôle ;

15° a) Sans préjudice des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, médicament biologique similaire, tout médicament biologique de même composition qualitative et quantitative en substance active et de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence mais qui ne remplit pas les conditions prévues au a) du 5° du présent article pour être regardé comme une spécialité générique en raison de différences liées notamment à la variabilité de la matière première ou aux procédés de fabrication et nécessitant que soient produites des données précliniques et cliniques supplémentaires dans des conditions déterminées par voie réglementaire ;

¹ *État des lieux sur les médicaments biosimilaires – rapport de mai 2016, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.*

Un médicament biologique ne peut être qualifié de médicament biologique de référence que si son autorisation a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation ;

b) **Groupe biologique similaire, le regroupement d'un médicament biologique de référence et de ses médicaments biologiques similaires**, tels que définis au a) du présent 15°. Ils sont regroupés au sein de la liste de référence des groupes biologiques similaires établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Alors que **le prix des médicaments biosimilaires est inférieur de 15 à 30 % aux médicaments biologiques de référence**, ils représentent un potentiel non négligeable d'économies pour l'assurance maladie.

Plusieurs mesures incitatives ont déjà été adoptées en vue de favoriser la pénétration des biosimilaires concernant :

- l'incitation à l'utilisation en intra-hospitalier ;
- les prescriptions hospitalières exécutées en ville ;
- l'utilisation dans le domaine ambulatoire.

Le présent article entend compléter ces mesures en rétablissant une possibilité de substitution par les pharmaciens d'officine. L'objectif du Gouvernement est de favoriser la pénétration sur le périmètre des produits de ville, qu'il estime inférieure de 10 points à la cible des 80 %.

Seuls deux biosimilaires devraient au départ être rendus substituables, la somatropine et le pegfilgrastim. Ces deux molécules pourraient seules générer un gain de 6 millions d'euros par an en atteignant la cible des 80 %. L'étude d'impact prévoit des économies progressives, avec un potentiel d'économie nouvelle de 20 millions d'euros indiqué pour 2025.

2. Une possibilité de substitution inscrite en LFSS pour 2014 et abrogée en 2020

La loi de financement de la sécurité sociale avait inscrit au sein de des articles L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 du code de la santé publique une **possibilité de substitution par les pharmaciens pour les médicaments biologiques similaires**. Cette substitution n'était alors **ouverte qu'en première délivrance** ou en vue de pallier une difficulté de poursuite de traitement.

Le décret en Conseil d'État permettant l'application de cet article n'a cependant jamais été pris et le Gouvernement a proposé dans le projet de loi de financement pour 2020 l'abrogation des dispositions relatives à la substitution de biosimilaires¹.

Faute de disposition autorisant la substitution, l'abrogation réalisée en 2020 conduit à un **retour au droit commun**, c'est-à-dire aux règles de l'article L. 5125-3 du code de la santé publique et **l'impossibilité pour le pharmacien d'officine de dispenser un autre médicament que celui qui a été prescrit** sans l'accord exprès et préalable du médecin.

B. Un quasi rétablissement de dispositions abrogées en 2020

1. Un rétablissement des possibilités de substitution par les pharmaciens

Le I rétablit un **article L. 5125-23-2** au sein du code de la santé publique, qui comme le précise le premier alinéa, **déroge aux dispositions de l'article L. 5125-23** relatives à la délivrance des médicaments prescrits en vue de **permettre la délivrance d'un médicament biologique similaire en substitution du médicament biologique prescrit**.

Aux termes du même alinéa, cette substitution doit, pour être permise, satisfaire à différentes conditions nécessaires, dont trois figuraient déjà dans la rédaction de 2014 :

- le biosimilaire doit appartenir au même groupe biologique que le médicament biologique prescrit (1°) ;
- le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution (4°) ;
- les conditions de prise en charge par l'assurance maladie sont respectées (5°).

En outre, la rédaction reprend les dispositions générales relatives aux modalités de délivrance en prévoyant :

- **l'information du prescripteur lors de la substitution et l'inscription sur l'ordonnance** du nom du biosimilaire (alinéa 8) ;
- **la délivrance d'un grand conditionnement** dans le cas d'une prescription d'une durée de trois mois minimum (alinéa 9).

Cependant, là où la rédaction de 2014 prévoyait que « *la substitution est réalisée en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament biologique similaire* », la rédaction proposée au présent article ne précise pas de telles conditions et laisse donc la **possibilité d'une substitution à tout moment durant le traitement**.

Enfin, la rédaction proposée **ne retient pas de décret nécessaire à la précision du dispositif et à son application**.

¹ Article 42 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

2. Un encadrement renforcé des médicaments biologiques substituables

Nouveauté de la rédaction de 2021, le 2° prévoit comme autre **critère nécessaire à la possibilité de substitution l'inscription du médicament sur une liste arrêtée par le ministre de la santé après avis de l'ANSM**. Cette liste peut être assortie de **conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient** à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament.

Par surcroît, le 3° prévoit comme autre critère nécessaire la satisfaction, lorsqu'elles existent, des conditions précitées.

3. Un plafonnement des remboursements au prix du biosimilaire le plus onéreux

Le 1° du II rétablit le **V de l'article L. 162-16** du code de la sécurité sociale, abrogé en LFSS pour 2020, afin de prévoir que la délivrance d'un produit biosimilaire en **substitution ne peut occasionner de dépense supplémentaire que la délivrance du biosimilaire du même groupe le plus cher**. Dans la rédaction de 2014, le plafond retenu était celui du biosimilaire ou du générique le plus onéreux.

Il s'agit ici concrètement, dans le cas de la substitution d'un biosimilaire par le médicament biologique de référence, de plafonner le remboursement au biosimilaire le plus cher.

4. Un rôle et des objectifs fixés pour les pharmaciens

Le 2° du II modifie l'article L 162-16-1 du même code afin d'intégrer au sein de la convention entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les syndicats de pharmaciens la **participation des pharmaciens au développement des médicaments biosimilaires**.

Le 3° du même II modifie enfin l'article L. 162-16-7 dudit code afin de prévoir au sein de l'accord entre l'Uncam et les syndicats de pharmaciens d'officine les **objectifs de délivrance de médicaments biosimilaires** sur le même modèle que les objectifs de délivrance fixés en matière de génériques.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Lors de l'examen du projet de loi de financement, l'Assemblée nationale a adopté, outre une modification rédactionnelle, une série d'amendements sur cet article tendant à :

- **encadrer les possibilités de mention « non substituable »** et ainsi prévoir que l'exclusion de la possibilité de substitution par le prescripteur devait être formulée et justifiée expressément sur l'ordonnance, cette mention devant tenir à la situation du patient ;

- **préciser l'information du patient par le pharmacien d'officine** lorsque celui-ci procède à une substitution ;

- prévoir la **remise d'un rapport (III nouveau) sur les dispositifs médicaux aux caractéristiques techniques et cliniques similaires** pouvant faire l'objet d'une substitution.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

A. Des informations très lacunaires au moment de l'examen du présent texte

Dans les évaluations préalables jointes au PLFSS, le Gouvernement indique proposer ce dispositif eu égard aux positions nouvelles prises par l'Agence nationale de sécurité du médicament. Or, **force est de constater qu'aucun avis nouveau ni rapport dédié n'a été publié par l'ANSM en 2021 et le dernier rapport de référence sur les biosimilaires demeure celui de 2016, antérieur à l'abrogation de l'ancien dispositif...**

Interrogée sur les informations nouvelles à disposition du Gouvernement, d'une part, lui permettant de proposer ce nouveau dispositif, mais aussi des parlementaires, d'autre part, chargés de l'approuver dans ce PLFSS, l'ANSM a répondu à votre rapporteur qu'une **actualisation du rapport de 2016 faisait à cette date l'objet de consultations en cours des parties prenantes** (associations de patients, professionnels de santé, industriels).

Cependant, l'Agence a signalé à votre rapporteure plusieurs éléments sommaires :

- il apparaît à l'ANSM, au regard de l'expérience européenne et des 65 biosimilaires autorisés, **qu'une interchangeabilité¹ est possible en primo-prescription comme en cours de traitement ;**

- **une substitution par le pharmacien serait possible mais, souligne l'agence, très progressive.** Elle ne devrait concerner que des **molécules bien connues et être strictement encadrée.** En revanche, l'agence n'estime **pas envisageable une substitution systématique sur le modèle des génériques.**

Votre rapporteure ne peut que regretter que le Parlement ne dispose pas de l'ensemble des informations attendues de la part du Gouvernement et susceptibles d'éclairer son vote au moment de l'examen du texte en première lecture dans chacune des deux chambres. Le Gouvernement fait preuve ici d'une précipitation préjudiciable à la sincérité du texte.

¹ L'interchangeabilité d'un biosimilaire à un autre médicament biologique intervient au moment de la prescription et est à l'initiative du médecin qui échange sur ce point avec son patient. Elle se distingue de la substitution qui a lieu lors de la délivrance à l'initiative du pharmacien.

B. Un rétablissement bienvenu de possibilités de substitution supprimées en 2020 contre l'avis de la commission¹

Alors que la commission s'était opposée en 2019 à la suppression du dispositif issu de la LFSS pour 2014, **la rapporteure soutient le rétablissement de ces dispositions, dont le potentiel d'économies est bienvenu pour l'assurance maladie.**

La rapporteure souligne cependant, suivant en cela les recommandations de l'ANSM, que **ces possibilités de substitution doivent être suffisamment encadrées et concerner des molécules offrant un recul suffisant.**

Elle s'interroge par ailleurs sur la justification du décalage qui demeure entre le champ des molécules interchangeables et substituables.

La rapporteure émet cependant **des réserves sur les précisions apportées sur l'information tant du prescripteur que du patient** alors que, d'une part, le prescripteur n'est pas nécessairement joignable et que, d'autre part, l'information du patient relève du rôle systématique du pharmacien et ne nécessitait pas d'inscription dans la loi.

Enfin, pour intéressant que soit le sujet des dispositifs médicaux aux caractéristiques techniques et cliniques similaires, la commission est, de manière constante, **opposée aux demandes de rapports au Parlement.**

La commission a ainsi adopté un **amendement n° 186 visant à supprimer la demande de rapport ainsi que deux amendements rédactionnels n° 184 et n° 185.**

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

¹ *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 – Rapport n° 104 (2019-2020) de M. Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Catherine Deroche, MM. Bernard Bonne, Gérard Dériot, René-Paul Savary et Mme Elisabeth Doineau, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 6 novembre 2019, article 29.*

Article 38

Tarification des médicaments et critère industriel

Cet article vise à inscrire dans la loi la possibilité de prise en compte de critères d'implantation des lieux de production afin de fixer le prix des médicaments et dispositifs médicaux.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté tendant à renforcer la sécurité juridique du dispositif.

I - Le dispositif proposé

A. La mise en œuvre d'une recommandation du CSIS 2021

Le présent article traduit l'une des mesures du plan « Innovation santé 2030 » présenté en conclusion du conseil stratégique des industries de santé (CSIS) 2021. Il s'agit ainsi de concrétiser l'engagement de « *renforcer la prise en compte de l'empreinte industrielle dans la fixation du prix du médicament et des investissements sur notre territoire avec un doublement des crédits CSIS médicaments et leur élargissement aux dispositifs médicaux* » et, partant, d'inciter à l'augmentation des capacités de production en vue de l'approvisionnement du marché national.

B. Une possible prise en compte dans les révisions de prix par le comité économique des produits de santé

L'article 38 modifie les articles L. 16216-4 et L. 1652 du code de la sécurité sociale.

Le premier, modifié par le I, précise les modalités de **fixation du prix de vente au public pour les médicaments**. Le second, modifié par le II, porte des dispositions analogues concernant la **fixation du tarif de responsabilité pour les dispositifs médicaux**.

Le I comme le II complètent les dispositions des I des deux articles en vue d'y inscrire que la fixation du tarif concerné « *peut également tenir compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production* ».

Concernant la conformité du dispositif au droit européen, l'évaluation préalable souligne qu'il conviendra de « *justifier, le cas échéant auprès de la Commission européenne, que la mise en œuvre concrète de ce critère ne constituera pas une distorsion de concurrence au regard du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ou une atteinte à la libre circulation au sein du marché intérieur* ».

L'impact financier de la mesure est présenté, au sein de l'évaluation préalable, comme estimé à 15 millions d'euros en 2022 mais des **surcoûts annuels de l'ordre de 30 millions d'euros sont attendus**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

A. Le suivi d'une recommandation renouvelée de différents rapports sénatoriaux

La rapporteure soutient le présent dispositif qui répond à une préoccupation impérative de soutenabilité de la production de produits de santé sur le territoire.

Comme a pu le souligner le Leem auprès de la rapporteure, *« l'intégration de critères industriels dans la détermination du prix du médicament est importante et pertinente dans le cas de spécialités anciennes dont le prix de vente est aujourd'hui si bas que la question de la viabilité de leur production ou leur approvisionnement sur le sol européen est posée »*.

Surtout, la commission souligne qu'il s'inscrit **dans la lignée de recommandations sénatoriales** renouvelées au cours des récents travaux menés sur le secteur du médicament.

La proposition de loi sénatoriale¹ faisant suite en 2019 au rapport de la mission d'information sur la pénurie de médicaments et de vaccins², déposée par le sénateur Jean-Pierre Decool, proposait d'inscrire des critères industriels dans la fixation des prix par le CEPS :

- en prévoyant que la révision à la baisse des prix pouvait se faire sur la base de *« la soutenabilité des capacités de production de l'entreprise exploitant le médicament et leur adéquation à la demande projetée de la spécialité concernée »* ou encore *« la place de la spécialité dans l'arsenal thérapeutique disponible sur le territoire français pour le traitement des indications visées »* ;

- en donnant à l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé la capacité de demander la révision à la hausse du prix de vente pour *« tenir compte du risque d'exposition d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur (...) à des ruptures d'approvisionnement récurrentes et des conditions financières et industrielles de son exploitation »*.

¹ Proposition de loi visant à lutter contre les pénuries de médicaments et de vaccins, n° 463 (2018-2019).

² Rapport d'information de M. Jean-Pierre DECOOL, fait au nom de la MI sur la pénurie de médicaments et de vaccins, n° 737 (2017-2018) - 27 septembre 2018.

Plus récemment, dans leur rapport sur l'innovation en santé¹ publié en amont des conclusions du CSIS 2021, les sénatrices Annie Delmont-Koropoulis et Véronique Guillotin soulignaient également la nécessité de tenir compte, dans les dépenses consenties en matière de médicament, de la **préservation sur le territoire national d'un outil industriel garant d'une meilleure souveraineté sanitaire.**

B. Une base légale s'ajoutant à d'autres dispositifs

L'accord-cadre du 5 mars 2021 entre le Comité économique des produits de santé et les entreprises du médicament (Leem) prévoit, à son article 27, une « prise en compte des investissements réalisés dans l'Union européenne ».

Surtout, **l'article 28 du même accord concerne directement la question de la sécurité en approvisionnement du marché national.** Il prévoit ainsi une possibilité de révision à la hausse du prix au regard des risques sur la production d'une spécialité répondant à un besoin thérapeutique qui ne serait plus couvert.

**Une action coordonnée du CEPS en soutien à la production de médicaments :
l'accord-cadre du 5 mars 2021 entre le CEPS et le Leem**

Le nouvel accord-cadre prévoit les dispositions suivantes dans son chapitre III, « soutien aux investissements et aux exportations » :

Article 27 : une stabilité du prix facial de cinq ans maximum peut être accordée par le comité à un produit en fonction des investissements en lien direct avec ce même produit dans les capacités de production, la R&D ou des solutions numériques, récemment réalisés ou à venir en Union européenne, notamment en France (y compris par l'intermédiaire d'un façonnier).

L'industriel s'engage à fournir au comité les montants détaillés, investis ou prévus, les quantités effectivement produites pendant la durée de stabilité ainsi que toute information sur les soutiens publics dont il a bénéficié du fait de ses investissements.

Article 28 : hausse de prix lorsqu'une entreprise fait état d'un risque important pouvant impacter la production ou la commercialisation pour une de ses spécialités pharmaceutiques répondant à un besoin thérapeutique qui ne serait plus couvert au cas où elle disparaîtrait du marché. Le comité peut, à l'occasion de la demande de hausse de prix d'une entreprise pour un produit qui aurait des concurrents, se saisir pour un motif de santé publique (notamment pour préserver les capacités d'approvisionnement) d'une révision de prix de tout ou partie d'une classe thérapeutique.

¹ Rapport d'information « Refonder l'écosystème de l'innovation en santé », de Mmes Annie Delmont-Koropoulis et Véronique Guillotin, fait au nom de la commission des affaires sociales, n° 708 (2020-2021) - 23 juin 2021.

Le bénéfice des dispositions prévues au présent article s'accompagne d'un engagement de l'entreprise à approvisionner le marché français. À défaut, s'il est démontré que la responsabilité de l'entreprise est en cause dans la rupture d'approvisionnement, le comité peut aligner le prix facial hors taxe du médicament sur le prix net.

Article 29 : possibilité de bénéficier des avoirs sur remises au titre du guichet du CSIS pour les entreprises éligibles qui ont réalisé des investissements, dans l'Union européenne et notamment en France, visant en particulier le développement des produits, l'augmentation, l'optimisation ou la digitalisation des capacités de production.

Article 30 : le CEPS peut décider d'une stabilité du prix facial pouvant aller jusqu'à une durée de deux ans renouvelable une fois pour deux ans au plus, pour les produits dont au moins une étape significative de fabrication [principe actif, produit fini, conditionnement] est située en Union Européenne, notamment en France, avec libération des lots effectuée en France et dont plus de 60 % des volumes sont exportés.

Enfin, comme le souligne la direction de la sécurité sociale, en dehors de l'accord-cadre, « *les crédits CSIS versés annuellement aux laboratoires ayant investi en France viennent en réduction des remises dues par ces entreprises bénéficiaires, aboutissant, in fine, à une hausse des conditions de prix nets des produits exploités par celles-ci* ».

Ainsi, la rapporteure s'interroge sur la portée réelle de la disposition législative proposée, qui n'apparaît pas strictement nécessaire au vu de l'accord-cadre déjà existant, **ne semble a priori pas apporter de capacité supplémentaire d'action pour le CEPS ni de contrainte particulière pour la prise en compte de ces critères.**

Interrogé sur la redondance éventuelle du présent article avec les stipulations de l'accord cadre et notamment les modalités de prises en compte des investissements, le CEPS considère cependant que l'article apporte une **précision sur le champ de l'avantage en ciblant spécifiquement la sécurisation de l'approvisionnement et la localisation** des sites de production.

C. Une formulation qu'il convient de préciser

Si la rédaction du présent article, par son caractère très large, peut sembler très souple, elle n'est pas sans soulever une série de questions.

1. Une mise en œuvre à préciser

La disposition proposée est bien formulée comme une **possibilité de prise en compte** et non comme la nécessité de considérer un critère supplémentaire dans la fixation du prix.

En outre, **la sécurité d'approvisionnement du marché français n'est pas définie et aucun objectif de stock éventuel ou de durée n'est précisé,**

pas plus que **les critères permettant d'apprécier la garantie** que sont censés apporter à ce titre l'implantation des sites de production.

Il apparaît à votre rapporteure que la rédaction retenue cherche à **satisfaire un besoin d'affichage du Gouvernement à la suite du CSIS 2021 tout en ménageant la normativité du dispositif** pour prévenir les recours qui ne manqueront pas d'être faits au nom du respect des réglementations européennes en matière d'aides d'État.

Ainsi, interrogé sur la mise en œuvre de cette nouvelle possibilité, le Comité économique des produits de santé a indiqué qu' « *il faudra répondre, soit dans un texte soit par la pratique du Comité aux questions de définition du périmètre des produits éligibles (caractérisation du besoin de sécurité d'approvisionnement) en primo inscription, d'identification de la maîtrise du risque apportée par l'implantation (que ce soit dans sa localisation ou dans la ou les étapes de la fabrication concernées), de quantification de l'avantage de prix consenti, ou même de suivi de la pérennité de l'implantation et les mesures à prendre en cas de délocalisation* ».

• Ces **critères d'objectivation et cet encadrement** de l'avantage consenti apparaissent en outre de nature à **réduire le risque de contentieux et à assurer le respect du droit européen**.

Cependant, comme le constate le CEPS, définir l'avantage de manière objective alors que **seul résultat observable est en définitive celui de la négociation globale du prix**. Autre élément de complexité alors relevé : *quid* de l'appréciation de ce critère dans ses conséquences *ex post* quand le produit valorisé sert de comparateur et de référence à un second ?

2. Différents aspects relevant de l'implantation à mieux appréhender

Par ailleurs, comme le souligne le Leem, concernant les aspects « localisations », certaines situations peuvent soulever des questions de mise en œuvre de ce critère. Dans le cas par exemple d'une **sous-traitance de la production sur le territoire européen, le premier bénéficiaire d'un prix « bonifié » est cependant l'exploitant** donneur d'ordre ; il n'est alors pas aisé de s'assurer que le fabricant puisse en bénéficier, au moins partiellement. Le Leem propose à ce titre la **possibilité d'un système de convention tripartite entre le CEPS, l'exploitant et le fabricant**.

Enfin, l'approche de la localisation doit aussi intégrer **la possible complexité de la chaîne de production et des différentes implantations au cours de celle-ci**. Sur ce point, le CEPS estime qu'il est possible de **distinguer les différentes étapes de la production**, « *en cohérence avec l'approche de l'accord-cadre dans lequel le Comité a choisi de distinguer les phases de fabrication du principe actif, de fabrication du produit fini et celle du conditionnement* ». Celles-ci pourraient conduire à des avantages de niveaux différents.

Le CEPS souligne notamment le cas des dispositifs médicaux. Ainsi, l'un des enjeux sera la capacité du comité à **s'assurer que la majeure partie de la valeur du produit est bien produite en France ou en Europe**. Si de nombreux « *inputs* » peuvent être nécessaires à la fabrication d'un dispositif médical (acier, mousse, composants électroniques, etc.) : « *il conviendra donc de s'attacher à limiter la dépendance aux fournisseurs internationaux, par exemple en favorisant le "multiple sourcing" ou l'existence de sources d'approvisionnement localisées en Europe, par exemple* ».

3. La question particulière des génériques

La rapporteure constate la difficile prise en compte des **génériques** dans ce dispositif. Si la DSS estime qu'ils sont « *éligibles au même titre que les autres produits de santé* », le CEPS rappelle que leur **tarification est gérée par une disposition spécifique** depuis l'accord cadre de 2015 prévoyant une décote uniforme pour tous les acteurs qui vont être concernés par la substitution officinale puis des baisses de prix prévisibles et uniformes. Ainsi, **il ne pourra subsister de différence**.

Par ailleurs, **concernant les dispositifs médicaux**, la spécificité d'inscription sous **description générique ne permettra pas de valorisation au titre de la localisation**.

2. Un encadrement lacunaire et des garanties imprécises

Les valorisations accordées aux termes de l'accord-cadre sont conditionnées, notamment à des conventions précisant les modalités de suivi de la réalisation des engagements en matière d'investissement et de production.

Aucune modalité de contrôle de l'effectivité de ces critères ni aucun engagement de maintien de ces sécurisations de l'approvisionnement ne sont prévus dans le dispositif ici proposé.

La rapporteure estime nécessaire de prévoir **un encadrement réglementaire des caractéristiques qui devront être appréciées ainsi que des engagements pris et de leur suivi**. Si celui-ci doit ressortir pour partie des pratiques du Comité, il apparaît nécessaire, **pour un dispositif pouvant soulever des contentieux importants, de prévoir un encadrement par décret en Conseil d'État**.

La commission a ainsi adopté à cette fin **l'amendement n° 187**.

D. Une préoccupation industrielle qui doit dépasser la seule garantie d'approvisionnement du marché français

Par ailleurs, la rapporteure souligne que **le soutien à l'implantation de lignes de production sur le territoire national ou européen ne peut passer par une focalisation sur les seuls médicaments en situation de risque de rupture**, comme rappelé dans le rapport¹ précité de la commission, sur l'innovation santé.

En effet, comme l'a encore montré la gestion de l'épidémie de covid-19 depuis 2020, la préservation d'une réelle souveraineté sanitaire requiert la présence sur le **territoire de chaînes de production nombreuses et potentiellement convertibles**. En cela, au-delà même de la question des emplois induits par les industries localisées, il s'agit bien de la présence d'un appareil industriel en capacité d'évoluer.

Aussi, la rapporteure constate que le dispositif du présent article, se bornant à la mention de la sécurisation des approvisionnements, **ne doit pas faire oublier tant des médicaments matures sans tension ou risque de rupture, que pour partie les productions de médicaments génériques**, et ce alors que les productions de ces deux catégories trouvent une grande pertinence, économique, industrielle et sanitaire, à être maintenues également sur le territoire.

De la même façon, la souveraineté industrielle en matière sanitaire ne peut se concevoir sans une localisation forte d'activités de recherche. Ces aspects demeurent renvoyés à l'accord conclu entre le CEPS et le Leem, qui prévoit de telles valorisations.

Aussi, la rapporteure estime que le **critère ici retenu d'implantations de nature à garantir une sécurité d'approvisionnement devra être entendu de manière suffisamment large** pour englober ces différents aspects de souveraineté sanitaire.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

¹ Rapport d'information « Refonder l'écosystème de l'innovation en santé », de Mmes Annie Delmont-Koropoulis et Véronique Guillotin, fait au nom de la commission des affaires sociales, n° 708 (2020-2021) - 23 juin 2021.

Article 38 bis (nouveau)

**Expérimentation de la prise en charge de substituts nicotiques
délivrés par les pharmaciens sans ordonnance**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à autoriser l'expérimentation, pour une durée de deux ans dans trois régions, de la prise en charge par l'assurance maladie de traitements de sevrage tabagique par la dispensation par les pharmaciens d'officine de substituts nicotiques sans ordonnance.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Résultant de l'adoption par l'Assemblée nationale de deux amendements identiques, l'un du Gouvernement, l'autre de M. Jean-Louis Touraine (La République en Marche), l'article 38 *bis* du PLFSS pour 2022 vise à permettre à l'État d'autoriser l'expérimentation, pour une durée de deux ans dans trois régions, de la prise en charge par l'assurance maladie des traitements du sevrage tabagique par des substituts nicotiques qui sont dispensés par les pharmaciens d'officine sans ordonnance (I).

Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation et les territoires concernés seront déterminés par décret. Ce décret devra également préciser les traitements concernés, les honoraires de dispensation du pharmacien définis par la convention nationale¹ entre l'assurance maladie et les organisations représentatives des pharmaciens d'officine ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation (II). Est prévue la possibilité de sélectionner des territoires « contrôles » afin d'évaluer l'impact du dispositif.

Enfin, l'expérimentation devra, à son terme, faire l'objet d'un rapport d'évaluation de l'expérimentation qui devra être transmis au Parlement (III).

II - La position de la commission

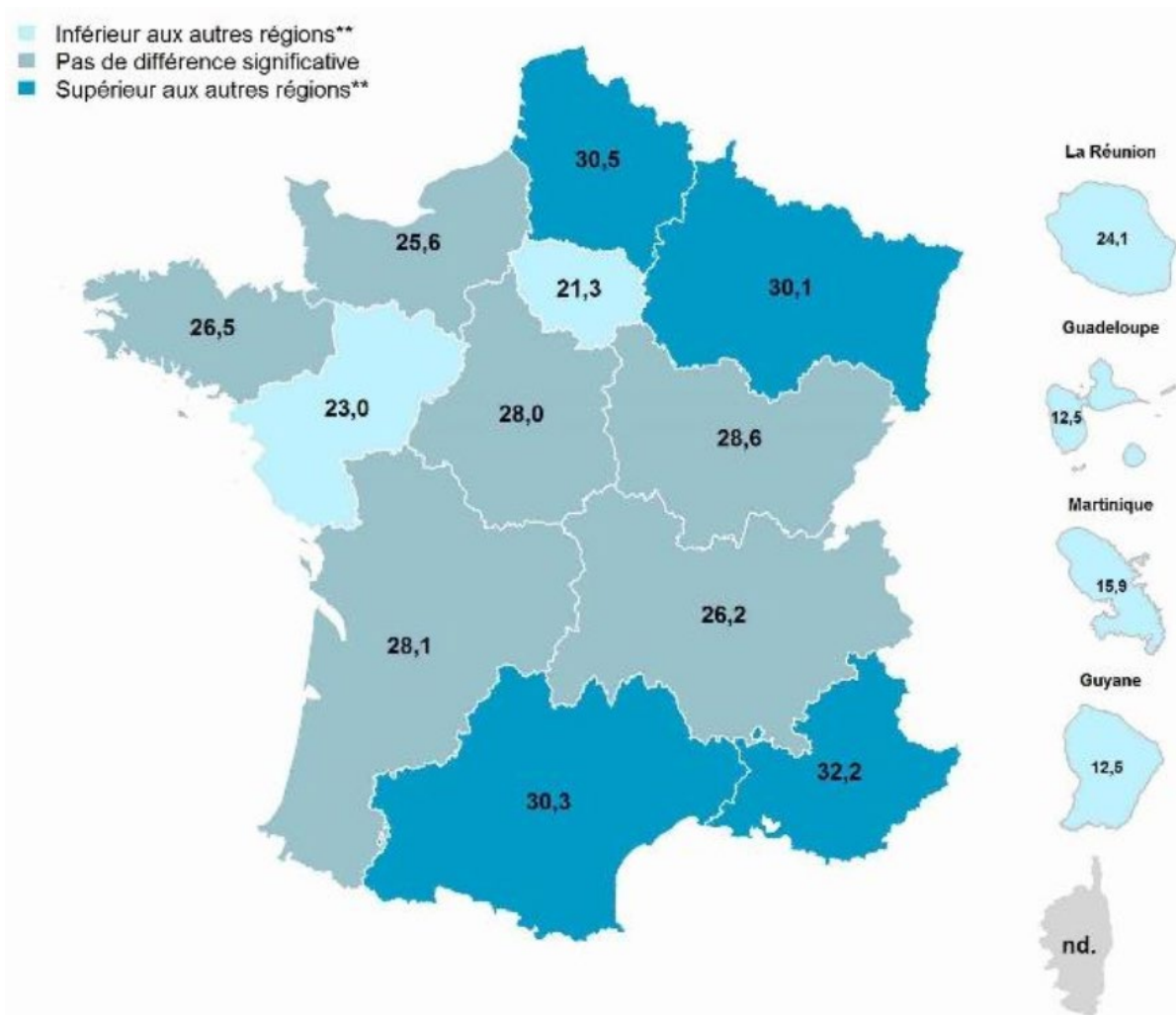
La commission estime indispensable de renforcer la lutte contre le tabagisme en privilégiant, au-delà des hausses de prix du tabac, une approche proactive en matière de sevrage tabagique. En permettant la prise en charge par l'assurance maladie des substituts nicotiques délivrés sans ordonnance en officine, l'expérimentation pourrait, à cet égard, contribuer à diminuer la prévalence du tabagisme dans certaines régions où elle reste supérieure à la moyenne nationale.

¹ Prévues à l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale.

À titre d'exemple, Santé publique France faisait, en 2019, plusieurs constats préoccupants sur la consommation de tabac dans les Hauts-de-France, dont « *une forte prévalence du tabagisme quotidien en Hauts-de-France très liée aux facteurs socio-économiques défavorables de la région* », « *une plus forte consommation de tabac chez les femmes enceintes* » et « *un impact sanitaire global de la consommation du tabac particulièrement fort chez les hommes de la région* »¹.

¹ Santé publique France, bulletin de santé publique Hauts-de-France, janvier 2019.

Prévalences régionales standardisées du tabagisme quotidien chez les adultes de 18 à 75 ans en 2017 (France hexagonale) et en 2014 (outre-mer)



Source : Santé publique France, bulletin de santé publique Hauts-de-France, janvier 2019

Au-delà de la région des Hauts-de-France, la carte de prévalence du tabagisme quotidien publiée par Santé publique France pour 2017 fait apparaître trois autres régions pour lequel cette prévalence est significativement supérieure aux autres régions et au moins supérieure de plus de trois points au taux de prévalence moyen national de 26,9 %. Il s'agit de la Provence-Alpes-Côte d'Azur, de l'Occitanie et du Grand Est. La rapporteure regrette donc que l'expérimentation envisagée par le Gouvernement se limite à trois régions, alors qu'inclure ces quatre régions aurait été plus pertinent en termes de santé publique.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 39

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

Cet article propose de permettre à l'assurance maladie de prononcer des pénalités financières à l'encontre des pharmacies d'officine qui méconnaîtraient leurs obligations en matière de sérialisation des médicaments.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Afin de sécuriser le circuit de distribution des médicaments, la directive 2011/62/UE dite « Médicaments falsifiés »¹ et le règlement délégué 2016/161 de la Commission européenne du 2 octobre 2015² ont institué une obligation de sérialisation des médicaments dispensés par les pharmacies d'officine. Cette obligation se matérialise par la vérification par le pharmacien du numéro d'identification unique de chaque médicament. Encodé dans un code barre appelé « datamatrix », cet identifiant garantit le suivi du médicament tout le long de la chaîne de distribution jusqu'à la dispensation en officine.

Une fois connecté au répertoire national de vérification des médicaments (NMVS)³, lui-même interfacé avec un répertoire communautaire, le pharmacien doit scanner le code « datamatrix » du médicament afin de vérifier son authenticité. Une fois cette authenticité vérifiée, l'identifiant unique est alors désactivé dans la base afin qu'il ne soit pas attribué à une autre boîte.

Pour mémoire, les pharmaciens ont le choix entre deux solutions pour se connecter au répertoire national : l'une passant par le recours à un connecteur du conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP), d'un coût de 44 euros hors taxes ; l'autre passant par une connexion manuelle au répertoire par le téléchargement d'un certificat.

¹ Directive 2011/62/UE du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2011 modifiant la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, en ce qui concerne la prévention de l'introduction dans la chaîne d'approvisionnement légale de médicaments falsifiés

² Règlement délégué (UE) 2016/161 de la Commission du 2 octobre 2015 complétant la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil en fixant les modalités des dispositifs de sécurité figurant sur l'emballage des médicaments à usage humain.

³ « National Medicines Verification System ».

Les modalités de connexion des pharmaciens au répertoire national de vérification des médicaments

- *Première possibilité : la connexion simplifiée et automatisée à France MVS via le connecteur CNOP :*

Cette solution permet de se connecter automatiquement en utilisant l'infrastructure du dossier pharmaceutique (DP), mise en œuvre par l'ordre. Le connecteur permet d'utiliser les certificats des cartes de professionnels de santé (CPS), déjà utilisés par les logiciels métier des officines, et garantit une connexion en mode pseudonymisé pour l'enregistrement des transactions. Il faut pour cela se munir du courrier reçu de France MVO en février et juin 2020, et se rendre sur : <https://fmvo.paynum.fr/> sur lequel sont indiqués les identifiants uniques ; une seule souscription par officine (les pharmaciens titulaires en société ont le même identifiant) est possible.

Cette solution nécessite de souscrire à France MVO une cotisation annuelle de 44 euros hors taxes par pharmacie ; ce coût est clef en mains et pourrait baisser si toutes les officines sont connectées *via* le CNOP. Ce système présente un maximum de sécurité et de facilitation pour tous les acteurs et a été acté par les autorités.

La très grande majorité des pharmaciens, par le biais de leurs syndicats, ont souhaité que la connexion au répertoire national de vérification des médicaments passe par le connecteur DP du CNOP afin d'anonymiser les échanges. La mise en place de ce connecteur a nécessité la préparation d'un contrat quadripartite entre l'ordre et France MVO ainsi que leurs prestataires Docaposte et Arvato. Celui-ci a été signé en décembre 2019.

D'autres États membres, en l'occurrence l'Allemagne et l'Espagne, ont également opté pour une connexion des officines *via* un connecteur développé par leur ordre national des pharmaciens.

- *La connexion manuelle :*

La connexion manuelle, sans recourir au connecteur du CNOP, requiert une procédure de vérification administrative en plusieurs étapes :

- inscription en tant qu'utilisateur final sur France MVO ;
- communication des pièces justificatives demandées ;
- réception du message électronique envoyé par France MVO comportant les identifiants de connexion ;
- téléchargement du certificat ;
- prise de contact avec l'éditeur de logiciel pour finaliser l'installation du certificat ;
- connexion à France MVS en utilisant les identifiants de connexion et le certificat.

Cette procédure n'est pas automatique et se révèle chronophage, le téléchargement de la photographie de la carte CPS nécessite environ une heure. Il faut renouveler le certificat tous les deux ans. Les pharmaciens doivent se rapprocher de leurs éditeurs pour construire une solution adaptée dont le coût peut varier en fonction de l'opérateur (solution personnalisée, achat d'un certificat d'authentification).

Source : Direction générale de la santé

Selon des informations transmises par la direction générale de la santé, au 18 octobre 2021, seulement 1 517 officines étaient connectées au répertoire national de vérification des médicaments, selon France MVO – organisme national de gouvernance de la sérialisation en France –, soit 7 % d’officines connectées sur les 21 300 que compte la France. Dans ces conditions, moins de 5 % des médicaments font l’objet d’une désactivation de leur identifiant unique.

Concernant les contrôles, les directeurs de santé publique et de l’offre de soins des agences régionales de santé (ARS) ont été sensibilisés sur l’enjeu de la sérialisation des médicaments lors de deux réunions au début du mois de juillet 2021. Ces réunions ont été suivies par la publication le 13 juillet d’une instruction¹ qui souligne que « *la France est très en retard au niveau de l’Union européenne dans l’application de ce dispositif* » et leur demande, en conséquence, d’inclure systématiquement le respect des obligations de la sérialisation par les pharmaciens lors des contrôles en officine et d’adresser avant le 6 septembre un courrier de rappel à la réglementation et aux sanctions encourues à tout titulaire d’officine non connectée au répertoire national de vérification des médicaments.

La direction générale de la santé indique, en outre, que le respect des obligations liées à la sérialisation des médicaments devrait être intégré parmi les objectifs nationaux d’inscription-contrôles (ONIC) à partir de 2022. Un nombre limité d’officines pourrait être inspecté, compte tenu du nombre de pharmaciens inspecteurs de santé publique au sein des ARS et leur implication dans la gestion de la crise covid et dans la vaccination contre la covid-19.

Afin de garantir une mise en œuvre plus étendue de la sérialisation dans les officines françaises, le I de l’article 39 du PLFSS pour 2022 insère, dans le code de la sécurité sociale, un nouvel article L. 162-16-3-2 prévoyant la possibilité pour le directeur de l’organisme d’assurance maladie territorialement compétent de prononcer une pénalité financière à l’encontre du pharmacien responsable d’officine qui méconnaîtrait ses obligations en matière de sérialisation pour les médicaments remboursables. Le montant de cette pénalité, qui sera déterminé en fonction de la gravité, de la durée et de l’éventuelle réitération des manquements, ne pourra être inférieur à 350 euros, ni excéder, en cumulé, 10 000 euros par année civile.

Ces pénalités seront recouvrées par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d’allocations familiales (Urssaf) et leur produit affecté à la caisse nationale de l’assurance maladie (CNAM)

¹ *Instruction N° DGS/PP2/2021/151 du 13 juillet 2021 visant à rappeler aux titulaires de pharmacies d’officine leurs obligations prévues par le règlement délégué (UE) 2016/161 de la Commission du 2 octobre 2015 relatif à la sérialisation des médicaments et à en contrôler le respect effectif.*

Le II de l'article 39 du PLFSS pour 2022 prévoit de limiter, pour le premier mois de mise en œuvre de cette disposition, l'ampleur des pénalités qui pourraient être prononcées. La pénalité ne pourra ainsi, jusqu'au 31 janvier 2022, être prononcée qu'en cas d'absence totale de connexion au répertoire national de vérification des médicaments et ne pourra excéder 350 euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre un amendement rédactionnel, l'Assemblée nationale a adopté, en première lecture, un amendement du rapporteur général précisant que, pendant la période transitoire jusqu'au 31 janvier 2022, ce sera le montant cumulé de la pénalité qui ne pourra excéder 350 euros.

III - La position de la commission

La commission est attachée à ce que l'ensemble des officines françaises opèrent en conformité avec les obligations européennes applicables en matière de sérialisation et prennent leur part à l'effort collectif de renforcement de la sécurité du circuit de distribution et de dispensation du médicament.

S'il apparaîtrait, en première lecture, surprenant d'inscrire en LFSS des dispositions relatives à la sécurité du circuit de distribution du médicament, sans incidence directe sur l'équilibre financier des comptes sociaux, l'affectation du produit des pénalités aux recettes des organismes d'assurance maladie justifie, selon l'étude d'impact annexée au PLFSS, leur place en loi de financement de la sécurité sociale. Ces recettes supplémentaires, par nature hypothétiques, sont estimées à 1,4 million d'euros en 2022 et à 350 000 euros en 2023, pour s'éteindre à compter de 2024.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

CHAPITRE IV

RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS ET LES ACTIONS DE PRÉVENTION EN SANTÉ

Article 40

Amélioration de l'accès à la filière visuelle

Cet article propose de permettre aux orthoptistes de réaliser des bilans et dépistages visuels et de prescrire des dispositifs de correction visuelle sans prescription médicale.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté et qui vise à garantir des critères exigeants pour la réalisation par les orthoptistes de ces actes et prescriptions afin de prévenir les risques de perte de chances pour les patients.

I - Le dispositif proposé

Les mesures envisagées par l'article 40 du PLFSS pour 2022 sont principalement justifiées par le Gouvernement, dans l'exposé des motifs, par le fait que « *l'accès aux soins visuels demeure difficile en France, a fortiori dans certaines régions médicalement sous-denses, conduisant à des renoncements aux soins, à des stratégies de contournement, voire à l'absence de dépistage des pathologies.* »

Interrogée par la rapporteure sur les délais moyens des consultations en ophtalmologie, la direction de la sécurité sociale rappelle que cette évaluation reste un exercice délicat sur le plan méthodologique. Elle recense, à cet égard, deux études aux conclusions divergentes :

- une étude commanditée par le syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF) évalue les délais à 26 jours en 2021, en se basant sur les agendas des ophtalmologistes ;

- en 2018, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a réalisé une étude de référence démontrant des délais moyens de 80 jours, alors que les études du SNOF les évaluaient à 68 jours à la même époque.

Une mission de l'inspection générale des affaires sociales de 2019¹ a jugé que des écarts méthodologiques importants entre les études disponibles rendent les comparaisons non pertinentes. La Drees comptabilise le délai effectif du rendez-vous tandis que le SNOF mesure le délai pour un rendez-vous proposé par l'ophtalmologiste sans tenir compte des contraintes du patient, ce qui contribuerait à expliquer les délais plus courts qui ressortent des études du SNOF. La Drees intègre les stratégies d'insistance des patients alors que le SNOF s'arrête au premier refus. Enfin, l'enquête de la Drees ne comprend pas les médecins de plus de 70 ans, soit 400 médecins en moins par rapport à l'étude du SNOF.

Selon des données transmises par la direction de la sécurité sociale, la dynamique démographique des deux professions d'ophtalmologistes et d'orthoptistes est la suivante :

- au 1^{er} janvier 2021, la Drees a recensé 5 826 ophtalmologistes, contre 5 760 ophtalmologistes en 2012, soit une hausse d'environ 1 % sur environ dix ans. La profession des ophtalmologistes connaîtra des départs en retraite importants dans les dix prochaines années au regard de la pyramide des âges. Selon la Drees, dans les dix prochaines années, 57 % des ophtalmologistes actuels auront atteint ou dépassé 65 ans ;

- au 1^{er} janvier 2021, la Drees a recensé 5 863 orthoptistes, contre 3 654 orthoptistes en 2012. Les effectifs des orthoptistes ont progressé de plus de 60 % en dix ans, et de plus de 30 % en cinq ans. Selon la Drees, la part des orthoptistes devrait augmenter de 45 % dans les dix prochaines années : en 2030, il y aurait trois orthoptistes pour deux ophtalmologistes.

La coopération entre les médecins ophtalmologistes et les orthoptistes

De nombreux protocoles existent dans le cadre de la filière visuelle. Parmi les protocoles de ville, on recense notamment :

- le protocole de renouvellement optique, dit « Rottier » :

Expérimenté dans les Pays-de-la-Loire, ce protocole permet la réalisation par l'orthoptiste d'un bilan visuel assez complet. Il comprend en théorie les examens suivants : interrogatoire, recherche des déséquilibres oculomoteurs, détermination de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation, tonométrie sans contact, prises de rétinographies. Les patients pouvant être reçus dans le cadre de ce protocole sont âgés de 6 à 50 ans, connus du cabinet et dont la dernière consultation remonte à moins de cinq ans.

- le protocole de rétinographie non mydriatique, dit « Muraine » :

¹ Jean-Robert Jourdan, Louis-Charles Viossat, Françoise Zantman, Stéphane Elshoud et Carole Burillon, La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations, rapport n° 2019-074R de l'inspection générale des affaires sociales et n° 2019-154 de l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche.

Ce protocole permet la réalisation des mêmes actes que dans le cadre du protocole Rottier, à la différence que l'analyse peut être réalisée par télémedecine. Ce protocole devrait prochainement faire l'objet d'une rénovation permettant d'élargir la cible d'âges, les pathologies pouvant faire l'objet d'une prise en charge... Les patients pouvant être reçus dans le cadre de ce protocole sont des patients âgés de 6 à 50 ans. Les patients ne sont pas obligatoirement connus du cabinet si demeurant dans une zone sous dotée mais la dernière consultation avec un ophtalmologiste ne doit pas dater de plus de cinq ans.

- le protocole de dépistage de la rétinopathie diabétique :

Il permet la prise en charge de rétinographies par les orthoptistes et les infirmiers en délégation de l'ophtalmologiste pour les patients diabétiques non diagnostiqués pour la rétinopathie âgés de 10 à 70 ans.

En parallèle de ces protocoles de coopération, les orthoptistes peuvent conclure avec les ophtalmologistes des protocoles organisationnels. Ces protocoles autorisent la préparation par l'orthoptiste de l'examen médical du médecin ophtalmologiste et le suivi par l'orthoptiste d'un patient dont la pathologie visuelle est déjà diagnostiquée, sans examen ophtalmologique réalisé le même jour. Il est à noter que ces protocoles ne sont pas soumis à autorisation préalable d'une quelconque autorité.

Source : Direction de la sécurité sociale

L'exercice des orthoptistes est aujourd'hui encadré par l'article L. 4342-1 du code de la santé publique. Il comprend la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthoptique et le traitement des altérations de la vision fonctionnelle. L'orthoptiste doit pratiquer son art sur prescription médicale ou, dans le cadre notamment d'un exercice en cabinet d'un médecin ophtalmologiste, sous la responsabilité d'un médecin.

Afin de faciliter l'accès aux soins visuels dans un certain nombre de régions sous-denses en ophtalmologistes, le 1^o de l'article 40 du PLFSS pour 2022 modifie l'article L. 4342-1 du code de la santé publique afin de permettre le recours direct aux orthoptistes, sans prescription médicale et sans être placé sous la responsabilité d'un médecin, pour la réalisation de deux types d'actes :

- la réalisation d'un bilan visuel et la prescription de verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, selon les modalités et les conditions de réalisation fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de l'académie nationale de médecine ;

- la réalisation chez l'enfant du dépistage de l'amblyopie - à savoir la persistance d'un trouble visuel non amélioré par correction optique et entraînant « *un trouble de la maturation du cortex visuel irréversible en l'absence de traitement* »¹ - et des troubles de la réfraction - myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie, anisométrie, aphakie... -, selon des critères d'âge fixés par décret.

¹ Société française de pédiatrie, avec le soutien de la direction générale de la santé, « Dépistage des troubles visuels chez l'enfant », guide pratique, juin 2009.

Afin de tirer les conséquences du 1°, le 2° de l'article 40 du PLFSS pour 2022 procède à des coordinations à l'article L. 4362-10 du code de la santé publique, relatif aux conditions de délivrance de verres correcteurs et renouvellement ou d'adaptation par les opticiens-lunetiers des prescriptions de verres correcteurs et de lentilles de contact.

Le Gouvernement indique que le bilan visuel et la prescription de verres correcteurs réalisés en accès direct par les orthoptistes devraient concerner les patients âgés de 16 à 42 ans présentant une faible correction, afin d'éviter tout risque de perte de chances pour le patient. Selon une étude¹ de l'équipe LEHA de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) à Bordeaux, la myopie sans gravité (0,75 ; - 3) concernerait environ neuf millions de personnes en France². Les patients plus âgés, présentant une correction plus complexe ou certaines pathologies chroniques comme le diabète, seront par conséquent, selon des informations transmises par le Gouvernement, exclus du dispositif car ils ont plus de probabilité de développer des pathologies telles que le glaucome, la dégénérescence maculaire liée à l'âge, la cataracte ou encore la rétinopathie diabétique.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre un amendement de coordination, l'Assemblée nationale a adopté, en première lecture, un amendement du rapporteur général tendant à imposer un bilan visuel par un médecin ophtalmologiste préalablement à tout renouvellement ou adaptation par un orthoptiste d'une prescription qui aurait été initialement délivrée par un ophtalmologiste ou un orthoptiste, dans des conditions fixées par décret.

En outre, il est prévu que les opticiens-lunetiers ne pourront adapter ou renouveler les prescriptions initiales de verres correcteurs et de lentilles de contact oculaire par des orthoptistes qu'à la condition qu'un bilan visuel ait été préalablement réalisé par un médecin ophtalmologiste, dans des conditions fixées par décret.

¹ *Commandée par l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche.*

² *Jean-Robert Jourdan, Louis-Charles Viossat, Françoise Zantman, Stéphane Elshoud et Carole Burillon, La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations, rapport n° 2019-074R de l'inspection générale des affaires sociales et n° 2019-154 de l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche.*

III - La position de la commission

Les dispositions de l'article 40 du PLFSS pour 2022 se limitent à modifier les conditions d'exercice d'une profession de santé. Leur incidence directe sur l'équilibre financier des comptes sociaux est discutable, quand bien même l'étude d'impact annexée au PLFSS met en avant un coût combiné des mesures d'un peu moins de 30 millions d'euros en 2025.

En réalité, bien que la mise en place d'un accès direct aux orthoptistes soit censée permettre la prise en charge d'un nombre potentiellement plus important de patients, les actes et produits de santé concernés sont d'ores et déjà accessibles dans le cadre de consultations d'ophtalmologistes prises en charge par l'assurance maladie. Dans ces conditions, la commission s'interroge sur la recevabilité des dispositions de l'article 40 dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Néanmoins, l'article 40 du PLFSS pour 2022, dans sa rédaction issue de l'examen par l'Assemblée nationale, offre des garanties bienvenues d'intervention d'un médecin ophtalmologiste dans le cadre d'un parcours de santé visuelle ayant mobilisé des orthoptistes en première intention. La rapporteure se félicite ainsi de l'introduction par les députés en première lecture de l'exigence d'un bilan visuel préalable réalisé par un ophtalmologiste en cas de renouvellement par un orthoptiste de primo-prescriptions de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire - que cette prescription initiale ait été délivrée par un ophtalmologiste ou par un orthoptiste.

Il convient néanmoins de garantir des critères exigeants pour la réalisation, par les orthoptistes, de bilans visuels chez un certain nombre de patients âgés ou de dépistages chez des enfants, afin de prévenir les risques de perte de chances pour ceux d'entre eux qui sont susceptibles de présenter une pathologie qui ne serait pas détectée lors de ces actes. En conséquence, la commission a adopté un amendement n° 188 prévoyant que la réalisation de bilans visuels sera soumise à des critères d'âge des patients. Il est également prévu que seront pris après avis du conseil national professionnel d'ophtalmologie - qui regroupe les sociétés savantes et les organismes professionnels spécialisés en ophtalmologie¹ - les textes d'application suivants :

- le décret en Conseil d'État fixant les conditions de réalisation par les orthoptistes des bilans visuels et de prescription de dispositifs correcteurs. Il est, en outre, précisé par l'amendement que ce décret fixera non seulement les modalités et conditions de réalisation de ces bilans mais également des critères d'âge des patients concernés ;

- le décret définissant les conditions de renouvellement par un orthoptiste de primo-prescriptions de dispositifs correcteurs ;

¹ En application de l'article L. 4021-3 du code de la santé publique

- le décret définissant les conditions de réalisation par les orthoptistes des dépistages de l'amblyopie et des troubles de la réfraction chez l'enfant. L'amendement précise également que le décret n'encadrera pas seulement les critères d'âge des enfants concernés, mais également les conditions de réalisation des dépistages.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 41

Modalités de prescription des masseurs-kinésithérapeutes

Cet article propose de renvoyer à la négociation conventionnelle entre l'assurance maladie et les représentants des masseurs-kinésithérapeutes la définition des conditions de prise en charge des renouvellements par les masseurs-kinésithérapeutes de prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

La loi « Santé » du 26 janvier 2016¹ a ouvert la possibilité aux masseurs-kinésithérapeutes d'adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret. Toutefois, ce décret, qui devait garantir la pertinence des soins prescrits dans le cadre de ces renouvellements, n'est jamais paru, si bien que les masseurs-kinésithérapeutes n'ont jamais été en capacité d'exercer cette faculté. La loi du 16 avril 2021², dite « loi Rist », a finalement supprimé, à l'initiative du Sénat, la référence à un décret d'application.

Néanmoins, plus de cinq ans après sa reconnaissance dans la loi, cette compétence ne peut toujours pas être mise en œuvre par les masseurs-kinésithérapeutes, faute de définition des conditions de prise en charge des actes prescrits dans le cadre de ces renouvellements.

¹ Article 123 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² Article 12 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

En conséquence, l'article 41 du PLFSS pour 2022 modifie l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale afin d'intégrer dans le champ de la négociation conventionnelle entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé la définition, pour les masseurs-kinésithérapeutes, des conditions de prise en charge des actes qui résultent des renouvellements de primo-prescriptions médicales d'actes de masso-kinésithérapie.

II - La position de la commission

La commission regrette que plus de cinq ans aient été perdus dans l'amélioration de l'accès des patients aux soins de masso-kinésithérapie, en raison de l'inertie administrative pour définir les situations dans lesquelles les renouvellements de primo-prescriptions par les masseurs-kinésithérapeutes auraient été pertinents. Elle invite, par conséquent, le Gouvernement à saisir sans délai la Haute Autorité de santé (HAS) afin que celle-ci puisse définir en amont les critères attestant de la pertinence de tels renouvellements. L'avis de la HAS pourra ainsi servir de base aux négociations futures entre l'assurance maladie et les représentants des masseurs-kinésithérapeutes et facilitera une mise en œuvre rapide de cette compétence.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 41 bis (nouveau) **Régulation des centres de santé**

Cet article propose de renforcer l'encadrement des activités des centres de santé ayant une activité dentaire ou ophtalmologique.

Dès lors que cet article a trait à l'organisation des soins et aux autorisations d'activité et n'a donc pas d'incidence directe sur l'équilibre financier des comptes sociaux, la commission vous demande de le supprimer.

I - Le dispositif proposé

Cinq ans après l'affaire des centres de santé dentaire à bas coût de l'association Dentexia, la problématique de la qualité et de la sécurité des soins des patients accueillis dans des centres de santé spécialisés en soins dentaires ou ophtalmologiques est redevenue prégnante avec la fermeture par l'agence régionale de santé (ARS) de Bourgogne-France-Comté, au début du mois d'octobre 2021, de deux centres de santé dentaire du réseau Proxidentaire.

Afin de répondre aux dérives constatées dans le fonctionnement de certains centres de santé dentaire ou ophtalmologique, l'article 41 *bis* du PLFSS pour 2022, inséré en première lecture à l'Assemblée nationale par un amendement de la présidente de la commission des affaires sociales, Mme Fadila Khattabi, prévoit quatre grandes mesures.

• *L'institution de chirurgiens-dentistes et d'ophtalmologistes référents « qualité et sécurité » :*

Le 1° de l'article 41 *bis* du PLFSS pour 2022 modifie l'article L. 6323-1-5 du code de la santé publique afin d'instituer la fonction de chirurgien-dentiste responsable de la qualité et de la sécurité des soins dentaires et des actes professionnels au sein d'un centre de santé ou de l'une de ses antennes assurant une activité dentaire. Une fonction équivalente de médecin ophtalmologiste responsable de la qualité et de la sécurité des soins ophtalmologiques est créée pour les centres de santé ayant une activité ophtalmologique.

Ces référents « qualité et sécurité », nommés par le gestionnaire du centre, sont chargés, lorsqu'ils estiment que les décisions prises par le gestionnaire sont de nature à porter atteinte à la santé des patients et à la santé publique, d'en informer sans délai le directeur général de l'ARS, à qui il reviendra de prendre les mesures appropriées.

• *La création d'un circuit de contrôle des qualifications des chirurgiens-dentistes et des ophtalmologistes exerçant en centre de santé :*

L'article L. 6323-1-10 du code de la santé publique est modifié afin d'instaurer une obligation, pour le gestionnaire du centre de santé, d'intégrer dans le projet de santé du centre – qui doit être transmis au directeur général de l'ARS en application de l'article L. 6323-1-11 du même code – la copie des diplômes et, le cas échéant, des contrats de travail des chirurgiens-dentistes exerçant au sein du centre de santé ayant une activité dentaire. Cette obligation vaut également s'agissant des médecins ophtalmologistes exerçant au sein du centre de santé ayant une activité ophtalmologique (2° de l'article 41 *bis* du PLFSS pour 2022).

En complément, il est précisé, à l'article L. 6323-1-11 du code de la santé publique, que le directeur général de l'ARS doit transmettre, pour les centres de santé ou leurs antennes ayant une activité dentaire ou ophtalmologique, la copie des diplômes et contrats de travail des médecins concernés au conseil départemental de l'ordre dont ils relèvent (3° de l'article 41 *bis* du PLFSS pour 2022). Il revient alors au conseil départemental de l'ordre de rendre un avis motivé dans un délai de deux mois. Pour autant, le contenu de cet avis n'est pas précisé : il peut être supposé que le conseil départemental de l'ordre est appelé à se prononcer sur la validité des qualifications du médecin et sur l'adéquation des fonctions qui lui sont confiées.

• *L'établissement d'une procédure d'agrément par l'ARS des centres de santé pour l'exercice d'activités dentaires ou ophtalmologiques :*

Le **c du 3°** de l'article 41 *bis* du PLFSS pour 2022 modifie l'article L. 6323-1-11 du code de la santé publique afin de soumettre les centres de santé ou leurs antennes ayant une activité dentaire ou ophtalmologique à un agrément pour ces seules activités. Cet agrément doit être délivré par le directeur général de l'ARS compétente.

• *L'attribution à l'ARS du pouvoir de refuser l'ouverture d'un nouveau centre ou d'une nouvelle antenne lorsque le gestionnaire fait déjà l'objet d'une sanction administrative pour l'un de ses établissements :*

Le **4°** de l'article 41 *bis* du PLFSS pour 2022 complète l'article L. 6323-1-12 du code de la santé publique par des dispositions autorisant le directeur général de l'ARS à refuser de délivrer le récépissé de l'engagement de conformité¹ relatif à l'ouverture d'un nouveau centre de santé ou d'une antenne lorsque ce récépissé est demandé par un organisme gestionnaire dont un centre ou une antenne a fait l'objet d'une suspension, totale ou partielle, de l'activité ou d'une fermeture. Selon l'exposé des motifs de l'amendement, cette mesure vise à empêcher un gestionnaire de contourner des sanctions qui lui ont déjà été infligées en ouvrant de nouvelles structures.

II - La position de la commission : supprimer des dispositions étrangères au champ des lois de financement de la sécurité sociale

Bien qu'elle partage pleinement l'objectif de contrôle renforcé des activités des centres de santé proposant des soins dentaires ou ophtalmologiques, la commission constate que les dispositions de l'article 41 *bis* du PLFSS pour 2022 ne concernent que l'encadrement des activités de tels centres. Elles n'ont donc pas d'incidence sur l'équilibre financier des comptes sociaux.

Dans la mesure où ses dispositions sont étrangères au champ des lois de financement de la sécurité sociale défini par l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la commission a adopté un amendement n° 189 tendant à supprimer l'article 41 *bis* du PLFSS pour 2022.

La commission vous demande de supprimer cet article.

¹ Aux dispositions législatives et réglementaires relatives aux centres de santé.

Article 41 ter (nouveau)
**Moyens de sanction à l'encontre de gestionnaires
de centres de santé**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à mettre fin au conventionnement d'office des centres de santé et à renforcer les moyens de sanction à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé lorsque sont constatées, au sein des centres de santé, des pratiques non-conformes à la réglementation.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

Dans son rapport sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2022¹, l'assurance maladie consacre un développement à la lutte contre les détournements du modèle des centres de santé. Elle formule, à ce titre, plusieurs propositions « *permettant de véritablement contrôler l'installation et le conventionnement des centres de santé, et permettant la mise en œuvre le cas échéant de sanctions conventionnelles financièrement dissuasives.* » Ces propositions sont reprises par l'article 41 *ter* du PLFSS pour 2022, qui résulte de l'adoption d'un amendement de la présidente et du rapporteur général de la commission des affaires sociales, sous-amendé par un amendement du Gouvernement.

• La possibilité pour le directeur général de l'ARS de prononcer des pénalités financières à l'encontre de gestionnaires de centres de santé aux pratiques non-conformes à la réglementation :

À l'heure actuelle, en cas de manquement à la réglementation dans le fonctionnement et la gestion d'un centre de santé ou en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) ne peut, en application de l'article L. 6323-1-12 du code de la santé publique, prononcer que la suspension, partielle ou totale, du centre ou sa fermeture.

Le I de l'article 41 *ter* du PLFSS pour 2022 complète cet arsenal de sanctions par la possibilité pour le directeur général de l'ARS de prononcer à l'encontre du gestionnaire d'un centre de santé une amende administrative, en parallèle d'une injonction, lorsqu'un manquement à l'engagement de conformité – par lequel le gestionnaire atteste de la régularité des activités du centre vis-à-vis des dispositions législatives et réglementaires – est constaté et en l'absence de réponse dans le délai fixé par l'injonction ou si cette réponse est insuffisante.

¹ Assurance maladie, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'assurance maladie pour 2022, rapport sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2022, juillet 2021.

D'un montant maximal de 150 000 euros, cette amende pourra, le cas échéant, être assortie d'une astreinte journalière, qui ne peut excéder 1 000 euros par jour, dans l'hypothèse où le gestionnaire ne se serait pas conformé, à l'issue du délai fixé par une mise en demeure, aux prescriptions qui lui ont été adressées par le directeur général de l'ARS.

Le produit de ces sanctions financières sera affecté à la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). Le directeur général de l'ARS aura la faculté de décider de publier les décisions de sanction financière sur le site Internet de l'ARS.

• ***Le rétablissement d'un conventionnement explicite des centres de santé :***

Aux termes de l'article L. 162-32-2 du code de la sécurité sociale, l'accord national – qui définit les rapports entre l'assurance maladie et les centres de santé¹ – « *sont applicables aux centres de santé tant qu'ils n'ont pas fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils ne souhaitent pas être régis par ces dispositions.* » Afin de rendre le conventionnement des centres de santé avec l'assurance maladie désormais explicite, le **3° du II** de l'article 41 *ter* du PLFSS pour 2022 supprime ces dispositions.

Le **III** de l'article 41 *ter* prévoit qu'à compter de sa date d'entrée en vigueur, les centres de santé qui n'adhèrent pas à l'accord national disposent d'un délai de trois mois pour se faire connaître à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de leur ressort territorial, et y adhérer.

• ***Le conditionnement du versement de la subvention « Teulade » au conventionnement du centre de santé :***

En vigueur depuis 1993², la subvention dite « Teulade » – du nom du ministre des affaires sociales et de l'intégration de l'époque, M. René Teulade –, versée par les CPAM aux centres de santé, vise à rembourser à l'employeur 11,5 % de la rémunération brute des praticiens et auxiliaires médicaux salariés du centre de santé. Le **1° du II** de l'article 41 *ter* du PLFSS pour 2022 modifie l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale afin de conditionner le bénéfice de cette aide au conventionnement avec l'assurance maladie.

¹ En application de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, il est conclu pour une durée de cinq ans au plus entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives des centres de soins infirmiers et les organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents.

² Instituée par le décret n° 92-1304 du 14 décembre 1992 relatif au montant de la subvention versée par les caisses primaires d'assurance maladie aux centres de santé.

• *Le renforcement de la régulation tarifaire applicable aux centres de santé :*

Le **2° du II** de l'article 41 *ter* modifie l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale afin de prévoir la transposition automatique, dans certains cas, dans l'accord national entre l'assurance maladie et les centres de santé des modes de rémunération des professionnels définis par les conventions applicables aux médecins, aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes, aux auxiliaires-médicaux et aux directeurs de laboratoires, au plus tard six mois après la conclusion ou la modification de ces conventions.

Le **5° du II** de l'article 41 *ter* insère, dans le code de la sécurité sociale, un nouvel article L. 162-32-4 prévoyant d'appliquer aux centres de santé qui n'adhèrent pas à la convention, pour le remboursement des honoraires, rémunérations et frais accessoires, les tarifs d'autorité fixés par arrêté interministériel pour les professionnels concernés. Cette disposition est analogue à l'application des tarifs d'autorité aux professionnels libéraux qui exercent en dehors du système conventionnel.

• *La possibilité d'un déconventionnement d'urgence d'un centre de santé qui violerait ses engagements conventionnels :*

Le **4° du II** de l'article 41 *ter* modifie l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale afin d'étendre aux centres de santé adhérant à l'accord national la procédure de déconventionnement d'urgence prévue par l'article L. 162-15-1 du même code. En l'état du droit vigueur, cette procédure n'est applicable qu'aux professionnels de santé libéraux en cas de violation de leurs engagements conventionnels.

II - La position de la commission

La commission se félicite de la traduction rapide en loi de financement de la sécurité sociale des propositions formulées en juillet dernier par l'assurance maladie dans la lutte contre les détournements du modèle des centres de santé.

Outre un amendement rédactionnel n° 190, elle a adopté un amendement n° 192 de clarification rédactionnelle afin de préciser que le conventionnement des centres de santé repose bien sur leur adhésion à l'accord national conclu entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les organisations représentatives des centres de santé.

Enfin, la commission a souhaité renforcer, par l'adoption d'un amendement n° 191, la portée réputationnelle des sanctions financières susceptibles d'être prononcées par le directeur général de l'ARS à l'encontre des gestionnaires de centres de santé ne respectant pas la réglementation. Elle propose ainsi de donner au directeur général la possibilité de mettre le gestionnaire en demeure de publier les décisions de sanction financière le concernant sur le site Internet du centre de santé en cause, lorsque ce site existe.

Il pourra également exiger que ces décisions figurent dans les informations concernant le centre mises à la disposition du public par les plateformes de prise de rendez-vous médicaux. En effet, outre une meilleure transparence à l'égard des assurés, cette publication devrait exercer un effet plus dissuasif qu'une mise en ligne sur le site de l'ARS.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 41 quater (nouveau)

**Certification obligatoire pour les prestataires de service
et distributeurs de matériel**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, décale d'un an la date butoir de finalisation par la Haute Autorité de santé du référentiel de bonnes pratiques professionnelles des prestataires de service et distributeurs de matériel, ainsi que la date d'entrée en vigueur de la certification obligatoire applicable à ces professionnels.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

L'article 41 *quater* du PLFSS pour 2022 résulte de l'adoption de trois amendements identiques déposés par le Gouvernement, Mme Valérie Six (UDI et Indépendants) et Mme Agnès Firmin Le Bodo (Agir ensemble).

Il modifie le II de l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, qui a introduit une obligation de certification des prestataires de services et distributeurs de matériel (PSDM) conditionnant le remboursement de leurs prestations par l'assurance maladie, afin de repousser d'un an :

- la date de finalisation par la Haute Autorité de santé du référentiel de bonnes pratiques professionnelles, qui est fixée au 31 décembre 2022, au lieu du 31 décembre 2021 ;

- la date d'entrée en vigueur de la certification obligatoire applicable aux PSDM pour adhérer à l'accord entre l'assurance maladie et les représentants des PSDM déterminant les modalités de remboursement des produits et prestations délivrés par ces professionnels. Cette date est ainsi fixée au 1^{er} juillet 2024, au lieu du 1^{er} juillet 2023.

II - La position de la commission

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 41 quinquies (nouveau)

Expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la possibilité pour l'État d'autoriser à titre expérimental, dans le cadre des structures d'exercice coordonné, les masseurs-kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans et dans six départements.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

L'article 41 *quinquies* résulte de l'adoption, en première lecture à l'Assemblée nationale, de trois amendements identiques déposés par le rapporteur général, Mme Stéphanie Rist (La République en marche) et M. Philippe Vigier (Modem).

Son I vise à permettre à l'État, à titre expérimental et dans le cadre des structures d'exercice coordonné¹, d'autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans et dans six départements. Il est prévu qu'un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés soient transmis par le masseur-kinésithérapeute au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

Son II renvoie à un décret la définition des modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, la détermination des départements concernés et les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

II - La position de la commission

Des dispositions tendant à expérimenter un accès direct des assurés aux masseurs-kinésithérapeutes ont trait aux compétences des professionnels de santé. Outre l'absence de caractère permanent d'une telle mesure, il est délicat d'établir avec certitude son incidence directe sur l'équilibre financier des comptes sociaux. L'article 41 *quinquies* présente donc le risque de s'écarter du champ des lois de financement de la sécurité sociale défini par l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale et d'être, à ce titre, regardé comme un cavalier social.

¹ À savoir les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé, les centres de santé et les maisons de santé.

Néanmoins, dans le souci de garantir la qualité et la pertinence des soins dans le cadre de cet accès direct des assurés aux masseurs-kinésithérapeutes, la commission a adopté un amendement n° 193 prévoyant que le décret fixant les modalités de l'expérimentation devra être pris en Conseil d'État après avis de la Haute Autorité de santé et de l'académie nationale de médecine. Il est en outre rappelé que le masseur-kinésithérapeute a accès au dossier médical partagé sous réserve du consentement du patient à l'accès du professionnel à son DMP, dans le respect des conditions prévues au III de l'article L.1111-17 du code de la santé publique. Enfin, comme il est d'usage pour toutes les expérimentations, il est rappelé qu'un rapport d'évaluation devra être transmis au Parlement avant d'envisager une éventuelle généralisation.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 41 sexies (nouveau)

Expérimentation de l'accès direct aux orthophonistes

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la possibilité pour l'État d'autoriser à titre expérimental, dans le cadre des structures d'exercice coordonné, les orthophonistes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans et dans six départements.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

L'article 41 *sexies* résulte de l'adoption, en première lecture à l'Assemblée nationale, de trois amendements identiques déposés par le rapporteur général, Mme Stéphanie Rist (La République en marche) et M. Philippe Vigier (Modem).

Son I vise à permettre à l'État, à titre expérimental et dans le cadre des structures d'exercice coordonné¹, d'autoriser les orthophonistes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans et dans six départements. Il est prévu qu'un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés soient transmis par l'orthophoniste au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

¹ À savoir les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé, les centres de santé et les maisons de santé.

Son **II** renvoie à un décret la définition des modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, la détermination des départements concernés et les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

II - La position de la commission

Des dispositions tendant à expérimenter un accès direct des assurés aux orthophonistes ont trait aux compétences des professionnels de santé. Outre l'absence de caractère permanent d'une telle mesure, il est délicat d'établir avec certitude son incidence directe sur l'équilibre financier des comptes sociaux. L'article 41 *sexies* présente donc le risque de s'écarter du champ des lois de financement de la sécurité sociale défini par l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale et d'être, à ce titre, regardé comme un cavalier social.

Néanmoins, dans le souci de garantir la qualité et la pertinence des soins dans le cadre de cet accès direct des assurés aux orthophonistes, la commission a adopté un amendement n° 194 prévoyant que le décret fixant les modalités de l'expérimentation devra être pris en Conseil d'État après avis de la Haute Autorité de santé et de l'académie nationale de médecine. Il est en outre rappelé que l'orthophoniste a accès au dossier médical partagé sous réserve du consentement du patient à l'accès du professionnel à son DMP, dans le respect des conditions prévues au III de l'article L. 1111-17 du code de la santé publique. Enfin, comme il est d'usage pour toutes les expérimentations, il est rappelé qu'un rapport d'évaluation devra être transmis au Parlement avant d'envisager une éventuelle généralisation.

Selon la rapporteure, l'expérimentation d'un accès direct aux orthophonistes reste problématique pour la cohérence des parcours de soins coordonnés. À la différence de l'accès à l'ophtalmologiste qui peut être consulté par un patient pour certains soins sans que celui-ci soit adressé par son médecin traitant, l'accès aux otorhinolaryngologistes (ORL) dans le cadre du parcours de soins coordonnés est conditionné à une orientation du patient par son médecin traitant. À cet égard, l'accès direct aux orthophonistes, dont l'expérimentation est envisagée par l'article 41 *sexies*, introduirait une différence de traitement entre l'accès aux ORL, qui reste soumis à un adressage par le médecin traitant, et l'accès aux orthophonistes, différence qui reste difficilement justifiable en termes de coordination du parcours de soins.

En dépit de ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 41 septies (nouveau)

**Mise à disposition de l'accès gratuit au
« guide du bon usage des examens d'imagerie médicale »**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à expérimenter dans six départements le financement par le fonds d'intervention régional de la mise à disposition de l'accès gratuit au guide du bon usage des examens d'imagerie médicale

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé : l'autorisation du financement par le fonds d'intervention régional d'une mise à disposition de l'accès gratuit au « guide du bon usage des examens d'imagerie médicale »

Le guide du bon usage des examens d'imagerie médicale est un référentiel de bonnes pratiques à l'usage de tous les médecins qui sont amenés à demander ou à réaliser des examens d'imagerie médicale pour la prise en charge de leurs patients. Publié en 2005, ce guide a été le fruit d'un travail coopératif entre de nombreux professionnels issus de la Société française de radiologie et de la Société française de biophysique et de médecine nucléaire, avec l'aide de professionnels appartenant à diverses spécialités médicales et chirurgicales, désignés par leurs sociétés savantes¹. Il a fait l'objet d'une mise à jour début 2013. L'enjeu est notamment de limiter l'exposition inutile des patients aux radiations.

Actuellement, ce guide est déjà en accès gratuit sur le site de la société française de radiologie.

Le présent article vise toutefois à permettre à l'État, à titre expérimental, pour une durée de trois ans et au sein de six départements, à autoriser le financement par le Fonds d'intervention régional des frais occasionnés par la promotion et la mise à disposition de l'accès gratuit à ce guide, au sein de l'espace numérique des médecins généralistes.

II - La position de la commission: la suppression de l'article

L'accès au guide étant déjà gratuit², la mise à disposition de son accès gratuit ne paraît pas nécessiter autre chose qu'un renvoi vers son site internet au sein de l'espace numérique des médecins généralistes.

¹ https://has-sante.fr/jcms/pprd_2975123/fr/le-guide-du-bon-usage-des-examens-d-imagerie-medicale

² Même s'il existe des applications payantes pour y avoir accès.

En ce qui concerne la campagne d'information (« promotion ») prévue par le présent article, son ciblage très particulier ne paraît pas justifier de moyens spécifiques. Si elle avait été destinée à la population, il aurait pu être argué qu'elle aurait requis des moyens financiers d'une certaine importance. Par ailleurs, l'intérêt direct pour les généralistes de l'usage de ce guide ne paraît pas nécessiter d'actions approfondies, au-delà de courriers qui leur seraient adressés. Enfin, elle n'est pas du domaine de la loi.

En conséquence, la commission vous demande d'adopter un amendement de suppression (amendement n° 195) de cet article.

Article 41 octies (nouveau)

**Expérimentation de la primo-prescription par les IPA
pour des prescriptions médicales obligatoires**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à ouvrir aux infirmiers exerçant en pratique avancée la primo-prescription pour des prescriptions médicales obligatoires, à titre expérimental et pour trois ans.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : l'expérimentation d'un droit de primo-prescription pour les infirmiers exerçant en pratique avancée

L'article L. 4301-1 du code de la santé publique prévoit une liste de circonstances dans lesquelles les auxiliaires médicaux (les infirmiers notamment, mais aussi les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, orthoptistes, audioprothésistes,...) peuvent exercer en pratique avancée, c'est-à-dire exercer des missions et des compétences plus poussées, jusque-là dévolues aux seuls médecins. Ne figure pas dans cette liste la possibilité, pour les auxiliaires médicaux, de réaliser certaines prescriptions soumises à prescription médicale.

Le présent article, résultant d'un amendement introduit par le Gouvernement, vise ainsi à mettre en œuvre dans trois régions une expérimentation au titre de laquelle les infirmiers en pratique avancée (IPA) pourraient réaliser certaines prescriptions soumises à prescription médicale dont la liste serait fixée par décret.

Selon le Gouvernement, cette mesure traduit l'engagement pris dans le Ségur de la santé de renforcer le rôle de premier recours des IPA.

La primo-prescription fluidifierait aussi le parcours de soins en permettant aux patients de bénéficier de prescriptions en lien avec leur pathologie chronique sans retourner chez le médecin, ce qui serait bénéfique pour les populations qui vivent dans des zones sous-dotées en praticiens mais dans lesquelles sont installés des IPA libéraux¹.

II - La position de la commission: l'adoption d'un article nécessaire

Votre commission, si elle s'interroge sur la place en loi de financement de la sécurité sociale d'une telle disposition, estime qu'il est nécessaire d'étendre tant les missions que le rôle des IPA, dont le contact avec le terrain et la proximité avec les patients sont précieux. Votre commission partage également avec le Gouvernement l'objectif de lutter contre les déserts médicaux

Toutefois, elle estime que le déploiement de cette politique mériterait probablement plus qu'un article au détour d'une loi de financement de la sécurité sociale.

Sous ces réserves, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 42

Généralisation d'expérimentations en santé

Cet article propose de généraliser deux expérimentations visant à prévenir l'obésité infantile et à améliorer le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

A. La généralisation de l'expérimentation « Mission : retrouve ton cap ! »

L'expérimentation « Mission : retrouve ton cap ! » a été créée par l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016². Elle a été poursuivie, par arrêté du 20 décembre 2018³, dans le cadre du dispositif des expérimentations pour l'innovation dans l'organisation du système de santé prévu par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018⁴.

¹ Compte rendu de la troisième séance du vendredi 22 octobre 2021, Assemblée nationale.

² Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

³ Arrêté du 20 décembre 2018 relatif à l'expérimentation visant à prévenir le surpoids et l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans.

⁴ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Elle permet aujourd'hui à des enfants de trois à douze ans inclus, présentant des facteurs de risque d'obésité ou en situation de surpoids ou en obésité simple de bénéficier d'un parcours de prise en charge pluridisciplinaire, comprenant un bilan d'activité physique et des bilans et séances de suivi diététique et psychologique.

Selon l'étude d'impact annexée au PLFSS, le taux de recours à l'expérimentation « Mission : retrouve ton cap ! » est estimé à 11 %. La direction de la sécurité sociale identifie deux principaux facteurs qui ont pu constituer des freins au recours :

**Les facteurs de frein au recours au dispositif
« Mission : retrouve ton cap ! »**

- *Une mobilisation insuffisante des médecins prescripteurs :*

L'information des familles sur l'existence de l'expérimentation dépend fortement du fait que leur médecin, généraliste ou pédiatre, ait lui-même connaissance du dispositif et qu'il adhère à ses principes. En effet, le protocole de l'expérimentation le positionne comme porte d'entrée du dispositif, pour la prescription du parcours. Les données collectées dans le cadre de l'évaluation confirment que le fait de positionner ainsi les médecins est efficace pour informer les familles de l'existence du programme. Une bonne communication aux médecins prescripteurs sera donc l'une des clés de réussite de la généralisation.

- *Une difficulté à engager un certain nombre de familles dans la prise en charge :*

Les familles adhèrent majoritairement aux principes du programme et à ses objectifs et sont intéressées par les séances proposées. Néanmoins, cette adhésion est fortement conditionnée au fait que la famille ait déjà conscience des enjeux et des risques associés à la corpulence de leur enfant. Plusieurs médecins indiquent que le processus d'adhésion des familles peut prendre un certain temps. Le rapport d'évaluation indique qu'il est parfois nécessaire d'aborder le sujet lors de plusieurs consultations pour obtenir le consentement de la famille à participer. Près de 20 % des médecins ont évoqué ce sujet plusieurs fois avant que la famille accepte de s'engager. Par ailleurs, l'inclusion des familles qui présentent des facteurs de fragilité socio-économique est facilitée par l'expérimentation, mais le cumul des difficultés rencontrées peut rendre la prise en charge des risques liés au surpoids ou à l'obésité moins prioritaire que d'autres besoins.

Source : Direction de la sécurité sociale

Afin de généraliser l'expérimentation, le I de l'article 42 du PLFSS confie le déploiement de parcours coordonnés :

- aux centres de santé, dont les activités sont détaillées à l'article L. 6323-1-1 du code de la santé publique (1°) ;

- aux maisons de santé, dont les activités sont détaillées à l'article L. 6323-1 du même code (2°).

Les centres et maisons de santé pourront ainsi mettre en œuvre un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les enfants de trois à douze ans inclus qui, selon les recommandations de la Haute Autorité de santé, sont en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentent des facteurs de risque d'obésité. Le parcours comprendra un bilan d'activité physique et un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique.

L'étude d'impact annexée au PLFSS évalue le coût de cette généralisation à 19 millions d'euros en 2022, 32 millions d'euros en 2023, 48 millions d'euros en 2024 et 64 millions d'euros en 2025.

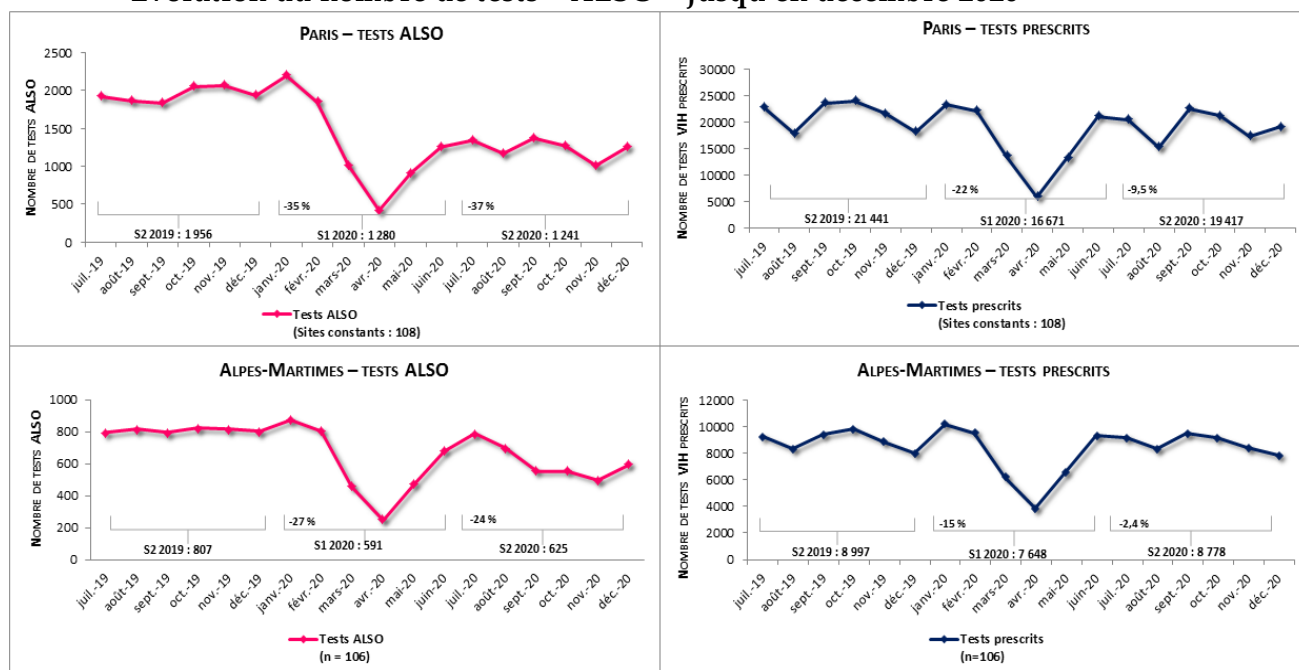
B. La généralisation de l'expérimentation « Au labo sans ordo »

L'expérimentation « Au labo sans ordo » (ALSO) a été lancée à partir du 1^{er} juillet 2019 à Paris et dans le département des Alpes-Maritimes, qui sont, avec la Guyane et d'autres grandes villes comme Lyon, parmi les zones où l'incidence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) reste élevée. Elle permet l'accès, sans prescription médicale, à un dépistage du VIH pris intégralement en charge par l'assurance maladie. L'expérimentation, prévue initialement pour un an, a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2020 en raison de la crise sanitaire.

Selon des éléments de bilan transmis par la direction générale de la santé, l'accès au dépistage au titre de l'opération ALSO a représenté 7,2 % de l'activité de dépistage du VIH en laboratoires de biologie médicale à l'échelle des deux départements entre juillet 2019 et décembre 2020, soit 12 086 tests ALSO dans les Alpes-Maritimes et 32 652 à Paris. Sur la période et dans les deux départements, le taux de positivité de l'offre ALSO est resté, malgré l'impact de la crise sanitaire, supérieur à celui des tests prescrits¹. Il est en revanche inférieur à celui des tests réalisés dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD).

¹ Tests ALSO : 2,4 pour 1 000 ; tests prescrits : 2,2 pour 1 000.

Évolution du nombre de tests « ALSO » jusqu'en décembre 2020



Source : Direction générale de la santé

Afin de généraliser l'expérimentation, le II de l'article 42 du PLFSS pour 2022 modifie l'article L. 162-13-2 du code de la sécurité sociale, aux termes duquel « un examen de biologie médicale réalisé à la demande du patient ne fait pas l'objet d'un remboursement. » Il est ainsi prévu que, par dérogation à ce principe, un examen de biologie médicale relatif au dépistage sérologique du VIH réalisé à la demande du patient en laboratoire de biologie médicale fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie dans les conditions de droit commun prévues à l'article L. 160-13 du même code.

Il convient de rappeler qu'en application de l'article R. 160-8 du code de la sécurité sociale, la participation de l'assuré est supprimée pour les frais d'examens de dépistage s'inscrivant dans le cadre des programmes de santé mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique. À ce titre, le dépistage du VIH est remboursé à 100 % par l'assurance maladie.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, en première lecture, deux amendements rédactionnels du rapporteur général.

III - La position de la commission

Selon la commission, les services de santé scolaire ont un rôle déterminant à jouer dans la prévention du surpoids et de l'obésité chez les enfants. À ce titre, ils ont vocation à constituer un partenaire incontournable des centres et maisons de santé pour le déploiement des parcours coordonnés d'accompagnement des enfants présentant des risques de surpoids ou d'obésité. Ils constituent en effet un des principaux interlocuteurs des familles et des enfants en matière de prévention, *a fortiori* pour les enfants les plus défavorisés sur le plan socioéconomique qui ne sont pas nécessairement suivis par un médecin de famille.

De même, les médecins des services départementaux de protection maternelle et infantile, qui assurent des consultations et des actions de prévention médicosociale en faveur des enfants de moins de six ans et procèdent au bilan de santé des enfants âgés de trois à quatre ans¹, peuvent être appelés à repérer des enfants présentant des facteurs de risque de surpoids ou d'obésité.

En conséquence, la commission a adopté un amendement n° 196 précisant que les centres et maisons de santé mettent en œuvre ce parcours, avec l'accord des parents, en collaboration avec le médecin de l'éducation nationale de l'établissement dans lequel est scolarisé l'enfant et, le cas échéant, avec le médecin traitant ou le médecin du service de protection maternelle et infantile. Cet amendement vise également à inscrire, dans les missions respectives des médecins de l'éducation nationale et des médecins des services de protection maternelle et infantile, la participation à la mise en œuvre du parcours afin de leur reconnaître la capacité d'orienter l'enfant et sa famille vers un centre de santé ou une maison de santé susceptible d'assurer cette prise en charge.

Le développement des dépistages du VIH est indispensable pour permettre à notre pays de franchir le dernier pas nécessaire pour espérer un avenir sans sida. En effet, dans la « cascade », définie au niveau mondial, des trois indicateurs cibles à atteindre pour permettre une éradication de l'infection d'ici 2030, deux ont été atteints en France : en 2018, 95 % des personnes qui se savaient séropositives ont accédé à un traitement et 96 % de ces personnes avaient une charge virale indétectable. En revanche, le premier objectif, à savoir qu'au moins 95 % de personnes qui vivent avec le VIH connaissent leur séropositivité, n'est pas encore atteint. Dans ces conditions, encore trop de personnes ignorent leur séropositivité : selon des informations évoquées par la direction générale de la santé en audition, 28 % des personnes diagnostiquées découvrent leur infection à un stade avancé. Cet indicateur est le signe de la persistance d'une épidémie dite « cachée ».

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

¹ En application de l'article L. 2112-2 du code de la santé publique.

Article 42 bis (nouveau)

**Prise en charge par l'assurance maladie obligatoire
de prestations d'accompagnement psychologique**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à permettre la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'accompagnement psychologique.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

L'article 42 *bis* résulte de l'adoption de quatre amendements identiques, déposés par le Gouvernement, Mme Agnès Firmin Le Bodo (Agir ensemble), M. Philippe Vigier (Modem) et M. Éric Pouillat (La République en marche). Il vient traduire une des annonces du Président de la République à l'issue des assises de la santé mentale et de la psychiatrie. Le 2° de son I insère ainsi, au sein du chapitre 2 « Dispositions générales relatives aux soins et à la prévention » du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, une nouvelle section consacrée à la prise en charge de séances d'accompagnement réalisées par un psychologue.

Les séances d'accompagnement psychologique pourront être réalisées par un psychologue dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice en centre de santé ou en maison de santé. Ces séances seront donc réservées à une prise en charge en ambulatoire. Pour être prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, elles devront être mises en œuvre dans les conditions suivantes :

- le psychologue doit avoir été sélectionné par une autorité compétente désignée par décret, cette sélection devant attester de sa qualification pour la réalisation de la prestation. Le psychologue doit, en outre, être signataire d'une convention avec l'organisme local d'assurance maladie de son lieu d'exercice ;

- l'assuré doit être adressé par son médecin traitant ou, à défaut, par un médecin impliqué dans la prise en charge du patient justifiant une prestation d'accompagnement psychologique.

Afin de réguler l'offre d'accompagnement psychologique, il est prévu d'instituer un « *numerus clausus* » des psychologues susceptibles de proposer des séances prises en charge par l'assurance maladie. Un arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale fixera ainsi, chaque année, le nombre de psychologues pouvant proposer ces séances et leur répartition selon les besoins de chaque territoire. En outre, les professionnels, médecins et psychologues, participant au dispositif seront réputés appartenir à des équipes de soins au sein de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique.

En outre, est renvoyé à un décret en Conseil d'État le soin de définir :

- les caractéristiques des séances, notamment le nombre pouvant être pris en charge par patient et par année civile, les patients éligibles et les modalités d'inscription des séances dans le parcours, notamment les modalités d'adressage ;

- les critères d'éligibilité des psychologues volontaires pour participer au dispositif, notamment au regard des diplômes et de l'expérience professionnelle, ainsi que les modalités de sélection des psychologues pour participer au dispositif ;

- les modalités de conventionnement entre les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les psychologues participant au dispositif et leurs obligations respectives dans ce cadre ;

- les modalités de fixation des tarifs des séances ;

- la possibilité de mettre à la charge du psychologue une partie de la dépense de l'assurance maladie correspondant aux honoraires si le psychologue n'a pas respecté les mesures prévues par décret. Dans ce cas, le psychologue fautif pourra être exclu du dispositif.

Par ailleurs, il est précisé que des dépassements d'honoraires ne peuvent être pratiqués sur des séances prises en charge.

Par coordination, le 1^o du I de l'article 42 *bis* du PLFSS pour 2022 précise, à l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale, que les frais des séances d'accompagnement psychologique font partie des frais pris en charge par la protection sociale obligatoire.

Enfin, son II prévoit la remise par le Gouvernement au Parlement d'un rapport d'évaluation du dispositif au plus tard le 1^{er} septembre 2024. Aux fins de cette évaluation, les personnes chargées de la réaliser bénéficieront d'un accès aux données individuelles non nominatives contenues dans le système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram), dans le respect des principes relatifs à la mise à disposition des données de santé définis au chapitre I^{er} du titre VI du livre IV de la première partie du code de la santé publique. Le cas échéant, ces principes pourront faire l'objet d'adaptations établies par décret en Conseil d'État.

II - La position de la commission

La commission approuve la mise en place d'un dispositif permettant la prise en charge de séances d'accompagnement psychologique qui permet de traduire, pour partie, certaines des propositions formulées par un rapport de l'inspection générale des affaires sociales d'octobre 2019¹.

Parmi ces propositions, l'inspection générale des affaires sociales appelait à « *inciter fortement les acteurs, lors de la conception des projets territoriaux de santé mentale – PTSM –, à réfléchir à une prise en charge par niveaux* ». Ces projets sont cruciaux pour réunir les conditions d'une coopération pluridisciplinaire optimale sur les territoires dans l'intérêt des patients. Comme le rappelle l'inspection générale des affaires sociales dans le rapport précité, les PTSM ont vocation à « *s'inspirer, dans les grandes lignes, de dispositifs d'orientation graduée qui existent déjà comme le dispositif de soins psychiques partagé (DSPP) mis en place à Toulouse.* »

Soucieuse d'encourager une dynamique de coopération et de coordination entre les professionnels médicaux et les psychologues, la commission a ainsi adopté un amendement n° 198 précisant que ceux-ci inscrivent leur intervention dans le cadre du projet territorial de santé mentale, lorsqu'il existe. Il prévoit que le psychologue, pour être sélectionné par l'autorité compétente pour participer au dispositif des séances d'accompagnement psychologique, doit participer au projet territorial de santé mentale lorsque celui-ci existe.

Par ailleurs, la commission a adopté un amendement n° 200 visant à permettre au médecin du travail d'adresser un travailleur dont il assure le suivi à un psychologue afin de lui permettre de bénéficier de séances d'accompagnement psychologique. L'importance prise par les risques psychosociaux dans la santé au travail – les affections psychiques reconnues par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles ont augmenté de près de 40 % en 2020 par rapport à 2019 – plaide pour une mobilisation du dispositif des séances d'accompagnement psychologique par les médecins du travail.

La commission a également adopté un amendement n° 202 apportant plusieurs clarifications rédactionnelles et faisant du non-respect par le psychologue de ses engagements conventionnels avec la caisse primaire d'assurance maladie l'un des motifs permettant au directeur de la CPAM de mettre à la charge du psychologue une partie des dépenses associées aux séances et de l'exclure du dispositif.

¹ Julien Emmanuelli, François Schechter et Igor Seban, Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution, rapport de l'inspection générale des affaires sociales n° 2019-002R, octobre 2019.

La commission s'interroge, par ailleurs, sur les autorités qui seront appelées à sélectionner les psychologues pouvant participer au dispositif. Elle estime que les agences régionales de santé, qui arrêtent les projets territoriaux de santé mentale, sont les mieux placées pour assurer cette « labellisation ». En conséquence, elle a adopté un amendement n° 197 précisant que les directeurs généraux d'agences régionales de santé seront les autorités compétentes pour sélectionner les psychologues participant au dispositif des séances d'accompagnement psychologique.

Par ailleurs, la question de la participation au dispositif des psychologues exerçant en milieu hospitalier, de même que des psychothérapeutes pourrait, selon la commission, se poser à l'avenir, si le dispositif venait à prendre de l'ampleur et à exercer une pression trop importante sur l'offre ambulatoire de psychologues.

Enfin, la commission estime que la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de séances d'accompagnement psychologique exige, en contrepartie, l'instauration d'un code de déontologie opposable à la profession de psychologue, conformément aux recommandations de l'inspection générale des affaires sociales dans son rapport précité d'octobre 2019.

La commission a également adopté deux amendements rédactionnels n° 199 et 201.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 42 ter (nouveau)

Prolongation d'expérimentations médicaments

Cet article inséré par l'Assemblée nationale vise, dans le champ du médicament, à organiser la transition d'expérimentations arrivant à échéance vers des dispositifs pérennes et à permettre de nouvelles dérogations.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Le présent article a été adopté à l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement.

• Il modifie l'article **L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale relatif aux expérimentations dérogatoires** ayant pour objectifs l'émergence d'organisations innovantes améliorant l'efficacité du système de soins ou l'amélioration de la **pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie de médicaments** ou autres produits de santé.

Les expérimentations autorisées par cet article ne peuvent excéder **une durée de cinq ans**.

A. Deux nouvelles dérogations ouvertes

Le **b)** du 1° complète la rédaction de l'article L. 162-31-1, profondément remaniée à l'occasion de la LFSS pour 2019, afin de prévoir **deux nouvelles possibilités de dérogations au code de la santé publique, lorsqu'elles sont « indispensables à la mise en œuvre »** des expérimentations autorisées.

Ainsi, est ajouté un **o)** permettant de déroger au 10° de l'article L. 5121-20 du code de la santé publique, relatif aux **restrictions qui peuvent être apportées dans l'intérêt de la santé publique à la prescription et à la délivrance de certains médicaments**.

Les finalités de cette dérogation sont expressément précisées, visant à :

- permettre la **prescription en ambulatoire de médicaments de la « réserve hospitalière »**, c'est-à-dire dont la prescription initiale ne peut intervenir qu'en établissement. Ces prescriptions seraient permises à des médecins habilités, même quand ceux-ci n'exercent pas en établissement. Une condition est prévue concernant les moyens adaptés de diagnostic auxquels doit satisfaire le lieu d'exercice ;

- permettre **l'utilisation en dehors de l'hôpital de médicaments aujourd'hui réservés à un usage hospitalier**, sous réserve de conditions de sécurité d'utilisation du médicament.

Le **p)** nouveau ajouté, quant à lui, prévoit la possibilité de dérogations nouvelles pour des **organisations innovantes pour les activités de pharmacie à usage intérieur (PUI)**. Les obligations levées par les références aux articles L. 5126-1, L. 5126-2, L. 5126-4 et L. 5126-5 du même code concernent **l'organisation des PUI, le projet de pharmacie des groupements hospitaliers de territoire, les créations, transferts ou suppressions de PUI et, enfin, les préparations que peuvent assurer les PUI**.

B. Des avis complémentaires de l'Agence nationale de sécurité du médicament

La modification apportée par le **a)** du 1° du présent article au 2° du II de l'article L. 162-31-1 prévoit désormais **l'avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** en plus de l'avis déjà nécessaire de la Haute Autorité de santé (HAS) avant de permettre les dérogations aux dispositions précitées.

Dans le même mouvement, le 2° modifie le III du même article afin de prévoir, **pour les expérimentations à dimensions nationale ou régionale, l'avis conforme de l'ANSM**. Cet avis est alternatif à l'avis conforme de la HAS déjà inscrit.

C. Un financement « relais » par le fonds pour l'innovation en santé

Enfin, le 3° complète le VI dudit article et **étend les possibilités de financement par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) géré par la Caisse nationale d'assurance maladie.**

Ainsi, pourraient désormais être pris financées par le fonds les expérimentations dont la généralisation aurait fait l'objet d'un double avis favorable du conseil stratégique de l'innovation en santé et du comité technique pour l'innovation en santé. Ce financement, présenté comme un relais, est **ouvert au terme de l'expérimentation et pour une durée maximale de dix-huit mois.**

II - La position de la commission

La commission des affaires sociales **soutient les expérimentations dans le domaine de la santé et particulièrement dans le domaine de l'organisation du système de soins.** En l'espèce, l'expérimentation relative à des prescriptions en ambulatoire de médicaments de la réserve hospitalière participe d'un meilleur accès des patients au médicament et d'un décloisonnement entre la ville et l'hôpital. L'expérimentation relative aux pharmacies à usage intérieur semble également pertinente en ouvrant la possibilité de nouvelles organisations au sein de l'hôpital, toujours dans le domaine du médicament.

Aussi, la rapporteure est **favorable aux extensions d'expérimentation proposées par le présent article**, encadrées par ailleurs par de nouvelles consultations prévues de l'ANSM. Si la prise en charge par le FISS d'une période complémentaire de financement au-delà de la période d'expérimentation semble pertinente, la rapporteure s'interroge sur l'accompagnement financier des généralisations d'expérimentations.

Cependant, la rapporteure émet **une réserve sur la multiplication des expérimentations étendues au gré des lois « santé » et des lois de financement de la sécurité sociale**, dont le suivi est souvent lacunaire tant en matière d'impact financier que d'évaluation détaillée de l'apport du dispositif en matière d'efficacité pour le système de santé et l'amélioration des soins.

La rapporteure regrette en outre que **l'impact de ces nouvelles dérogations soit insuffisamment documenté**, cet article ayant été introduit par voie d'amendement et n'ayant donc pas fait l'objet d'une évaluation préalable jointe au PLFSS.

Ainsi, auraient pu être précisés tant **le coût pour l'assurance maladie du financement par le FISS** de la période suivant l'échéance des expérimentations, mais aussi et surtout **les justifications aux dérogations apportées à la réserve hospitalière et à l'organisation des PUI.**

La commission s'interroge enfin sur **la place de la première partie de ce dispositif en PLFSS** dans la mesure où les dérogations nouvelles permises par cet article ne concernent pas les règles de prise en charge par l'assurance maladie mais bien des conditions d'organisation du système de soins à travers les modalités de prescriptions ou les missions des pharmacies à usage intérieur. Aussi, **l'impact sur les dépenses ou les recettes de l'assurance maladie n'apparaît établi, de manière indirecte, que pour le financement nouveau permis par le fonds pour l'innovation en santé, géré par l'assurance maladie.**

Sur ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 42 quater (nouveau)

Expérimentation d'un financement du transport bariatrique

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à permettre aux agences régionales de santé, autorisées en ce sens par un arrêté ministériel, d'expérimenter la mise en place d'une prise en charge financière du transport bariatrique et d'achat d'équipement à cette fin.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé

A. Les défis du transport sanitaire bariatrique tardent à être relevés

Le **transport sanitaire des personnes en situation d'obésité sévère ou morbide** nécessite des véhicules ambulanciers et des équipements spécialisés qui rendent le **transport bariatrique** plus onéreux qu'un autre transport sanitaire.

Si, dans le cadre d'un transport urgent, les personnes en situation d'obésité peuvent être remboursées intégralement, aucune disposition ne prévoit une prise en charge de la surfacturation du transport bariatrique hors urgence. Le remboursement par l'assurance maladie s'établit donc sur la base d'un tarif ordinaire et laisse **un reste à charge pouvant se compter en centaine d'euros pour un trajet.**

En octobre 2020, le ministère des solidarités et de la santé expliquait que des négociations étaient en cours et conduiraient à un accord prochain¹ entre transporteurs et assurance maladie afin de définir « *un modèle économique et tarifaire adapté à ce type de transport et permettant d'inciter les transporteurs à développer une offre de transport bariatrique (...).* »

¹ Sur le fondement de l'article L. 322-5-2 du code de sécurité sociale prévoyant que les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires sont définies dans une convention nationale conclues pour cinq ans.

Les nouvelles modalités de rémunération devront entrer en vigueur dans le courant de l'année 2021.¹ »

Ces négociations n'ont toutefois pas encore abouties à la date de ce présent rapport. Si, en commission à l'Assemblée nationale, le ministre de la santé et des solidarités a annoncé une enveloppe de 5 millions d'euros pour le financement des transports bariatriques, il a également reconnu que, **ayant été repoussés à cause de la crise sanitaire, les négociations et les travaux sur la tarification ne se clôtureraient pas avant 2022.**

Outre la surfacturation de leur transport sanitaire hors urgence, les patients en situation d'obésité souffrent du **manque d'offre de service de transport bariatrique dans les territoires et du pilotage défaillant de cette offre.** Un rapport de l'IGAS de 2018 pointait un manque de clarté dans la répartition des missions entre les ARS et leurs 37 centres spécialisés d'obésité (CSO)². La feuille de route 2019-2022 du Gouvernement sur la prise en charge des personnes en situation d'obésité prévoit la mise en place par chaque CSO d'un annuaire de l'offre de transport bariatrique disponible par territoire.

B. Le dispositif proposé

Le présent article a été introduit par deux amendements identiques respectivement du rapporteur général Thomas Mesnier (La République en Marche) et de Pierre Dharréville (Gauche démocrate et républicaine).

Le premier alinéa prévoit que dans le cadre d'une expérimentation de trois ans, l'État peut autoriser le financement de la mise en place par certaines ARS d'une **prise en charge spécifique des transports bariatriques de personnes ainsi que d'aides à l'acquisition de matériels et véhicules de transports sanitaires adaptés.**

Ce financement serait assuré par le **fonds d'intervention régional (FIR)** à la disposition des ARS qui permet de financer des actions et des expérimentations concourant notamment « à l'organisation et à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale »³.

Le second alinéa prévoit qu'un arrêté du ministre chargé de la santé fixe les conditions d'application de l'article tandis qu'un rapport d'évaluation est transmis par le Gouvernement au Parlement avant la fin de l'expérimentation.

¹ Réponse à la question écrite n° 32689 d'Alexandra Valetta Ardisson publiée au JO de l'Assemblée nationale du 27 octobre 2020.

² IGAS, Situation de la chirurgie de l'obésité, janvier 2018, p. 85.

³ Article L. 1435-8 du code de la santé publique.

II - La position de la commission

Le Gouvernement a été alerté à de nombreuses reprises sur **la rupture d'égalité** que constituent les difficultés rencontrées par les personnes en situation d'obésité lorsqu'ils ont recours à un transport sanitaire. Si le Gouvernement s'est engagé dès 2019 à avancer sur ce sujet, la rapporteure constate que **les annonces n'ont pas encore été suivies d'effet**.

Dès lors, la rapporteure partage les intentions de ces dispositions visant à accélérer le développement d'un modèle économique du transport bariatrique adapté aux enjeux.

Toutefois, la **portée de cet article semble limitée**. D'une part, le dispositif proposé ne contraint aucunement le Gouvernement à agir dans la mesure où il laisse la faculté à l'État d'autoriser le financement de l'expérimentation. D'autre part, **le dispositif est déjà satisfait par le droit en vigueur** dans la mesure où le financement par le FIR du transport bariatrique ou d'aides à l'acquisition de matériels est déjà possible au titre de l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Par exemple, ce fonds finance déjà des actions comme la mise en place de centres spécialisés et intégrés de prise en charge de l'obésité sévère, le soutien à la structuration du secteur des transports sanitaires ou, à titre transitoire, une aide financière des transporteurs sanitaires pour la garde ambulancière.

Pour ces raisons et quelle que soit l'urgence qui devrait animer les politiques publiques à se saisir de la question du transport bariatrique, la commission a adopté un amendement n° 203 de la rapporteure de suppression de l'article.

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 42 quinquies (nouveau)

**Rapport évaluant la mise en œuvre du parcours de soins global
après le traitement d'un cancer**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à demander la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement sur la mise en œuvre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer étudiant notamment l'option d'un remboursement par l'assurance maladie des traitements aidant les femmes à retrouver une vie sexuelle normale après un cancer.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé

A. Le parcours de soins global après cancer mis en place par la LFSS pour 2020

Les dispositions codifiées à l'article L. 1415-8 du code de la santé publique de la LFSS pour 2020¹ donnent compétence à l'ARS pour mettre en place et financer un **parcours d'accompagnement des personnes ayant été soignées pour un cancer**. Ce parcours soumis à prescription médicale est intégralement pris en charge par l'assurance maladie. S'il comprend en principe un bilan d'activité physique ainsi que des consultations de suivi nutritionnel et psychologique, il reste largement individualisé selon les besoins des patients identifiés par le médecin.

Le décret d'application du 22 décembre 2020² prévoit que le parcours de soins est organisé par des **conventions conclues entre l'ARS et les structures volontaires** en mesure d'organiser l'ensemble des prestations prévues par ce parcours. Pour la réalisation des bilans et consultations prescrits, l'arrêté du 24 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer limite à un **montant maximal de 180 euros par patient et par an le forfait de prise en charge**.

L'article 59 de la LFSS pour 2020 dispose également que le **Gouvernement remet au Parlement dans les deux ans suivants la promulgation de la loi**, soit avant le 29 décembre 2021, un rapport sur ce forfait de prise en charge-post cancer.

B. Le dispositif proposé

Le présent article introduit à l'Assemblée nationale par un amendement d'Audrey Dufeu (La République en Marche), contre l'avis de la commission mais avec un avis favorable du Gouvernement, vise à **prévoir la remise du rapport mentionné à l'article 59 de la LFSS avant le 1^{er} septembre 2022**.

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

² Décret n° 2020-1665 du 22 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer codifié aux articles R. 1415-1-11 et suivants.

Il entend également préciser les informations que ce rapport, établi avec la Haute Autorité de santé, devra contenir. Il veillera notamment à présenter les différentes **solutions thérapeutiques non-hormonales favorisant le retour à une vie sexuelle normale des femmes après un cancer** et à étudier l'ouverture du remboursement par la sécurité sociale de ces traitements.

II - La position de la commission

La rapporteure constate que parmi les soins offerts aux patients pour favoriser le retour à une qualité de vie normale après un cancer **les enjeux des troubles de la sexualité dus à la maladie ou au traitement ne sont pas assez pris en compte notamment pour les femmes**. L'Institut national du cancer (INCa) recommandait en 2016 que la prise en charge de ces troubles soit davantage intégrée au panier de soins oncologiques de support¹.

Le forfait de prise en charge post-cancer a été une première étape importante en 2020. Dans le cadre du parcours de soins global, les besoins individualisés de chaque patient peuvent être identifiés. Une réflexion spécifique devrait néanmoins être menée sur les traitements à la disposition des femmes pour leur retour à une vie sexuelle normale à la suite d'un cancer.

Le présent article est cependant dépourvu de portée utile en ce qu'il vise à ce que le Gouvernement remette au Parlement un rapport déjà prévu par un précédent article de loi dans un délai qui, par ailleurs, n'a pas encore expiré.

Conformément à sa position, la commission a adopté un amendement de la rapporteure n° 204 de suppression de l'article.

La commission vous demande de supprimer cet article.

¹ INCa, axes opportuns d'évolution du panier de soins oncologiques de support, novembre 2016.

Article 43

Prolongation de l'expérimentation Halte « soins addictions »

Cet article propose de prolonger jusqu'au 31 décembre 2025 l'expérimentation des espaces de réduction des risques par usage supervisé de drogues et de renommer ces espaces haltes « soins addictions ».

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

L'article 43 de la loi « Santé »¹ du 26 janvier 2016 a prévu l'expérimentation de la mise en place, au sein des centres d'accueil et d'accompagnement de la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue (Caarud), de salles de consommation à moindre risque (SCMR), définies comme des espaces de réduction des risques par usage supervisé. La première salle a été créée à Paris en octobre 2016. Une seconde salle a été ouverte à Strasbourg, en novembre 2016.

Les Caarud concernés sont désignés par arrêté du ministre de la santé, après avis du directeur général de l'agence régionale de la santé et du maire de la commune concernée.

Une évaluation du dispositif, réalisée par l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et publié en mai 2021, conclut à « des effets positifs en termes de santé publique, un rapport coût-efficacité des SCMR acceptable pour la société² et une absence de détérioration de la tranquillité publique directement attribuable aux SCMR. » Ces espaces se sont multipliés en Europe avec, selon l'Inserm, plus de 80 salles dans neuf pays.

La SCMR de Paris fait état, pour ses usagers, d'une population précaire, polydépendante, avec des consommations majoritairement d'opioïdes, de crack - cocaïne basée - et de médicaments détournés de leur usage. La prise en charge est prioritairement dirigée vers un accompagnement à la consommation sous supervision, notamment pour la prévention des overdoses, des infections et des maladies opportunistes. Moins de 10 % des personnes accueillies bénéficient de cures de sevrage : au-delà du fait que le sevrage n'est pas nécessairement la priorité dans la prise en charge de personnes qui cumulent les vulnérabilités, celles d'entre elles qui souhaitent s'engager dans un parcours de sevrage sont parfois pénalisées par le fait qu'elles ne disposent pas de domicile, une résidence constituant une condition pour l'accueil en service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO).

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² Selon l'évaluation, « les coûts médicaux évités dans les populations simulées sur dix ans sont de l'ordre de six millions d'euros à Paris et de 5,1 millions d'euros à Strasbourg. »

La SCMR de Strasbourg, implantée dans une zone urbaine à la densité moindre que la salle parisienne, présente la particularité d'être située dans l'enceinte de l'hôpital civil. Cette localisation lui permet d'accompagner, par exemple, plus facilement certaines personnes vers les services hospitaliers pertinents lorsque la situation le justifie, notamment vers les urgences psychiatriques.

Évolution du nombre de personnes accueillies dans les salles de consommation à moindre risque de Paris et de Strasbourg

SCMR Gaia (Paris)	juillet 2017	décembre 2018	décembre 2020
File active	763	877	1 442
Nombre de séances de consommation	40 790	64 445	47 497

SCMR Ithaque (Strasbourg)	juillet 2017	décembre 2018	décembre 2020
File active	301	462	444
Nombre de séances de consommation	6 621	9 214	6 517

Source : Direction générale de la santé

Compte tenu de ce bilan positif, l'article 43 du PLFSS pour 2022 prolonge l'expérimentation d'un peu plus de trois ans - jusqu'au 31 décembre 2025 -, alors qu'elle aurait dû s'achever en octobre 2022. Alors que les SCMR devaient jusqu'ici être situées dans des locaux des Caarud distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions, il est prévu qu'elles puissent désormais être ouvertes dans les locaux des Caarud ou dans des locaux distincts. Elles pourront également prendre la forme de structures mobiles.

Les SCMR sont, par ailleurs, renommées haltes « soins additions ». L'accès aux soins est intégré dans les finalités des espaces de réduction des risques par usage supervisé.

Sont maintenues les dispositions de l'article 43 de la loi « Santé » du 26 janvier 2016 permettant de déroger aux dispositions pénales afin de protéger les consommateurs accueillis dans ces espaces contre des poursuites pour usage et détention illicites de stupéfiants et les professionnels de ces espaces contre des poursuites pour complicité et facilitation d'usage illicite de stupéfiants.

Pour mémoire, les SCMR sont financées par l'assurance maladie *via* le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) puis l'Ondam médicosocial. Selon l'étude d'impact annexée au PLFSS, dans l'hypothèse de l'ouverture de deux haltes « soins additions » par an entre 2022 et 2025, le coût de la prolongation est estimé à 4,5 millions d'euros en 2022, 6,5 millions d'euros en 2023, 8,5 millions d'euros en 2024 et 10,5 millions d'euros en 2025.

La direction générale de la santé indique que les collectivités territoriales et les services de l'État travaillent à l'élaboration de projets d'ouverture de nouvelles salles dans plusieurs grandes villes où se produisent des scènes d'usage de drogues dans les espaces publics, notamment à Lille, Marseille et Bordeaux. D'autres projets sont actuellement à l'étude, en particulier dans le Nord-Est parisien où les usages de crack provoquent de fortes tensions sociales. La possibilité de déployer des structures mobiles est vue comme une solution potentiellement mieux adaptée au public des usagers de crack caractérisé par une forte errance et des habitudes de consommation compulsives fréquentes.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre un amendement rédactionnel du rapporteur général, l'Assemblée nationale a adopté, en première lecture, deux amendements identiques du Gouvernement et de Mme Caroline Janvier (La République en marche) visant à permettre l'ouverture de haltes « soins addictions » au sein de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), conformément aux recommandations de l'Inserm dans son évaluation précitée.

III - La position de la commission

La commission se félicite de la prolongation de l'expérimentation des espaces de réduction des risques par usage supervisé. Elle insiste sur la nécessité pour les autorités sanitaires d'ouvrir bien en amont un dialogue avec les maires sur le projet de création d'une halte « soins addictions » et de faire œuvre de pédagogie auprès des populations riveraines afin de réunir les conditions d'une acceptabilité sociale du dispositif sur le territoire d'implantation.

Si la possibilité de constituer des espaces de réduction des risques sous forme de structures mobiles est bienvenue, cette solution semble surtout pertinente pour déployer des stratégies d'« aller-vers » sur des territoires où les consommateurs potentiels sont dispersés et éloignés des centres urbains, notamment en milieu rural.

Enfin, la commission appelle les haltes « soins addictions », existantes et futures, dans l'objectif d'assurer une prise en charge en aval la plus efficiente possible, à développer des partenariats non seulement avec le réseau d'établissements sanitaires de son territoire d'implantation et les associations, mais également avec les structures d'hébergement.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 44

Extension de la gratuité de la contraception jusqu'à 25 ans

Cet article propose d'étendre jusqu'à 25 ans la gratuité de la contraception pour les assurées.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté et qui vise à supprimer une demande de rapport.

I - Le dispositif proposé

L'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020¹ a étendu, à compter du 1^{er} janvier 2020, la gratuité de l'ensemble du parcours de contraception, comprenant les frais relatifs aux actes et consultations et la délivrance des contraceptifs remboursables, aux mineures de moins de 15 ans. Avant le 1^{er} janvier 2020, cette gratuité était limitée aux mineures de plus de 15 ans. Cette gratuité est assortie d'un tiers payant systématique.

Dans un rapport de 2009², l'inspection générale des affaires sociales appelait déjà à « étendre le principe de la gratuité au-delà de 18 ans pour les jeunes jusqu'à 25 ans dépourvus de couverture sociale autonome et en faisant la demande ». Dans un rapport de 2015³, une mission de l'inspection estimait qu'« un des besoins non couverts importants concerne les jeunes femmes de 18 à 24 ans qui ont, dans une large proportion, une pratique sexuelle. » Elle relevait alors que, « dans cette tranche d'âge, peu d'entre elles disposent d'une autonomie financière » et qu'« on observe un recours à l'interruption volontaire de grossesse beaucoup plus élevé chez les 18-24 ans qu'entre 15-17 ans (plus de deux fois plus élevé pour les 18-19 ans et plus de trois fois plus élevé pour les 20-24 ans). »

L'évolution des pratiques contraceptives chez les femmes depuis 2012

En 2012-2013, la « crise de la pilule » et le déremboursement des pilules de 3^e et 4^e générations ont entraîné une baisse globale de l'utilisation des pilules contraceptives et un report vers le dispositif intra-utérin (DIU) et le préservatif.

Chez les 15-19 ans, le schéma contraceptif n'a en revanche pas évolué : la pilule reste le premier mode de contraception utilisé avec le préservatif. La désaffection de la pilule n'a pas touché cette tranche pour laquelle on ne note pas, depuis 2010, de diminution d'utilisation ni de variation significative dans l'utilisation des autres méthodes, excepté une hausse de l'implant.

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

² Claire Aubin, Danièle Jourdain Menninger et Laurent Chambaud, La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence, rapport de l'inspection générale des affaires sociales RM2009-104A.

³ Stéphanie Dupays, Catherine Hesse et Bruno Vincent, L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures, rapport de l'inspection générale des affaires sociales n° 2014-167R, avril 2015.

Chez les femmes de 20-24 ans, la diminution de l'utilisation de la pilule s'est faite progressivement entre 2010 et 2016, qu'elle soit utilisée seule ou en combinaison avec le préservatif. Le report vers d'autres moyens de contraception s'est fait en plusieurs temps. Le taux d'utilisation du DIU a augmenté entre 2010 et 2013 puis est resté stable entre 2013 et 2016. À partir de 2013, c'est une augmentation de l'utilisation de l'implant qui est constatée (de 4,1 % à 9,6 %). Le préservatif, quant à lui, est de plus en plus utilisé sur toute la période et son usage double entre 2010 et 2016 (de 9 % à 18,6 %).

Source : Direction générale de la santé

Le I de l'article 44 du PLFSS pour 2022 prévoit, dès lors, d'étendre aux assurées âgées de moins de 26 ans l'accès gratuit pour l'acquisition de certains contraceptifs et pour les frais relatifs aux actes et consultations en lien avec la contraception, en modifiant en ce sens l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale (1°). Par coordination, les articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 du code de la sécurité sociale sont modifiés afin de faire bénéficier à l'ensemble des assurées âgées de moins de 26 ans la dispense d'avance de frais auprès du médecin, du biologiste médical et de la sage-femme pour les prescriptions, actes et examens en lien avec la contraception (2°).

Le II prévoit une entrée en vigueur de ces dispositions à compter du 1^{er} janvier 2022.

La direction générale de la santé confirme que seront concernés par la mesure de gratuité tous les produits contraceptifs aujourd'hui pris en charge par l'assurance maladie. Il s'agit des pilules de première et deuxième générations mais également des dispositifs intra-utérins, des implants et des diaphragmes. Les contraceptifs d'urgence seront bien remboursés à 100 % pour les femmes de 18 à 25 ans, comme ils le sont aujourd'hui pour les mineures.

Le périmètre des actes, consultations et médicaments pris en charge à 100 % dans le cadre de la contraception est précisé à l'article R. 160-17 du code de la sécurité sociale. Celui-ci prévoit notamment que sont pris en charge intégralement les frais d'acquisition des spécialités pharmaceutiques à visée contraceptive remboursables, ce qui est bien le cas des contraceptifs d'urgence. Cet article sera modifié afin d'étendre son application jusqu'à 25 ans.

S'agissant des préservatifs masculins, il convient de rappeler qu'ils ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie à 100 % mais à 60 %. En effet, si certains préservatifs masculins sont bien inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables, ils le sont dans une indication de prévention des infections sexuellement transmissibles et non pour une visée contraceptive. Ils n'entrent donc pas dans le champ de l'exonération relative aux frais liés à la contraception.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, en première lecture, deux amendements ayant reçu l'avis favorable du Gouvernement :

- l'un, de Mme Catherine Fabre (La République en Marche), prévoit la gratuité, pour tous les assurés âgés de moins de 26 ans, des frais liés aux consultations de prévention en matière de santé sexuelle, correspondant aux consultations « longues » de santé sexuelle. D'un montant de 46 euros, cette consultation n'a bénéficié jusqu'ici qu'à 70 000 jeunes femmes. La direction générale de la santé indique que son extension aux hommes pourrait représenter un coût de 30 millions d'euros ;

- l'autre, du rapporteur général, prévoit la remise par le Gouvernement au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, d'un rapport sur les moyens à mettre en œuvre pour développer, promouvoir et prendre en charge la contraception masculine.

III - La position de la commission

La commission est favorable à l'extension de la gratuité de la contraception à l'ensemble des assurées de moins de 26 ans. La rapporteure regrette que cette mesure n'ait pas été étendue aux assurés hommes, de moins de 26 ans. Une telle mesure aurait pourtant été de nature à promouvoir la contraception masculine qui, au-delà du préservatif et de la vasectomie, a vu se développer de nouvelles méthodes avec la contraception hormonale et la contraception thermique.

Considérant que le développement de la contraception masculine n'appelle pas un énième rapport mais bien une mesure forte de gratuité, la commission a adopté un amendement n° 205 de suppression de la demande de rapport sur la contraception masculine introduite par l'Assemblée nationale.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 44 bis (nouveau)

Réalisation obligatoire d'un entretien postnatal précoce

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à instaurer un entretien postnatal précoce obligatoire suivi, si besoin, d'un second entretien pour les femmes primipares ou les femmes dont la situation le nécessite afin de prévenir la dépression du post-partum.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé : rendre obligatoire un entretien postnatal précoce suivi d'un second si besoin

Le présent article a été inséré à l'Assemblée nationale par quatre amendements identiques du Gouvernement, d'Annie Chapelet (Agir ensemble), de Perrine Goulet (MoDem) et de Monique Limon (La République en Marche).

Le 2° du I vise à compléter l'article L. 2122-1 du code de la santé publique afin de prévoir un **entretien obligatoire par un médecin ou une sage-femme entre la quatrième et la huitième semaine suivant l'accouchement** dans une approche globale de **prévention de la dépression du post-partum**. Un second entretien pourra être proposé entre la dixième et quatorzième semaine aux femmes primipares ou à celles dont le premier entretien a révélé des signes de post-partum ou des facteurs de risque.

Le 1° du I apporte une coordination rédactionnelle.

Le II prévoit une entrée en vigueur du dispositif à compter du 1^{er} juillet 2022.

II - La position de la commission : la suppression de l'article

Aux termes du premier alinéa de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique « *toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme* ». Le second alinéa dispose que « *le nombre et la nature des examens obligatoires ainsi que les périodes au cours desquelles ils doivent intervenir sont déterminés par voie réglementaire* ».

Annoncée par le secrétaire d'État Adrien Taquet lors des Assises de la santé mentale¹, **la réalisation d'un entretien postnatal systématique autour de la cinquième semaine après l'accouchement et d'un second pour les femmes à risque autour de la douzième semaine est une mesure qui va dans le bon sens.**

Toutefois, il résulte des dispositions précitées **que le droit en vigueur offre déjà des bases légales suffisantes pour instituer de telles consultations.** L'article R. 2122-3 du code de la santé publique prévoit ainsi qu'« *un examen médical postnatal doit être obligatoirement effectué dans les huit semaines qui suivent l'accouchement* ». Le présent article instaurant un premier entretien obligatoire est donc déjà satisfait. Les précisions ajoutées sur le contenu des entretiens, leur nombre ainsi que la période durant laquelle ils ont lieu relèvent en outre du domaine réglementaire.

Enfin, dans la mesure où elles concernent l'organisation des soins, les dispositions proposées sont manifestement dépourvues d'incidence sur l'équilibre financier des régimes de sécurité sociale conformément à la jurisprudence du Conseil constitutionnel. **Par conséquent, elles ne trouvent pas leur place dans une telle loi de financement de la sécurité sociale.**

Pour ces raisons, la commission a adopté un amendement n° 206 de la rapporteure de suppression de l'article.

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 44 ter (nouveau)

Campagnes d'information afin de promouvoir, de communiquer et d'informer sur les compétences des sages-femmes

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à prévoir que des campagnes de communication sont organisées par la caisse nationale d'assurance maladie afin d'informer la population sur les compétences des sages-femmes.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé

Inséré à l'Assemblée nationale par deux amendements du Gouvernement et d'Aurore Bergé (La République en Marche), le présent article vise à prévoir que la Cnam met en œuvre des campagnes d'information afin de promouvoir, de communiquer et d'informer sur les compétences des sages-femmes.

¹ Déclaration de M. Adrien Taquet, secrétaire d'État chargé de la protection de l'enfance, lors de l'ouverture de la deuxième journée des assises de la santé mentale, le 28 septembre 202.

II - La position de la commission : suppression de l'article

La rapporteure souscrit à l'intention de ce présent article visant à une meilleure connaissance au sein de la population des compétences des sages-femmes (voir encadré ci-dessous) dont l'étendue des missions est trop méconnue.

Les compétences des sages-femmes

Selon les dispositions des articles L. 2212-2 et L. 4151-1 à L. 4151-4 du code de la santé publique, les compétences que les sages-femmes peuvent exercer dans des conditions prévues par voie réglementaire sont :

- la **pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement**, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant ;

- **l'examen postnatal** à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée ;

- la réalisation de **consultations de contraception** et de **suivi gynécologique de prévention** ainsi que **d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse** ;

- le concours aux activités **d'assistance médicale à la procréation** ;

- la prescription et la pratique des **vaccinations de la femme et de l'enfant** ainsi que des personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de l'enfant en vue de le protéger pendant la période postnatale.

La loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification a récemment prévu quelques **extensions des compétences des sages-femmes**. Ces dernières pourront désormais prescrire à leurs patientes et aux partenaires de celles-ci le **dépistage d'infections sexuellement transmissibles et les traitements de ces infections**. Elles pourront également prononcer la prolongation des arrêts de travail au-delà de 15 jours.

Dans une année marquée par la mobilisation sociale des sages-femmes, un récent rapport de l'IGAS constate « **le malaise profond de ces professionnelles de santé** et indique que « *la diversité des acteurs du parcours et la médicalisation de la prise en charge de la grossesse ont conduit progressivement à brouiller la perception que les femmes avaient, traditionnellement, des missions des sages-femmes* ». L'IGAS note par exemple qu'« *il n'existe pas à ce jour de document de référence listant de manière synthétique et globale les compétences des sages-femmes* »¹.

¹ IGAS, *Rapport sur l'évolution de la profession de sage-femme*, juillet 2021.

Néanmoins, quelle que soit l'importance de ces enjeux, **l'organisation de campagnes d'information par la Cnam, que le présent article entend instituer, ne relève manifestement pas du domaine de la loi au sens de l'article 34 de la Constitution.**

Dès lors, la commission a adopté un amendement n° 207 de la rapporteure de suppression de l'article.

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 44 quater (nouveau)

Première consultation d'une patiente dans le cadre d'une demande de stérilisation auprès d'une sage-femme

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose que la première consultation dans le cadre d'une demande de stérilisation contraceptive puisse se faire auprès d'une sage-femme.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé

A. le droit en l'état : la première consultation de stérilisation contraceptive réalisée nécessairement par un médecin

La loi du 4 juillet 2001 a rendu possible la **stérilisation à visée contraceptive** par la ligature des trompes ou des canaux déférents¹. Cet acte étant quasiment irréversible, sa réalisation est strictement encadrée par la loi afin de s'assurer qu'elle est le résultat d'une réflexion dûment murie par la personne.

L'article L. 2123-1 du code de santé publique dispose que cette intervention ne peut être pratiquée sur une personne mineure. La personne majeure intéressée doit « *avoir exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences* ». Les conditions procédurales sont fixées par cet article :

- cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et **après une consultation auprès d'un médecin** ;

- au cours de la première consultation la personne doit être informée des risques médicaux et des conséquences de l'intervention et un dossier d'information écrit doit lui être remis ;

- un **délai de réflexion de quatre mois** doit séparer l'intervention chirurgicale de la première consultation médicale ;

- une confirmation écrite doit être apportée par la personne concernée.

¹ Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

Selon le baromètre de 2016 de Santé publique France, **4,5 % des femmes âgées de 15 à 49 ans choisissent la contraception définitive**¹.

B. Le dispositif proposé : permettre à une sage-femme d'assurer cette consultation

Le présent article a été inséré à l'Assemblée nationale par deux amendements identiques du rapporteur général Thomas Mesnier et d'Annie Chapelier (Agir ensemble).

Le **I** permet aux **sages-femmes**, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, **de réaliser le premier entretien suivant la demande de stérilisation par une patiente**.

Le **II** renvoie à un décret le soin de préciser le financement et les modalités de l'expérimentation notamment les critères retenus dans l'appel à projet à destination des établissements de santé. Une telle expérimentation serait menée dans la limite de quatre régions déterminées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Aux termes du **III** du présent article, la liste des établissements de santé participants serait arrêtée par le ministre chargé de la santé.

II - La position de la commission : suppression de l'article

Aux termes de l'article L. 2123-1 du code de santé publique, seul un médecin peut mener les consultations avec la personne demandant une stérilisation contraceptive, y compris le premier entretien au cours duquel le dossier d'information est remis au patient. Le présent article propose de déroger à titre expérimental à ce principe en permettant à une sage-femme de réaliser la première consultation d'une femme demande une stérilisation.

Ces dispositions qui ont trait à l'organisation des missions des professionnels de santé sont dépourvues d'incidence sur l'équilibre financier des régimes de la sécurité sociale. À ce titre, **l'article ne peut figurer dans une loi de financement de la sécurité sociale sans risque d'être déclaré comme cavalier social par le Conseil constitutionnel en application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale**.

La rapporteure estime qu'il serait préférable d'examiner de telles dispositions dans le cadre d'un projet ou d'une proposition de loi ordinaire permettant un débat plus approfondi. **Pour ces raisons, la commission a adopté un amendement n° 208 de la rapporteure de suppression de cet article**.

La commission vous demande de supprimer cet article.

¹ Santé publique France, baromètre santé contraception : quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent, 2017.

Article 45

Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire

Cet article propose d'améliorer le recours à la complémentaire santé solidaire des foyers les plus modestes, en ciblant les bénéficiaires de minima sociaux (RSA et ASPA), en assouplissant ses modalités de résiliation, ainsi qu'en simplifiant ses circuits de financement. Il propose également de faire bénéficier les assurés du régime agricole d'une remise de leurs indus et d'élargir aux enfants nés en détention pendant la durée du séjour auprès de leur mère écrouée la prise en charge des frais de santé.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : l'amélioration de l'accès à la complémentaire santé solidaire, entourée de dispositions supplémentaires éloignées de cet objectif

A. L'accès déjà facilité à la complémentaire santé solidaire serait amélioré, et ses circuits de financement simplifiés

1. La complémentaire santé solidaire a simplifié le recours aux soins, mais souffre de conditions de recours et de financement sous-optimales

a) Un accès aux soins facilité, mais qui gagnerait encore à être amélioré

- La complémentaire santé solidaire, issue de la fusion de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide à la complémentaire santé, offre un accès simplifié aux bénéficiaires de certaines prestations

La complémentaire santé solidaire (CSS), créée par l'article 52 de la LFSS pour 2019, est ouverte aux assurés bénéficiant de la prise en charge de leurs frais de santé par l'assurance maladie (Puma) au titre de l'activité professionnelle ou de la résidence stable et régulière en France, et disposant de ressources inférieures à un plafond qui varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer.

Elle résulte de la fusion, à compter du 1^{er} novembre 2019, de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)¹ avec l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)².

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

² Article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Le taux de recours à ces dispositifs n'apparaissait en effet pas suffisant : en 2018, sur une population de 6,5 à 7,7 millions de personnes éligibles à la CMU-C en métropole, on ne comptait que 4,4 millions de bénéficiaires (soit un taux de recours compris entre 56 et 68 %), et concernant l'ACS, le rapport était d'1,4 million de bénéficiaires pour 3,1 à 4,4 millions de personnes éligibles (soit un taux de recours compris entre 33 et 47 %) – y compris les bénéficiaires de contrats collectifs¹.

Taux de recours à la CMU-C et à l'ACS entre 2016 et 2018¹

	2016	2017	2018
Taux de recours à la CMU-C			
Borne inférieure	53%	53%	56%
Borne supérieure	64%	64%	68%
Taux de recours à l'ACS y compris bénéficiaires de contrats collectifs			
Borne inférieure	29%	32%	33%
Borne supérieure	42%	45%	47%
Taux de recours à l'ACS hors bénéficiaires de contrats collectifs			
Borne inférieure	36%	42%	43%
Borne supérieure	52%	60%	62%

Sources : Insee, ERFS 2014 actualisé 2016, ERFS 2015 actualisé 2017, ERFS 2016 actualisé 2018 ; modèle Ines 2018, calcul Drees. Champ : France métropolitaine, personnes vivant dans un ménage ordinaire dont la personne de référence n'est pas étudiante

Ce phénomène s'observait en particulier parmi les personnes les plus pauvres, induisant un important renoncement aux soins. Ainsi, en 2014, si 95 % des personnes étaient couvertes par une complémentaire santé², plus de 12 % des personnes parmi les 20 % les plus modestes ne bénéficiaient d'aucune couverture³.

La création de la CSS, couverture unique et simplifiée à destination des personnes à revenus modestes, visait à répondre à ces problématiques.

¹ Fonds de la complémentaire santé solidaire, 2019, Rapport d'activité, p. 78.

² Ce chiffre est passé à 96 % en 2017 (DREES, « Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise », octobre 2020, numéro 1166).

³ La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019, Drees. Fiche 12 : « Les inégalités sociales de couverture complémentaire ».

Elle se divise entre une CSS « sans participation », qui succède à la CMU-C et est versée lorsque les ressources du foyer sont inférieures à un certain plafond¹, et une CSS « avec participation », qui succède à l'ACS et est versée sous réserve d'acquitter une participation financière lorsque les ressources du foyer sont comprises entre le plafond susmentionné et ce même plafond majoré de 35 %². En 2020, la dépense relative à la CSS s'élevait à 2,45 milliards d'euros, dont 2,11 milliards gérés par les régimes obligatoires, et 335 millions pour les assurés relevant d'organismes complémentaires gestionnaires du dispositif³.

Il est à noter que la procédure d'attribution et de renouvellement pour les demandeurs et les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) est simplifiée. Lorsque les ressources des demandeurs sont présumées ne pas excéder le montant forfaitaire du RSA, la demande de CSS est effectuée conjointement à la demande de RSA. Dans la mesure où le montant du RSA⁴ est inférieur au plafond de la CSS sans participation, les bénéficiaires du RSA sont réputés remplir les conditions d'ouverture du droit à la CSS sans participation⁵ : ils en bénéficient sans délai.

Par ailleurs, le renouvellement du droit à la protection complémentaire pour les bénéficiaires du RSA est automatique à l'issue d'une période d'un an. Il en est de même pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA)⁶.

Quant aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), ils sont informés par les organismes chargés de la prise en charge des frais de santé de leur éligibilité potentielle au bénéfice de la CSS⁵.

- Des marges de manœuvre demeurent quant au recours à la CSS

Fin 2019, 6,9 millions de personnes étaient bénéficiaires de la CSS⁷. Elles étaient 7,2 millions fin 2020⁸, de même que fin juin 2021⁹, sur 12 millions potentiellement éligibles.

¹ Depuis le 1^{er} avril 2021, 753 euros pour une personne seule en France métropolitaine, et 838 euros dans les départements et régions d'Outre-mer (DROM).

² Article L. 861-1 du code de la sécurité sociale. Ce montant, depuis le 1^{er} avril 2021, représente donc, pour une personne seule et sans enfant, 1 017 euros en France métropolitaine, et 1 132 euros dans les DROM.

³ Annexe 9 du PLFSS pour 2022 : Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi.

⁴ 565,34 euros par mois.

⁵ Article L. 861-2 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article L. 861-5 du code de la sécurité sociale.

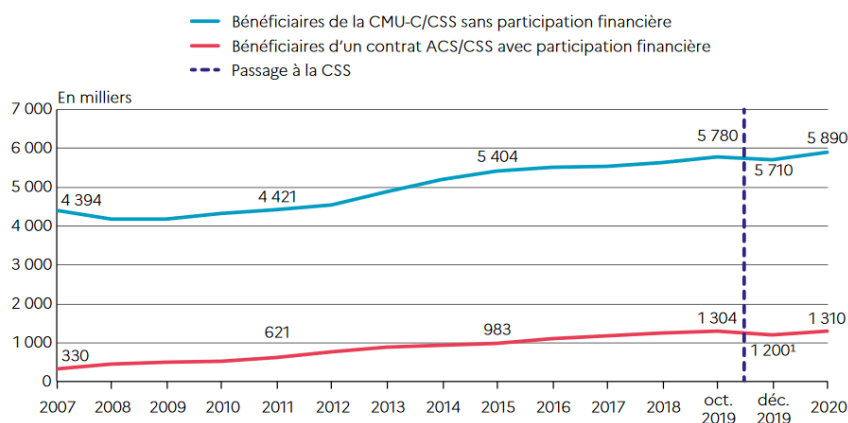
⁷ 5,7 sans participation financière, et 1,2 avec.

⁸ 5,9 sans participation financière, et 1,3 avec. « Minima sociaux et prestations sociales », DREES, 2021, fiche 35.

⁹ Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, Maladie, PLFSS 2022.

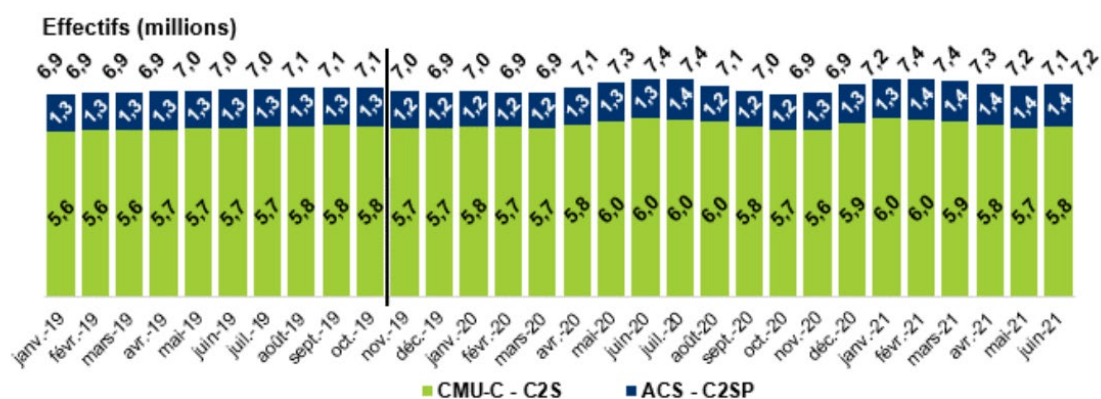
Le recours à la CSS semble donc encore insuffisant, avec une évolution timide depuis son introduction. En effet, le dispositif, fin 2020, était méconnu de la population, y compris parmi les personnes ayant de faibles ressources¹.

Nombre de bénéficiaires de la CMU-C/CSS sans participation financière et de l'ACS/CSS avec participation financière, depuis 2007



Source : DREES, *Minima sociaux et prestations sociales*, édition 2021

Personnes couvertes par une CSS, avec (C2SP) et sans (C2S) participation



Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, Maladie, PLFSS 2022

En particulier, des marges de manœuvre demeureront pour les bénéficiaires du RSA et de l'ASPA, dont les ressources ne dépassent pas, pour la plupart d'entre eux, le plafond nécessaire pour avoir droit à la CSS.

¹ « Minima sociaux et prestations sociales », DREES, 2021, fiche 35.

Selon des données anciennes de la DREES¹, en 2012, seuls 80 % des allocataires du RSA socle non majoré bénéficiaient de la CMU-C, et 8,1 % ne disposaient d'aucune complémentaire santé. Il est probable – sans que cela soit précisément documenté – que parmi les personnes éligibles à la CSS sans participation, mais non couvertes, figurent certains allocataires du RSA.

Il en est de même pour les bénéficiaires de l'ASPA, qui en 2012 étaient 21,3 % à ne disposer d'aucune complémentaire santé. Pour rappel, le montant mensuel maximal de l'ASPA est de 906 euros, tandis que le plafond maximal de la CSS est fixé à 1 017 euros mensuels. Seuls des revenus complémentaires permettraient donc à ces bénéficiaires de disposer de ressources dépassant le seuil de la CSS avec participation. Alors même que le recours à la CSS serait plus avantageux que le recours à une complémentaire privée pour les bénéficiaires de l'ASPA que l'âge avancé expose à des tarifs élevés, il apparaît qu'il est encore limité. Selon la CNAM, en 2019, près de 71 000 assurés percevant l'ASPA bénéficiaient d'un renouvellement automatique de leur contrat de CSS alors que 600 000 bénéficiaires de l'ASPA seraient potentiellement éligibles à la CSS².

b) Un circuit de financement complexe

Fin 2020, respectivement 57 % et 8 % des bénéficiaires de la CSS avec participation et sans participation avaient choisi de faire gérer leur droit par un organisme complémentaire, soit 1,3 million d'assurés¹.

Lorsque c'est cette solution qui est choisie par le bénéficiaire, le financement du système de CSS, dans le cadre du tiers payant intégral coordonné par l'assurance-maladie obligatoire (qui représente 99,5 % des prestations et actes réalisés pour le compte des bénéficiaires de la CSS¹) est organisé comme suit :

- le bénéficiaire de la CSS, lors de sa consultation auprès d'un professionnel de santé, n'avance aucun frais de santé. Autrement dit, il lui est appliqué un tiers payant intégral, à condition toutefois qu'il respecte le parcours de soins coordonné : c'est le **tiers payant intégral coordonné** ;

- le professionnel de santé, qui a assuré la consultation du bénéficiaire de la CSS, adresse une **feuille de soins électronique à la caisse d'assurance-maladie** dont relève l'assuré ;

¹ DREES, *La couverture santé des bénéficiaires de minima sociaux*, 2016.

² Annexe 9 du PLFSS 2022, *Fiches d'évaluation préalable du projet de loi*.

- la caisse en question **avance la part complémentaire** et se charge ainsi du **remboursement intégral du professionnel de santé** au titre de la part de l'assurance-maladie obligatoire et de l'assurance-maladie complémentaire. Parallèlement, elle **facture à l'organisme complémentaire qui assure la gestion de la CSS les montants à sa charge**, qui rembourse ensuite le régime obligatoire sur cette base, puis déduit les montants remboursés dans le cadre de sa déclaration de taxe de solidarité additionnelle (TSA) ;

- enfin, les organismes complémentaires gestionnaires sont remboursés de leurs dépenses réelles par le **fonds de financement de la complémentaire santé solidaire**¹, créé au sein de la CNAM² par l'article 81 de la LFSS pour 2021. C'est désormais **la CNAM** qui **effectue**, depuis le 1^{er} janvier 2021 et en lieu et place de l'ancien Fonds de la complémentaire santé solidaire³, un suivi rigoureux des effectifs et des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie et les organismes complémentaires. La taxe de solidarité additionnelle couvre ces dépenses, et la CNAM en est l'unique affectataire.

Ce fonctionnement en quatre étapes est jugé sous-optimal et peu lisible, du fait d'une complexité du circuit comptable, d'effets négatifs de trésorerie pour les caisses et les organismes complémentaires (décalage de 200 millions d'euros de trésorerie pour la CNAM) mais aussi de charges administratives élevées pour ceux-ci.

2. Une amélioration encadrée de l'accès à la complémentaire santé solidaire et une simplification de ses circuits de financement

a) L'automatisme et la facilitation du versement pour les bénéficiaires du RSA et de l'ASPA

Pour améliorer le recours à la complémentaire santé solidaire, le 4^o du I du présent article complète l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale.

D'une part, il prévoit d'**attribuer automatiquement le droit à la protection complémentaire en matière de santé aux bénéficiaires du RSA** – sauf opposition expresse de leur part.

D'autre part, **les bénéficiaires de l'ASPA seraient réputés remplir les conditions d'ouverture du droit à la CSS avec participation**, dès lors qu'ils n'ont pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une certaine période – ce qui sera vérifié par les caisses d'assurance-maladie.

¹ Article L. 862-2 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 862-1 du code de la sécurité sociale.

³ Supprimé par l'article 81 de la LFSS pour 2021.

Il est prévu que l'automatisation au profit des bénéficiaires du RSA entre en vigueur au 1^{er} janvier 2022. Son impact financier est estimé, en 2022, à 8 millions d'euros. La montée en charge du dispositif alourdirait cet impact, jusqu'à un coût de 40 millions d'euros en 2025. L'entrée en vigueur de la facilitation du versement pour les bénéficiaires de l'ASPA, mesure dont le coût est estimé à 1,1 million d'euros en 2022, est prévue pour le 1^{er} avril 2022. La montée en charge de la mesure induirait un coût croissant, jusqu'à 7,8 millions d'euros en 2025.

b) L'ouverture du droit à la résiliation infra-annuelle et la clarification du champ du contentieux

Au-delà du ciblage des bénéficiaires, le présent article vise à **fluidifier les conditions de sortie de la CSS** pour rendre son utilisation plus avantageuse **tout en encadrant son accès**, et à **sécuriser la situation de l'ensemble des (potentiels) bénéficiaires** en élargissant les possibilités de recours contentieux à l'encontre des décisions prises en matière de CSS.

Ainsi, le **b)** du 5^o du **I** du présent article complète l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale en prévoyant une **possibilité de résiliation à tout moment, et sans frais, de la CSS**, la demande étant adressée à l'organisme gestionnaire qui met fin au droit à la CSS au dernier jour du mois de réception. En effet, là où les contrats de complémentaire santé d'une durée supérieure à un an et tacitement reconductibles peuvent faire l'objet d'une résiliation infra-annuelle¹, il n'en est pas de même pour les contrats de CSS, d'une durée d'un an et non tacitement reconductibles. Or, dans le cadre d'un retour à l'emploi, un bénéficiaire peut vouloir souscrire à un contrat de complémentaire proposé par son employeur et, surtout, un bénéficiaire de la CSS avec participation peut voir sa situation se dégrader au cours de l'année et vouloir faire une nouvelle demande pour l'obtenir à titre gratuit, sans participation. Le coût net de cette mesure est estimé à 200 000 euros.

Parallèlement, le **a)** du même 5^o du même **I**, qui complète également l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale, **encadre l'accès à la CSS et l'entoure de conditions restrictives**. Ainsi, si l'assuré ne s'est pas acquitté de ses participations dues au titre de droits ouverts précédemment, ou s'il n'a pas bénéficié à cet égard d'une remise de dette ou d'une aide au paiement de ses participations en raison de sa précarité, une nouvelle admission ou un renouvellement de sa CSS lui seront impossibles.

¹ Loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 et décret n° 2020-1438 du 24 novembre 2020 relatifs au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé.

Enfin, une **plus large ouverture des recours** est proposée au (potentiel) bénéficiaire : là où seules les décisions d'attribution de la CSS pouvaient être portées devant la commission de recours amiable, le 1° du I du présent article, modifiant l'article L. 142-3 du code de la sécurité sociale, prévoit que celle-ci puisse connaître de l'ensemble des litiges relatifs à la CSS (fermeture de droit, demandes de remises ou de réductions de dette, demande de reversement d'une prestation versée à tort). Cette mesure, qui s'appliquera aux recours introduits à compter du 1^{er} janvier 2022, affectera de manière très limitée le budget des organismes de sécurité sociale.

c) La simplification des circuits de financement de la complémentaire santé solidaire

Le 6° du I du présent article, qui modifie l'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale, réorganise le mode de financement de la CSS. Il est proposé **que la prise en charge de la part d'assurance maladie complémentaire avancée par la caisse d'assurance-maladie dans le cadre du tiers payant intégral coordonné (point iii de la description du financement) soit désormais réalisée directement par la CNAM pour les assurés relevant d'organismes complémentaires**. Ainsi, le remboursement du professionnel de santé en retour de la feuille de soins qu'il aura envoyé ne nécessiterait pas le détour qu'implique la facturation à l'organisme complémentaire, car le fonds de financement de la CSS prendrait directement en charge ces dépenses.

Pour les 0,5 % de dépenses réalisées en dehors du tiers payant intégral, un autre circuit spécifique est prévu. Dans ce cas, le détour de la facturation auprès de l'organisme complémentaire s'avère en effet nécessaire. Le remboursement aux organismes complémentaires est, pour plus de clarté, mentionné dans un paragraphe spécifique.

L'impact financier de cette mesure serait positif car elle induirait une suppression de postes au sein de la CNAM et éviterait une transformation des systèmes d'information de plus d'un million d'euros.

Le 7° du I du présent article procède à une coordination avec les organismes assurant la prise en charge des frais de santé, qui devront informer les organismes complémentaires dépenses qu'elles prennent en charge directement par le biais du tiers-payant.

Le Gouvernement souligne que cette évolution permettrait de sécuriser le risque financier et de simplifier la tâche de recouvrement des caisses. Un contrôle de cohérence entre le montant des dépenses et les données sur les bénéficiaires transmises par les organismes complémentaires sera mis en œuvre par la CNAM, et les organismes complémentaires verront diminuer leurs charges de gestion.

Les 5°, 6° et 7° du I entrent en vigueur à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2023 (III).

B. Des dispositions supplémentaires sans rapport avec la complémentaire santé solidaire, et relatives à la remise des indus pour cause de précarité et à la prise en charge des frais de santé pour les enfants nés en détention restant avec leur mère écrouée

1. L'extension de la remise des indus pour cause de précarité aux assurés du régime agricole

L'article L. 256-4 du code de la sécurité sociale prévoit un principe général de remise de dette en cas de précarité. Il dispose qu' « à l'exception des cotisations et majorations de retard, les créances des caisses nées de l'application de la législation de sécurité sociale (...) peuvent être réduites en cas de précarité de la situation du débiteur par décision motivée par la caisse, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations ».

Alors que la Cour de cassation estimait que les caisses de sécurité sociale ont seules qualité pour mettre en œuvre cet article, le juge judiciaire étant incompétent pour statuer sur une telle demande¹, elle a opéré, par un arrêt du 28 mai 2020², un revirement de jurisprudence selon lequel il entre dans l'office du juge judiciaire de se prononcer sur le bien-fondé de la décision administrative d'un organisme de sécurité sociale en la matière, et d'apprécier si la situation de précarité du débiteur justifie une remise totale ou partielle de la dette en cause.

Ainsi, les caisses de mutualité sociale agricole, qui ne peuvent qu'octroyer des secours et non remettre les indus, pourraient se voir condamner, au titre de cette nouvelle interprétation, à remettre des indus, alors même qu'elles ne peuvent légalement y procéder. Cela constitue, en plus de la différence de traitement existant entre les assurés du régime agricole et du régime général à l'égard de la remise des indus pour cause de précarité, une incongruité juridique, que le Gouvernement souhaite résorber.

À cette fin, le **II** du présent article s'attache à compléter l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime. Il prévoit l'harmonisation des pratiques des organismes de la mutualité sociale agricole et des organismes de sécurité sociale, et renvoie à l'article L. 256-4 du code de la sécurité sociale pour les conditions dans lesquelles les créances peuvent être réduites. L'impact financier de cette mesure, qui entrerait en vigueur le 1^{er} janvier 2022, est estimé à quelques 125 000 euros.

¹ Chambre sociale, 31 octobre 2011, n° 89-20.720 ; Chambre civile 2^{ème}, 10 mai 2012, n° 11-11.278.

² Chambre civile 2^{ème}, 28 mai 2020, n° 18-26.512.

2. La prise en charge des frais de santé et autres frais afférents pour les enfants nés en détention restant avec leur mère écrouée

En application de l'article L. 381-30 du code de la sécurité sociale, les personnes écrouées, qu'elles soient en situation régulière ou irrégulière, bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé assurée par le régime général à compter de la date de leur mise sous écrou. En revanche, selon l'article L. 381-30-1 du même code, les ayants droit des personnes écrouées de nationalité étrangères en situation irrégulière ne peuvent en bénéficier en cas de maladie et de maternité. **Deux régimes existent donc pour les enfants de mères écrouées : si elles sont en situation régulière, l'enfant est affilié au même régime que leur mère, mais dans le cas contraire, celui-ci est couvert par l'aide médicale d'État.**

Le Gouvernement estime que la dissociation du dossier mère-enfant entraîne un risque de rupture de droits pour l'enfant à l'expiration des droits au titre de l'aide médicale d'État.

Par ailleurs, le centre national des personnes écrouées (CNPE), qui gère les affiliations des personnes écrouées, doit réaliser des examens de santé de l'enfant dans le cadre de ses missions de promotion de la santé en détention. Dans l'état actuel, il ne peut réaliser de tels examens sur les enfants nés de mère en situation irrégulière.¹

En conséquence, le 2° du I du présent article complète l'article L. 381-30 du code de la sécurité sociale et prévoit que « *pendant toute la durée du séjour auprès de leur mère écrouée, les enfants nés au cours de la détention bénéficient de la prise en charge des frais de santé dans les mêmes conditions* » que leur mère. L'article L. 381-30-1 est également modifié de sorte qu'ils bénéficient de la dispense d'avance de frais et de la prise en charge par le régime général de la part garantie par ce régime. Le dernier alinéa de cet article, aux termes duquel « *les personnes écrouées de nationalité étrangère [en situation irrégulière] ne bénéficient que pour elles-mêmes de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité* » est également supprimé pour assurer la coordination avec les modifications législatives précédentes.

L'impact financier de cette mesure, dont l'entrée en vigueur est prévue pour le 1^{er} janvier 2022, est très faible.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté sur cet article un amendement visant à **faire de l'automatisme de l'accès à la CSS pour les bénéficiaires du RSA une disposition d'application directe**, sans que ses modalités n'aient à être définies par décret.

¹ Annexe 9 du PLFSS 2022, Fiches d'évaluation préalable du projet de loi.

Les autres amendements sont rédactionnels et de coordination, et visent essentiellement à :

- supprimer la référence au mot « écrouées », pour désigner les mères dont les enfants bénéficieraient d'une prise en charge de leurs frais de santé ;

- à préciser que la résiliation du bénéficiaire de la CSS est en fait un droit à « renoncement » – l'accès à la CSS est en effet un droit, auquel on renonce, mais qu'on ne résilie pas ;

- coordonner dans le code de l'organisation judiciaire le renvoi aux dispositions relatives aux mères écrouées qui font l'objet du présent article.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Attachée à la lutte contre le non-recours aux droits, dont la prévalence a été soulignée dans une étude publiée en avril 2021 par le Secours Catholique¹, votre commission ne peut que se féliciter d'un tel dispositif.

Elle déplore toutefois l'introduction, dans un même article, de dispositions aussi disparates que les conditions d'accès à la CSS, la réforme de son circuit de financement, la remise des indus en cas de précarité dans le secteur agricole et la prise en charge des frais de santé pour les enfants en détention auprès de leur mère, complexifiant par là même leur examen.

Sous ces réserves, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

¹ Non recours : une dette sociale qui nous oblige, *Secours catholique, avril 2021* : https://www.secours-catholique.org/sites/scinternet/files/publications/rap-nonrecours_-_def.pdf

Article 45 bis (nouveau)

Services numériques pour l'application du tiers payant intégral au panier 100 % santé

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit que les organismes complémentaires d'assurance maladie mettent à disposition auprès des professionnels de santé, établissements et centres de santé, de services numériques destinés à garantir la bonne application du tiers payant pour les personnes qui y ont droit.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé : la mise à disposition par les organismes complémentaires d'assurance maladie de services numériques

A. Un tiers payant intégral progressivement étendu et déjà obligatoire sur les équipements et soins du panier 100 % santé pour les complémentaires santé à compter du 1^{er} janvier 2022

L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale prévoit que les contrats de complémentaire santé responsables et solidaires doivent respecter des garanties planchers et des plafonds de garanties applicables à certains postes de soin. L'article 51 de la LFSS pour 2019 a complété cet article en prévoyant que ces contrats doivent proposer, depuis le 1^{er} janvier 2020, une prise en charge au-delà des tarifs de responsabilité pour les soins dentaires prothétiques, les dispositifs d'optique médicale et les aides auditives de manière à couvrir le reste à charge sur les offres du panier « 100 % santé ».

L'article 65 de la LFSS pour 2021, qui doit entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2022, a également complété cet article L. 871-1 de façon à **rendre effectif et obligatoire le tiers payant intégral sur les équipements et les soins du panier « 100 % santé »** en audiologie, dentaire et optique, pour les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) proposant des contrats responsables et solidaires, le cas échéant à hauteur du reste à charge intégralement couvert.

B. Les problèmes d'équipement rencontrés par certains professionnels de santé s'accompagnent de réticences, de leur part, à l'égard du tiers payant complémentaire

Le rapport IGAS d'octobre 2017 sur l'évaluation de la généralisation du tiers payant¹ soulignait que le processus était rapide, fiable et simple lors que la facturation était sécurisée par la carte vitale. Les autres systèmes de facturation soulevaient des réserves. « Pour être simples, fiables et rapides pour le professionnel de santé », les processus de facturation, y compris en tiers payant complémentaire, « doivent être automatisés dans leur ensemble ».

¹ Inspection générale des affaires sociales, Évaluation de la généralisation du tiers payant, octobre 2017, rapport n° 2017-111R.

Toutefois, à l'époque, l'équipement en télétransmission des professionnels de santé était variable d'une profession à l'autre, et parfois insuffisant.

Part des professionnels de santé équipés pour télétransmettre en juin 2017

Professions	Nombre de professionnels de santé	Taux de pratique de la télétransmission
Centres de Santé ¹³	2 200	74 %
Chirurgiens-dentistes	41 000	88 %
Infirmiers	93 000	90 %
Masseurs-kinésithérapeutes	75 500	83 %
Laboratoires	4 100	92 %
Médecins généralistes	65 000	85 %
Médecins spécialistes	86 500	62 %
Pharmaciens	22 200	99 %
TOTAL (*)	465 500	76 %

(*) Certaines professions de santé n'ont pas été détaillées mais sont incluses dans le Total (sages-femmes, orthophonistes ...)

Source : Rapport IGAS de 2017 sur l'évaluation de la généralisation du tiers payant, d'après des données GIE SESAM vitale

Le même rapport soulignait pourtant l'existence d'un marché spécialisé de logiciels par professions de santé ainsi que l'engagement pris par les OCAM, en février 2016, à mettre en place des évolutions pour simplifier l'exercice du tiers payant en part complémentaire. En pratique, cela a été facilité par la concentration croissante des acteurs : les cinq principaux organismes de tiers payant couvraient, fin 2017, près de 70 % des personnes protégées par une assurance maladie complémentaire, de telle sorte qu'une trentaine de systèmes d'information gèreraient la quasi-totalité des flux de demandes de remboursement électronique des 534 organismes complémentaires¹.

Cependant, ce rapport soulignait l'hétérogénéité des délais de virement auprès des professionnels de santé, et en particulier de délais plus longs dans certains petits organismes non intermédiés dépassant parfois dix jours, ainsi que le fait que la garantie de paiement était limitée en pratique.

Il semble ainsi que la plus forte réticence à l'égard du tiers payant complémentaire provient des professionnels de santé, en raison de griefs d'ordre technique, notamment en raison de l'existence d'un double flux demande de remboursement électronique et feuille de soins électronique. Ceux-ci souhaitent surtout une procédure de manipulation simple, accompagnée d'une garantie de paiement unique et effective et d'un seul interlocuteur pour gérer l'ensemble des problèmes (identification des droits, rejets, etc.).

C. La mise à disposition par les organismes complémentaires d'assurance maladie de services numériques pour garantir la bonne application du tiers payant

Le I du présent article, issu d'un amendement déposé par le rapporteur général de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Mme Firmin Le Bodo, M. Christophe et Mme Chapelier, prévoit la création d'un article L. 871-2 dans le code de la sécurité sociale, qui dispose que les OCAM mettent à la disposition des professionnels de santé, des établissements et centres de santé des services numériques répondant à des caractéristiques définies par décret, lesquelles porteraient « *notamment sur les conditions de mise à disposition des informations relatives aux droits et garanties des personnes couvertes par les contrats, sur les modalités et délais de délivrance de l'accord des organismes lorsque la prestation est soumise à accord préalable, ainsi que sur les délais et garanties de règlement des sommes dues* ».

Ces dispositions doivent entrer en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard au 1^{er} juillet 2022 (II).

II - La position de la commission: la suppression d'un article dont la place n'est pas dans une loi de financement de la sécurité sociale

S'il est vrai que des efforts sont nécessaires pour harmoniser les outils informatiques mis à disposition des professionnels de santé et en faciliter le déploiement, votre commission estime que beaucoup a déjà été fait de la part des OCAM, en particulier en termes de concentration des acteurs. Or cette disposition fait peser sur les OCAM l'essentiel de l'effort de déploiement des services numériques aux fins de garantir l'application du mécanisme de tiers payant.

Surtout, elle n'a pas pour objet ou pour effet de modifier les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale. Son rattachement au PLFSS n'apparaît donc pas établi, ce pourquoi la commission demande sa suppression.

La commission vous demande d'adopter un amendement de suppression (amendement n° 209).

Article 45 ter (nouveau)

Information systématique des bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active de la possibilité d'effectuer l'examen de prévention en santé (EPS)

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à étendre la liste des personnes informées de la possibilité d'un examen de santé gratuit, pratiqué à certaines périodes de la vie, aux bénéficiaires du revenu de solidarité active.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : étendre l'information relative à la possibilité d'effectuer un examen de santé gratuit aux bénéficiaires du RSA

L'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale dispose que la caisse de sécurité sociale doit soumettre l'assuré et les membres de sa famille, à un examen de santé gratuit. Celui-ci doit être effectué à certaines périodes de la vie, lesquelles sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé¹. Cet examen, également dénommé « **examen de prévention en santé** », est **totalement pris en charge par l'assurance maladie**, s'appuie sur les **recommandations médicales les plus récentes** et s'inscrit en complémentarité de l'action du médecin traitant. Différentes actions peuvent être menées durant cet examen, comme un prélèvement sanguin, une analyse d'urine, un test auditif ou un test cardiorespiratoire. Destiné en priorité aux publics précaires, il comprend un **temps d'information sur les droits en santé**, sur les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, sur les parcours de soins et d'autres thématiques. Un **temps d'échanges avec des professionnels de santé** est également prévu.

L'article L. 321-3 dispose également qu'en cas de carence de la caisse, l'assuré et les membres de sa famille peuvent demander à subir cet examen et prévoit que **sont informés de la possibilité de cet examen les personnes admises dans une école de la deuxième chance, les jeunes effectuant un service civique, les apprentis, les volontaires stagiaires du service militaire, ainsi que les titulaires d'un contrat de professionnalisation.**

Le présent article, résultant d'un amendement présenté par 19 députés du groupe LREM, propose d'étendre cette information aux bénéficiaires du RSA.

¹ Article R. 321-5 du code de la sécurité sociale.

II - La position de la commission : adopter un article qui renforcerait l'accès à la santé des plus précaires

Cette mesure serait cohérente avec les dispositions contenue dans l'article 45 et relatives à l'automatisation de l'accès à la CSS pour les bénéficiaires du RSA.

Elle se placerait dans une logique cumulative : étant informés de la possibilité d'un examen de santé gratuit, les bénéficiaires du RSA pourraient s'y rendre et disposer, dans le cadre de cet examen, d'informations supplémentaires. Ils verraient dès lors leur accès aux soins facilité, et ce bien au-delà du seul accès à ce bilan gratuit.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 45 quater (nouveau)

Prise en charge des frais de santé des pensionnés établis à l'étranger

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à permettre aux pensionnés résidant à l'étranger qui voyaient certains de leurs soins pris en charge lors de leurs séjours temporaires jusqu'au 1^{er} juillet 2019, mais dont la durée d'assurance au titre d'un régime français n'atteint pas 15 ans, de continuer à bénéficier de la prise en charge de leurs soins dès lors que cette durée d'assurance a atteint les dix ans.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

I - Le dispositif proposé : l'assouplissement des conditions de prise en charge des soins réalisés lors de séjours temporaires pour les pensionnés résidant à l'étranger

A. La prise en charge des soins pour les pensionnés résidant à l'étranger et ses épisodes juridiques

a) La prise en charge de frais de santé pour certains soins réalisés lors de séjours temporaires pour les pensionnés résidant à l'étranger

L'article L. 160-3 du code de la sécurité sociale, créé par l'article 58 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, permettait à certaines personnes résidant à l'étranger et n'exerçant pas d'activité professionnelle de voir leurs frais de santé pris en charge lorsqu'ils étaient dus à des soins urgents ou programmés. Cette disposition concernait notamment les personnes titulaires d'une pension ou rente de vieillesse, ou d'une pension de réversion servie par un régime de base de sécurité sociale français, et les personnes titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité, ou d'une pension d'invalidité, servie par un ou plusieurs régimes de base français.

Il est toutefois apparu :

- que des dispositions de droit interne et de celles relevant du droit européen ou international, qui permettent la continuité de la protection sociale des retraités et de leurs ayants droit lors d'un séjour temporaire en France, avait été superposées « *sans que leur articulation fasse l'objet d'une réflexion approfondie* »¹ ;

- qu'avait été supprimée, inopinément, la condition de durée minimale de cotisation au régime obligatoire français de quinze années qui s'appliquait jusqu'alors aux retraités de nationalité étrangère, qui ne pouvaient par ailleurs bénéficier que de la prise en charge de soins non programmés.

b) La mise en place d'une condition de durée de cotisation et ses suites juridiques

Dès lors, l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a complété l'article L. 160-3 du code de la sécurité sociale de façon à prévoir que la prise en charge des frais de santé lors de séjours temporaires s'appliquerait seulement lorsque ces règlements ou conventions attribuent à la France la charge d'assurer exclusivement la couverture des personnes en cas de maladie (liste définie dans un « a ») et que, à défaut de tel règlement ou convention, la prise en charge s'appliquerait sous réserve que la pension, quelle que soit la nationalité de son titulaire, rémunère une durée d'assurance d'au moins 15 ans (liste définie dans un « b »). L'entrée en vigueur de ce dispositif était prévue pour le 1^{er} juillet 2019.

Il apparaissait de ces dispositions que les personnes qui, avant ce 1^{er} juillet 2019, bénéficiaient d'une prise en charge de leurs soins en France malgré une durée de cotisation inférieure à 15 ans, auraient dû à partir du 1^{er} juillet 2019 ne plus voir leurs frais de santé pris en charge lors de séjours temporaires. Pour atténuer les effets de cette loi, une instruction ministérielle du 1^{er} juillet 2019² permettait la prise en charge, au-delà du 1^{er} juillet 2019, des soins dispensés au cours de séjours temporaires à des pensionnés résidant à l'étranger affiliés pour cette prise en charge avant cette date, sans être couverts par un règlement européen ou une convention internationale de sécurité sociale prévoyant la compétence exclusive de la France et ne justifiant pas de 15 années minimales de cotisation à l'assurance vieillesse. La décision n° 437698 du Conseil d'État du 2 avril 2021 a procédé à l'annulation de ces dispositions en ce qu'elles méconnaissaient le b) de l'article L. 160-3 du code de la sécurité sociale et dès lors ne disposaient pas de base légale, ce qui a conduit à la clôture des droits de pensionnés en question.

¹ Rapport au Premier ministre sur la mobilité internationale des Français, Anne Genetet, députée, 2018.

² Instruction n° DSS/DACI/2019/173 du 1^{er} juillet 2019 relative à la prise en charge des frais de santé lors des séjours temporaires en France des pensionnés résidant à l'étranger.

B. L'objectif de l'article : permettre aux pensionnés bénéficiant de la prise en charge de leurs frais de santé avant le 1^{er} juillet 2019 de continuer à en bénéficier sous certaines conditions

Pour atténuer l'effet de cette décision, le présent article prévoit une dérogation au b) de l'article L. 160-3 du code de la sécurité sociale¹, en disposant que les pensionnés qui, jusqu'au 1^{er} juillet 2019, bénéficiaient de la prise en charge de leurs frais de santé, continuent à en bénéficier dès lors que leur pension rémunère une durée d'assurance supérieure ou égale à dix années au titre d'un régime français.

Il comporte toutefois une imprécision : la dérogation qu'il établit porte sur le b) de l'article L. 160-3, qui fait référence aux « personnes mentionnées aux 1^o et 3^o » dudit article, et pourtant il s'applique aux « personnes mentionnées aux 1^o à 3^o » de cet article.

II - La position de la commission : l'adoption d'un dispositif qui lisserait le passage d'un régime à l'autre

L'introduction de dispositions supplémentaires dans l'article L. 160-3 du code de la sécurité sociale par l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, si elle paraissait nécessaire, a eu pour effet une perte de droits rapide pour les personnes concernées. Conformément aux orientations fixées par l'instruction ministérielle du 1^{er} juillet 2019 – qui n'avait alors pas de base légale, ce qui ne peut être que déploré – la commission partage l'objectif d'assurer la transition la plus lisse possible pour les personnes concernées, dans une optique de renforcement de la sécurité juridique.

Toutefois, outre la correction de l'imprécision précédemment mentionnée, la commission vous demande, pour favoriser une meilleure lisibilité du droit, d'inclure le dispositif proposé par cet article directement dans l'article L. 160-3 du code de la sécurité sociale.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié (amendement n° 211).

¹ Pour rappel, il prévoit que, en l'absence d'un règlement ou d'une convention au regard de laquelle la France est exclusivement compétente pour la prise en charge des soins de santé dispensés dans l'État dans lequel elles résident, les pensionnés ne peuvent bénéficier de la prise en charge de frais de santé pour soins urgents et programmés que lorsque leur pension rémunère une durée d'assurance d'au moins 15 ans au titre d'un régime français.

CHAPITRE V

SIMPLIFIER ET MODERNISER LE SERVICE PUBLIC DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 46

Prolongation des dispositifs relatifs à la crise sanitaire

Cet article propose de permettre au pouvoir réglementaire de reconduire et de prendre, y compris par ordonnance, une série de mesures pour faire face à la covid-19 et relatives à la prise en charge renforcée des frais de santé et à l'amélioration des conditions d'accès et de versement de certaines indemnités. L'article propose également de prolonger la suppression du jour de carence en cas de congé maladie directement lié à la covid-19 pour certains agents publics et salariés.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé : autoriser l'exécutif à maintenir et à prendre des mesures dérogatoires d'adaptation à la situation sanitaire des modalités de prise en charge des frais de santé et d'indemnisation complémentaire

A. La prolongation des dérogations aux règles encadrant la prise en charge des frais de santé, les prestations en espèce et les indemnités complémentaires

1. Des dérogations permises en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel fortement utilisées en 2020 et 2021

a) Un dispositif créé en LFSS pour 2019 et utilisé dès 2020 dans le cadre de la crise sanitaire

L'article 54 de la LFSS pour 2019 a créé l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit, **lorsque la protection de la santé publique le justifie et en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel** - notamment épidémique -, la **possibilité de prendre en urgence**, par décret et pour un délai d'un an maximum, **des mesures dérogatoires** au droit commun en matière de **prise en charge renforcée des frais de santé et de bénéfice des prestations en espèce**.

Cette disposition, qui avait été introduite notamment en réaction à l'épidémie de Zika, s'est montrée particulièrement utile pour faire face à celle de la covid-19.

Elle a établi une **liste de domaines dans lesquels il est désormais possible, pour le pouvoir réglementaire, d'adopter des mesures dérogatoires au droit au commun**. Celui-ci, sur la base du nouvel article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, a ainsi pu prendre en 2020 diverses mesures dérogeant aux règles relatives :

- à la **participation financière** des assurés au titre du ticket modérateur, leur **participation forfaitaire** d'un euro pour toute consultation ou acte médical, la **franchise** à leur charge pour les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires ;

- à la **prise en charge** par l'assurance-maladie des **dépassements d'honoraires** pour les actes et prestations et des **dépassements tarifaires** sur les dispositifs médicaux et les prothèses dentaires ;

- au **forfait journalier hospitalier** ;

- aux conditions dans lesquelles est limitée à certaines situations la prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire de certaines prestations ou produits de santé ;

- aux **conditions et délais pour les bénéficiaires des indemnités journalières**, notamment le délai de carence préalable à leur versement et les délais d'envoi à la caisse primaire d'assurance maladie ou à la caisse de mutualité sociale agricole du certificat d'arrêt de travail et de notification à l'employeur.

À ce titre, **onze décrets ont été adoptés en 2020¹**, pour une durée maximale d'une année.

**L'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale :
un dispositif particulièrement utilisé pour faire face à la crise sanitaire,
à travers le décret du 31 janvier 2020 et ses nombreuses modifications**

Pour l'adaptation des conditions relatives au bénéfice des prestations en espèces, ces mesures dérogatoires ont procédé à l'exclusion de l'application d'un délai de carence pour le versement des indemnités journalières et à l'ouverture des droits pour les retours de zones épidémiques, les cas contacts (473 000 demandes d'IJ en 2020), les parents contraints de garder leur enfant (1,4 million de demandes) et les personnes vulnérables à haut risque de développer des formes sévères de covid-19 (241 000 demandes). Ce dispositif dérogatoire a couvert de nouveaux publics comme les professions libérales, les professionnels de santé et les artistes-auteurs, qui ne bénéficient pas d'indemnités journalières en temps normal. Selon la Cnam, les indemnités journalières dérogatoires ont représenté une charge de 1,22 Md€ pour les salariés du régime général et 0,3 Md€ pour les non-salariés.

¹ Ils ont tous complété le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus : décrets n° 2020-227 du 9 mars 2020, n°2020-277 du 19 mars 2020, n° 2020-459 du 21 avril 2020, n° 2020-520 du 5 mai 2020, n° 2020-549 du 11 mai 2020, n° 2020-637 du 27 mai 2020, n° 2020-859 du 10 juillet 2020, n° 2020-1386 du 14 novembre 2020 et n° 2020-1623 du 18 décembre 2020.

Pour ce qui a plus particulièrement concerné les conditions de prise en charge renforcée des frais de santé, il a été procédé, dans un premier temps, à des dérogations aux stipulations conventionnelles relatives à la télé médecine en matière non seulement de majoration hors parcours de soins pour les téléconsultations et de prise en charge de ces téléconsultations par téléphone, mais aussi en matière de conditions de prise en charge des actes de télésanté et de limitation de leur nombre ainsi que des actes de télésoin réalisés par téléphone pour certaines populations.

Dans un second temps, et toujours par l'entremise de mesures dérogatoires adoptées sur le fondement de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, il a été procédé à la prise en charge intégrale de certains actes visant à contrôler et suivre l'épidémie (soins en centres ambulatoires Covid, tests PCR et sérologiques, consultations post-confinement pour les personnes vulnérables ou souffrant d'une affection de longue durée, consultation de prévention de la contamination) et à l'assouplissement des conditions relatives aux arrêts de travail (autorisation de leur prescription pour les assurés atteints ou suspectés d'infection à la covid-19 ou faisant l'objet d'une mesure d'isolement, exclusion des arrêts de travail dérogatoire du calcul des durées maximales de versement des indemnités journalières maximales et absence de délai de carence pour les « cas contact »).

b) La LFSS pour 2021 a procédé à une précision et à une extension des possibilités de dérogation

En réaction à la crise sanitaire, à l'aune de laquelle ces dispositions étaient parues insuffisantes, **l'article 76 de la LFSS pour 2021 est venu modifier ces dispositions pour préciser et étendre les possibilités de dérogation**, non seulement au sein-même de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, mais également en créant, grâce à un nouvel article L. 1226-1-1 du code du travail, un **dispositif de nature similaire relatif aux indemnités complémentaires**.

Une évolution des objectifs et des bénéficiaires

En ce qui concerne l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, là où les **dérogations liées au bénéfice des prestations en espèces** devaient porter sur les règles relatives à leur « *adaptation* », elles **ne peuvent plus concerner, depuis 2021, que celles qui permettent leur « amélioration »**.

Ensuite, là où les mesures dérogatoires relatives aux prestations en espèces ne pouvaient concerner que les assurés du régime général et du régime agricole, leur **champ d'application a été étendu aux assurés relevant de régimes spéciaux**.

Enfin, là où **les dérogations** ne pouvaient être prévues que pour les actes et prestations « *directement en lien avec le risque en cause* », elles ont été **étendues au cas où ces actes et prestations étaient « nécessaires à la limitation de la propagation des effets de ce risque »**, comme, par exemple, les téléconsultations et actes de télésoin **sans lien avec l'épidémie**.

Une extension des domaines de dérogation

Les **domaines couverts** par ces possibilités de dérogation sont apparus **trop insuffisants** pour tenir adéquatement compte des difficultés entraînées par la crise sanitaire. Dès lors, la liste prévue à l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale a été étendue par l'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, aux domaines suivants :

- **La prise en charge** par l'assurance-maladie de frais de santé et de maternité non remboursés ;

- Les conditions d'**ouverture et de prolongation de droits à la complémentaire santé solidaire ou à l'aide médicale d'État** - que les mesures de confinement avaient participé à dégrader ;

- Les **conditions de résidence** nécessaires à l'affiliation à l'assurance maladie et maternité ;

- La **durée maximale des indemnités journalières** - là où le pouvoir réglementaire ne pouvait agir que sur le délai de carence ;

- Les conditions d'attribution de l'**allocation de remplacement** pour maternité versée aux assurées du régime agricole ;

- Le délai d'envoi de l'avis d'arrêt de travail en cas d'interruption de travail pour les incapacités de travail et les accidents de travail ;

- Les délais de recours préalables en matière de contentieux de la sécurité sociale et de traitement de ces recours.

La possibilité d'adapter les conditions de versement du complément employeur

Face à l'impossibilité, pour le pouvoir réglementaire, de modifier les conditions et les modalités d'**attribution des indemnités complémentaires versées par les employeurs** (également appelées « complément employeur »)¹, l'article 76 de la LFSS pour 2021 a également créé un **nouvel article L. 1226-1-1 dans le code du travail, prévoyant, dans les mêmes situations** que celles mentionnées à l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, **la possibilité d'adopter des mesures dérogatoires du droit commun et « adaptées » pour le versement de l'indemnité complémentaire**. Cette indemnité, versée par l'employeur au salarié en complément des indemnités journalières de l'assurance maladie en cas d'arrêt de travail justifié par un certificat médical, permet de compenser la perte de revenus du salarié de façon dégressive pendant deux, voire trois mois d'arrêt en fonction de l'ancienneté.

¹ À cette fin, deux ordonnances ont été prises sur la base de l'article 11 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 : l'ordonnance n° 2020-322 du 25 mars 2020 adaptant temporairement les modalités de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail et l'ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19 (article 9).

Les dérogations relatives à son versement peuvent concerner la condition d'ancienneté pour y accéder, le motif d'absence, la condition liée à l'incapacité médicalement constatée de travailler, la condition liée au soin en France ou dans un État européen, l'exclusion de certaines catégories de salariés, le taux et les modalités de calcul de l'indemnité complémentaire, ainsi que le délai de carence.

c) Le pouvoir réglementaire a fait usage de ces possibilités pour adapter sa réponse à la situation sanitaire

Sur la base de ces dispositions croisées, le pouvoir réglementaire a pris **sept décrets**, en commençant par celui du 8 janvier 2021, prolongé et modifié à six reprises au cours de l'année 2021¹. Celui-ci reprend certaines dispositions contenues dans le décret du 31 janvier 2020.

Le décret du 8 janvier 2021 modifié permet, tout d'abord, de **déroger aux règles relatives à l'attribution des indemnités journalières maladie pour l'assuré dans l'impossibilité de travailler y compris à distance**, lorsque celui-ci est une personne vulnérable et ne peut être placé en activité partielle, qu'il fait l'objet d'une mesure d'isolement en tant que contact à risque de contamination, qu'il présente des symptômes d'infection à la covid-19 (sous condition d'un test rapide) ou qu'un test - ou un autotest - montre qu'il est contaminé ou encore qu'il fait l'objet d'une mesure d'isolement prophylactique ou d'une mise en quarantaine. Dans toutes ces situations, l'arrêt de travail est établi par l'assurance maladie après déclaration en ligne *via* un téléservice.

En outre, pour le versement des indemnités journalières, il **soustrait l'assuré aux durées d'affiliation et de cotisation ordinaires ainsi qu'au délai de carence**. De même, sur la base de l'article L. 1226-1-1 du code du travail, il prévoit qu'**aucune condition d'ancienneté ni qu'aucun délai de carence ne sont requis pour avoir droit au complément employeur**.

En ce qui concerne plus particulièrement la **prise en charge renforcée des frais de santé**, le décret prévoit que, pour les patients présentant des symptômes d'infection ou étant atteints de la covid-19, **il peut être dérogé à certaines dispositions conventionnelles** au regard :

- du champ de prise en charge et de la limitation du nombre de téléexpertises annuel ;

- du respect du parcours de soins coordonné lorsque le patient ne peut bénéficier d'une téléconsultation dans les conditions de droit commun ;

¹ Décrets n° 2021-13 du 8 janvier 2021, n° 2021-182 du 18 février 2021, n° 2021-271 du 11 mars 2021, n° 2021-497 du 23 avril 2021, n° 2021-657 du 26 mai 2021, n° 2021-770 du 16 juin 2021 et n° 2021-1049 du 6 août 2021.

- du remboursement par l'assurance maladie des actes de téléconsultation réalisés par vidéotransmission lorsque les patients ne disposent pas d'un accès internet satisfaisant, qu'ils présentent des symptômes ou sont atteints de la covid-19, qu'ils sont atteints d'affection de longue durée, ou encore qu'ils sont des personnes âgées ou enceintes.

Dans la droite ligne du décret du 31 janvier 2020, il prévoit aussi la **suppression du ticket modérateur pour les actes et prestations dans les centres ambulatoires dédiés à la covid-19, pour les tests PCR et sérologique et pour les consultations organisées à la suite d'un dépistage positif et pour recenser les cas contact**. Dans une logique similaire, l'assurance maladie rembourse la **consultation de prévention de la contamination** pour les assurés vulnérables ou atteints d'une affection de longue durée, ainsi que les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale d'Etat.

Enfin, le décret du 8 janvier 2021 modifié procède à la **suspension des règles de participation de l'assuré** (ticket modérateur, participation forfaitaire, franchise) **pour les frais dus à la vaccination**, qu'il s'agisse de la **consultation pré-vaccinale**, de la **consultation de vaccination**, des **frais liés à l'injection du vaccin** ou au renseignement de données dans le cadre de la campagne « Vaccin Covid ». Un assuré peut également se voir rembourser le **transport jusqu'au centre de vaccination** sur le fondement d'une prescription médicale.

La conjonction de ces nouvelles dispositions a eu pour effet d'alourdir significativement les dépenses supportées par la branche maladie, d'autant que les contrôles assurés par l'assurance maladie ont été très limités pendant la crise sanitaire¹.

Les mesures dérogatoires relatives aux indemnités journalières et à la prise en charge des frais de santé en 2020 et 2021 : un poids conséquent supporté par la branche maladie

En 2020, la dépense totale liée aux indemnités de salariés dans des conditions dérogatoires depuis le début de la crise sanitaire représente 1,4 milliard d'euros, mais a été essentiellement concentrée sur le premier confinement, au titre du dispositif de garde d'enfants (1 milliard d'euros). Les mesures en faveur des personnes vulnérables et des cas contact ont représenté respectivement 200 et 100 millions d'euros.

La prise en charge intégrale des téléconsultations et télésoins a coûté 100 millions d'euros. Celle des tests PCR et antigéniques a représenté un coût de 2,6 milliards d'euros, dont 530 millions liés à l'absence d'application d'un ticket modérateur.

¹ Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2021, pp. 198-199.

Pour 2021, les prévisions de dépenses d'indemnités journalières dérogatoires sont de l'ordre de 600 millions d'euros, essentiellement liés à l'indemnisation des cas contacts et des personnes malades et symptomatiques.

Le financement de tests PCR et antigéniques entièrement pris en charge par l'assurance maladie puis, depuis mi-octobre 2021, remboursés dans certains cas, devraient représenter une dépense de 6,2 milliards d'euros. En outre, la prise en charge de la vaccination, à l'hôpital et en Ehpad devrait représenter 1,5 milliards d'euros en 2021, dont 525 millions liés à la prise en charge intégrale (le ticket modérateur sur les vaccins s'élève normalement à 35 % sur les vaccins).

Source : Direction de la Sécurité sociale

2. Des dispositions qui ne sont appliquées qu'imparfaitement aux agents publics civils et militaires

Alors que le I de l'article 115 de la loi de finances pour 2018¹ prévoyait qu'un **délai de carence d'un jour** s'appliquerait, en cas de congé maladie, pour les **agents publics civils et militaires ainsi que les salariés relevant d'un régime spécial** d'assurance maladie, l'article 217 de la loi de finances pour 2021², introduit par voie d'amendement par le Sénat, permettait de **déroger à son application** jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire déclaré en application de l'article 1 de la loi du 14 novembre 2020³. Cette dérogation ne pouvait être prévue que **pour les traitements, rémunérations et prestations afférentes aux congés de maladie directement en lien avec le risque à l'origine de l'état d'urgence**⁴, c'est-à-dire avec la covid-19 comme cela a été précisé par la suite. Après la fin de celui-ci, elle a pourtant été **prolongée jusqu'au 30 septembre 2021** par l'article 11 de la loi du 31 mai 2021⁵, avant qu'il ne soit procédé à une seconde prolongation, jusqu'au 31 décembre 2021, par l'article 1 de la loi du 5 août 2021⁶. L'ensemble de ces dispositions témoigne d'une préoccupation particulière pour **l'alignement du régime prévu pour les agents publics et militaires ainsi que des salariés relevant d'un régime spécial sur la situation des salariés du secteur privé.**

¹ Loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018.

² Loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020 de finances pour 2021.

³ Loi n° 2020-1379 du 14 novembre 2020 autorisant la prorogation de l'état d'urgence sanitaire et portant diverses mesures de gestion de la crise sanitaire.

⁴ Soit, dans un premier temps, jusqu'au 16 février 2021 puis, à la suite de la prorogation de l'état d'urgence sanitaire par la loi n° 2021-160 du 15 février 2021 prorogeant l'état d'urgence sanitaire, jusqu'au 31 mai 2021.

⁵ Loi n° 2021-689 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

⁶ Loi n° 2021-1040 relative à la gestion de la crise sanitaire.

Toutefois, **cet alignement paraît incomplet**. Ainsi, alors que certains agents publics, tels que les contractuels et les agents travaillant à temps incomplet de moins de 28 heures hebdomadaires, visés par l'article 115 de la loi de finances pour 2018, ont effectivement pu bénéficier de la suspension de cet article 115 grâce à l'article 11 de la loi du 31 mai 2021, ils ne peuvent pas bénéficier de toutes les autres dérogations prévues au 9° de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, réservées aux assurés du régime général et à ceux relevant d'un régime spécial, en particulier les dérogations aux modalités de versement du traitement, de la rémunération ou des prestations en espèce. Ainsi, pour ces contractuels et agents travaillant à temps incomplet, une dérogation au délai de carence s'applique pour le versement de l'indemnité journalière, mais pas pour le complément de rémunération versé par l'employeur pour assurer le maintien de la rémunération.

B. La prolongation et l'élargissement du domaine de ces dérogations et l'harmonisation du bénéfice des dérogations liées au versement de prestations en espèces

1. La prolongation jusqu'au 31 décembre 2022 des dérogations et la possibilité de leur modification par voie d'ordonnance

Tout d'abord, le 1° du II du présent article vise à **prolonger** jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard le 31 décembre 2022, **les dispositions de l'article 11 de la loi du 31 mai 2021 suspendant**, en cas de congés de maladie directement en lien avec la covid-19, le **délai de carence** pour les agents publics civils et militaires et les salariés en congé de maladie pour lesquels l'indemnisation de ce congé n'est pas assurée par un régime obligatoire de sécurité sociale ou est assurée par un régime spécial.

Plus généralement, ce même 1° propose également de **prolonger**, jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2022, **les dispositions prises par décret en 2021 en application des articles L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale et de L. 1226-1-1¹**.

Le 2° du II du présent article vise à **habiliter le Gouvernement à prendre par ordonnance, jusqu'au 31 décembre 2022**, toute mesure relevant du domaine de la loi visant à **rétablir, adapter ou compléter** dans les domaines mentionnés aux mêmes articles **les dispositions dérogatoires** prises sur leur fondement. Les **mesures** en question ne seraient **applicables** que **jusqu'au 31 décembre 2022** et chaque ordonnance pourrait prévoir **l'application rétroactive des dispositions** qu'elle contient jusqu'à un mois avant la date de sa publication.

¹ Le projet de loi comporte ici une coquille : il mentionne l'article L. 1226-1 du code du travail, qui prévoit une indemnité complémentaire, là où l'article L. 1226-1-1 permet de déroger à ses conditions de versement. Elle est sans incidence puisque l'Assemblée nationale a procédé au retrait des dispositions faisant référence à cet article.

Il est enfin prévu que les ordonnances et décrets mentionnés ci-dessus soient dispensés de toute consultation obligatoire.

L'impact financier de ces dispositions dépend étroitement de la situation sanitaire et de la prise ou non des mesures dérogatoires qu'elles permettent. Dans son évaluation préalable, le Gouvernement rappelle toutefois à titre d'indication qu'en 2020, 1,6 milliard d'euros d'indemnités journalières dérogatoires ont été versées, que la prise en charge intégrale des téléconsultations et télésoins a coûté 100 millions d'euros, quand celle des tests PCR et antigéniques a représenté une dépense totale d'environ 2,6 milliards d'euros.

2. L'extension à l'ensemble des agents publics du bénéfice des dérogations liées au versement de prestations en espèces

Les 1^o et 2^o du I du présent article, qui s'appliqueraient à partir du 1^{er} janvier 2022 (III), visent à **permettre à l'ensemble des salariés et agents publics de bénéficier des dérogations liées au versement de prestations en espèces**. Par la modification du 9^o de l'article L.16-10-1 du code de la sécurité sociale, les assurés du régime général ne bénéficiant pas de l'indemnité complémentaire versée par les employeurs privés pourraient bénéficier des dérogations relatives au maintien du traitement ou de la rémunération pendant les périodes de congés pour raisons de santé. En particulier, les contractuels de droit public et les fonctionnaires travaillant à temps incomplet de moins de 28 heures pourraient se voir appliquer des dérogations relatives au délai de carence, aux conditions d'affiliation au risque ou les règles de calcul et de prise en compte des prestations en espèce.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale : le retrait de la prolongation des décrets relatifs aux indemnités complémentaires

L'Assemblée nationale a procédé, par amendement du Gouvernement, au retrait des dispositions qui prévoyaient de prolonger les décrets pris en application de l'article L. 1226-1-1 du code du travail et d'habiliter le Gouvernement à légiférer par ordonnance dans ces domaines pour une durée d'un an. Elles ont en effet parallèlement été introduites par amendement dans le projet de loi portant diverses dispositions de vigilance sanitaire (article 5 *ter*) qui, au passage, a limité leur application au 31 juillet 2022.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Il est apparu cohérent à la commission de ranger les dispositions relatives aux indemnités complémentaires avec celles qui concernent le travail dans le projet de loi portant diverses dispositions de vigilance sanitaire. Elle s'interroge toutefois sur la raison pour laquelle il n'a pas été procédé de même pour les dispositions restantes du présent article 46.

La commission note que l'amendement du Gouvernement qui a abouti à l'inscription à l'article 5 *ter* du projet de loi portant diverses dispositions de vigilance sanitaire a procédé au remplacement de l'échéance du 31 décembre 2022 par celle du 31 juillet. Il est dès lors permis de se demander pourquoi cette date était fixée au 31 décembre dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale originel, s'il est finalement possible de l'avancer, et ce, d'autant plus que les mesures dérogatoires déjà prises dans ces domaines en 2021 ont représenté pour l'assurance maladie un coût élevé en 2020 et 2021.

La commission des affaires sociales a déjà, dans le cadre de l'examen du projet de loi portant diverses dispositions de vigilance sanitaire, préconisé d'avancer au 28 février 2022 l'échéance jusqu'à laquelle les mesures dérogatoires relatives au versement de l'indemnité complémentaire pouvaient être maintenues. En cohérence avec cette position, la commission propose un avancement du 31 décembre au 28 février 2022 pour l'échéance jusqu'à laquelle, d'une part, le délai de carence applicable aux agents publics et à certains salariés serait suspendu et, d'autre part, des mesures dérogatoires en matière de frais de santé et de bénéfice des prestations en espèces pourraient être maintenues (**amendement n° 213**).

En outre, l'habilitation prévue au présent article ne se justifie pas au regard de l'ampleur des mesures dérogatoires du droit commun et donc à la loi, déjà prises en 2020 et 2021 sans une telle habilitation. Le champ des dérogations à la loi est déjà suffisamment large sans qu'il soit besoin d'empiéter encore davantage sur la compétence du législateur grâce à un champ d'habilitation démesurément vaste. En effet, les ordonnances relèveraient de dispositions relatives à la prise en charge des frais de santé et au bénéfice des prestations en espèce, en présence un risque sanitaire grave et exceptionnel, et ne seraient pas directement en lien avec le risque en cause mais nécessaires à la limitation des effets de ce risque.

Par ailleurs, lors de l'examen du projet de loi portant diverses dispositions de vigilance sanitaire, la commission a préconisé de supprimer la même habilitation en matière d'indemnités complémentaires, étant donné le « *flou absolu sur les intentions du Gouvernement* »¹, que l'on retrouve dans la formulation qu'il propose dans cet article.

En cohérence avec cette position, il est proposé de supprimer cette habilitation (**amendement n° 214**).

Un amendement rédactionnel est également proposé (**amendement n° 212**).

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 46 bis (nouveau)

**Possibilité pour l'agence nationale de santé publique
de céder des biens à titre gratuit**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à conférer à Santé publique France la faculté de céder à certains organismes publics des biens, comme des produits, médicaments et dispositifs médicaux, dans le but d'en assurer le renouvellement ou d'en éviter la destruction.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé : donner à Santé publique France la faculté de céder des biens à des organismes publics

L'article L. 3211-18 du code général de la propriété des personnes publiques dispose que « *les opérations d'aliénation du domaine mobilier de l'État ne peuvent être réalisées ni à titre gratuit, ni à un prix inférieur à la valeur vénale* ». Cette disposition s'applique également aux établissements publics de l'État, dont fait partie l'Agence nationale de santé publique² également dénommée Santé publique France (SpF). Ainsi, **il n'est actuellement pas possible à l'Agence nationale de santé publique de céder à titre gratuit des biens meubles**, y compris à des organismes publics comme les établissements publics de santé.

¹ Avis n° 104 présenté au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, portant diverses dispositions de vigilance sanitaire, par Mme Pascale GRUNY, enregistré à la présidence du Sénat le 26 octobre 2021.

² Article L. 1413-1 du code de la santé publique.

Aux termes de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique, l'agence procède, à la demande du ministre de la santé, à l'acquisition, la fabrication, l'importation, le stockage, le transport, la distribution et l'exportation des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves, et assure leur renouvellement et leur éventuelle destruction. **Pour éviter le coût de cette destruction, il pourrait lui être utile de céder ces biens aux organismes publics comme les établissements de santé, lesquels pourraient en avoir l'usage.**

Le présent article, issu d'un amendement présenté par le groupe Modem, vise à permettre à SpF de céder ces biens. Il propose pour cela de compléter l'article L. 3212-2 du code général de la propriété des personnes publiques qui recense les exceptions à l'interdiction prévue à l'article L. 3211-18 susmentionné, en prévoyant une exception supplémentaire. Dans le but d'en assurer le renouvellement ou d'en éviter la destruction, SpF pourrait donc céder ces biens à titre gratuit à des établissements publics de l'État, à des collectivités territoriales, leurs groupements et leurs établissements publics, à des établissements publics de santé, ou d'autres organismes publics dont la liste serait définie par décret. Le cessionnaire ne pourrait procéder à la cession à titre onéreux des biens ainsi reçus.

II - La position de la commission: la suppression d'un dispositif qui n'a pas sa place en loi de financement de la sécurité sociale

Certes, l'article L. 1413-12 du code de la santé publique prévoit que les ressources de SpF sont constituées, entre autres, « *par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie* ». Dans les faits, cette dotation constitue la plus grande part de ses ressources.

Toutefois, même si cette disposition permettrait à SpF de faire économies en lui évitant de procéder à la destruction des biens qu'elle céderait, l'impact sur les conditions de l'équilibre financier de l'assurance maladie entraîné par cette mesure ne serait qu'indirect et surtout hypothétique. Le poids financier de la dotation attribuée par l'assurance-maladie à SpF est en effet discrétionnaire : on ne peut donc déduire des éventuelles économies réalisées par SpF une diminution concomitante de cette dotation.

Ainsi, et de position constante, la commission estime que cette disposition est irrecevable au titre des dispositions de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

La commission vous demande d'adopter l'amendement de suppression (**amendement n° 215**)

Article 46 ter (nouveau)

**Information des patients et transmission de données personnelles
aux professionnels de santé par les organismes de sécurité sociale**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à attribuer à la Cnam une nouvelle mission d'appui à la gestion des alertes sanitaires et permettre de nouvelles exploitations et transmissions des données de l'assurance maladie.

La commission vous demande de supprimer cet article qu'elle considère avoir été adopté selon une procédure contraire à la Constitution.

I - Le dispositif proposé

Le présent article a été adopté à l'initiative du rapporteur général de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

A. Un nouveau partage de données en vue de favoriser la prévention et les soins pris en charge

Le 1° de l'article modifie l'**article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale**. Cet article, relatif aux **missions des organismes d'assurance maladie obligatoire**, prévoit à son premier alinéa une action d'information des assurés en vue de faciliter leur accès aux soins et leurs conditions de prise en charge.

Le 1° complète cet alinéa afin de prévoir la **possibilité d'envois d'informations ciblées aux assurés** de ces régimes, en vue de « *faciliter leur accès et leur participation à toutes actions de prévention ou aux soins pris en charge* ». La phrase ajoutée autorise par ailleurs une **personnalisation de ces envois au moyen des données issues des systèmes d'information** des régimes, particulièrement le système national d'information partagé par les régimes d'assurance maladie, le SNIIRAM.

B. Un nouveau cadre de transmission de données aux professionnels de santé

Le 2° de l'article modifie l'**article L. 162-2-3 du code de la sécurité sociale** afin d'apporter une nouvelle rédaction à son **premier alinéa**, relatif aux possibilités de transmission de données personnelles des patients. La rédaction actuelle prévoit la possibilité, dans le cadre d'actions de prévention ou relatives à la pertinence des soins, de transmettre certaines informations aux médecins ou pharmaciens, sauf opposition du patient.

La rédaction proposée par le *a)* du 2° modifie les références aux missions des organismes d'assurance maladie, substituant aux mentions des articles L. 221-1 et L. 315-1 les missions de prévention et de gestion des alertes sanitaires figurant à l'article L. 221-1 et les missions d'information et d'accompagnement inscrites à l'article L. 162-1-11.

Quand seuls les médecins et pharmaciens sont aujourd'hui visés, la nouvelle rédaction prévoit **une possibilité plus générale de transmission aux « professionnels appelés à traiter ces patients »**, renvoyant la liste des professions à un décret.

Le **b)** du 2° modifie le second alinéa du même article afin de permettre également la **transmission des informations par des agents habilités** quand la rédaction actuelle prévoit une transmission dématérialisée.

Enfin, le **c)** du 2° complète ledit article par deux nouveaux alinéas :

- le premier prévoit la mise en œuvre de ces transmissions **après avis d'une commission nouvelle placée auprès du directeur de la Cnam** comprenant notamment des représentants d'assurés et d'institutions du champ de l'assurance maladie¹ ;

- le second prévoit **l'information des patients, dans le respect de la loi dite « Informatique et libertés » et leur droit d'opposition**, à l'exception du cas de transmissions au titre de la participation à la gestion de la crise sanitaire.

C. L'attribution d'une nouvelle mission à l'assurance maladie

Le 3° de l'article modifie **l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale** relatif au rôle de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Il simplifie avec le **a)** la rédaction du 3° concernant la promotion par la caisse d'actions de prévention et d'information en supprimant les références aux autres articles du code.

Surtout, avec le **b)**, il attribue à la Cnam une **nouvelle mission de contribution à la gestion des situations d'alerte sanitaire** « *par des mesures ou actions concourant à prévenir la réalisation ou atténuer l'impact de la menace pour la santé de la population* ». Cette action est menée sans empiéter sur les missions propres de l'ANSM ou de Santé publique France.

Le même alinéa précise que ces actions peuvent **viser l'ensemble des assurés**, soit un champ plus large que les seuls ressortissants du régime. Enfin, les autres organismes obligatoires sont tenus informés et, le cas échéant, mobilisés dans la mise en œuvre de ces actions.

Enfin, le 4° prévoit une coordination.

¹ Le Gouvernement a sous-amendé l'amendement du rapporteur général en vue de ne pas contraindre le caractère bénévole des membres de la commission prévue à cet article additionnel.

II - La position de la commission

A. Un nouvel usage peu défini de données de santé par l'assurance maladie

Le présent article additionnel est un exemple de l'enjeu que représentent les données de santé en matière d'amélioration de la prévention auprès des patients, du renforcement de l'accès aux soins mais aussi de réponse aux crises sanitaires. Cependant, la rapporteure regrette la présence de cet article sans lien avec le PLFSS et dont le dispositif aurait justifié, au regard des questions qu'il pose, un examen suivant la procédure propre aux projets ou propositions de loi ordinaire.

Cependant, sur le fond, la rapporteure estime que le dispositif proposé est insuffisamment précis dans ses intentions et, particulièrement, dans les implications concrètes qu'il serait susceptible d'apporter.

Ainsi, la possibilité nouvelle de procéder à l'envoi de nouvelles informations ciblées et personnalisées aux assurés sur la base de l'exploitation des données de l'assurance maladie mériterait d'être mieux évaluée dans ses potentialités, ses finalités et sa mise en œuvre.

De la même façon, la création de cette nouvelle mission de concours de la Cnam à la gestion des crises sanitaires paraît relativement générale et, surtout, satisfaite concrètement comme l'a empiriquement montré la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19. En outre, la transmission de données aux professionnels de santé mériterait d'être mieux appréciée sur le champ des professions destinataires et non se borner à une ouverture générale dont la précision est renvoyée à un décret.

Enfin, alors que la commission des affaires sociales entend mener en 2022 une mission d'information sur les données de santé, la rapporteure estime préférable de retenir une approche plus globale sur ce sujet qu'une série de modifications pointillistes au gré des textes.

B. Une disposition manifestement irrecevable au regard de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale

Aux termes de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, peuvent figurer au sein d'une loi de financement de la sécurité sociale des dispositions ayant un effet sur les recettes ou les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit.

Force est de constater que le présent article est dépourvu d'impact sur les comptes de l'assurance maladie et constitue manifestement un cavalier social.

La rapporteure regrette qu'année après année, de telles initiatives du Gouvernement comme de certains parlementaires dévoient la procédure contrainte d'adoption des PLFSS pour en faire une « mini loi santé », obérant alors les conditions d'examen parlementaire des dispositions centrales et nécessaires des lois de financement.

Aussi, considérant que cet article a été adopté selon une procédure contraire à la Constitution, la commission a adopté l'amendement de suppression n° 216 et vous demande de supprimer cet article.

Article 47

Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les salariés et les travailleurs indépendants

Cet article propose d'améliorer l'indemnisation au titre de la maladie et de la maternité des anciens travailleurs indépendants, en permettant notamment aux assurés de bénéficier du maintien de leurs droits aux indemnités journalières. Il propose également la suppression des indemnités journalières spécifiques aux praticiennes et auxiliaires médicales conventionnées versées en cas de difficultés médicales liées à la grossesse, ainsi que l'extension du congé paternité aux collaborateurs des professions libérales.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé : corriger certains désavantages subis par les travailleurs indépendants en matière d'indemnités journalières et harmoniser certaines dispositions concernant les professions libérales

A. Pour les travailleurs indépendants, alléger l'impact de la crise sanitaire et de leur transition professionnelle sur leurs indemnités journalières

1. La limitation de l'impact négatif de l'année 2020 sur les indemnités journalières maternité et maladie des travailleurs indépendants et la correction du calcul de ces indemnités

a) La prolongation de l'adaptation du calcul des indemnités journalières maternité et maladie des travailleurs indépendants pour tenir compte de la crise sanitaire

Dans les conditions de droit commun, les indemnités journalières maladie équivalent à 1/730 du revenu d'activité annuel moyen, calculé sur la moyenne des revenus cotisés des trois années civiles précédant la date de l'arrêt de travail, dans la limite, généralement, du plafond annuel de la

sécurité sociale¹ (PASS). **Le montant des indemnités journalières maternité, lui, est égal à 1/730 de la valeur du PASS².** Il convient toutefois de noter que ces dispositions concernent essentiellement les travailleurs indépendants ne relevant pas du régime micro-social (*cf. infra*).

Or les revenus de 2020 ont été entamés par la crise sanitaire, ce qui induit des conditions d'indemnisation pour maladie particulièrement défavorables pour les travailleurs indépendants.

Succédant à diverses dérogations applicables en matière d'indemnités journalières dans le contexte de la crise sanitaire³, le II de **l'article 4 de la loi du 5 août 2021** relative à la gestion de la crise sanitaire s'était déjà attaché, par dérogation à l'article L. 622-3 du code de la sécurité sociale, à ouvrir la **possibilité de neutraliser les revenus d'activité de l'année 2020 du travailleur indépendant pour le calcul de ces prestations**. Le **décret du 6 août 2021**, pris en application de cet article 4, dispose ainsi que **les revenus d'activité de l'année 2020 des travailleurs indépendants ne sont pris en compte pour le calcul du montant de l'indemnité journalière maladie que lorsque son montant est supérieur à celui obtenu en retenant les seuls revenus d'activités de 2018 et 2019⁴**. De plus, lorsque le revenu d'activité annuel moyen calculé selon ces modalités est inférieur (et non nul) à un seuil de contributivité fixé à 10 % du PASS, le montant de l'indemnité maladie est égal à 10 % du montant de l'indemnité journalière, calculé sur la base d'un revenu d'activité annuel moyen égale au PASS⁵.

Le **III** du présent article s'attache à prolonger les dispositions susmentionnées de l'article 4 de la loi du 5 août 2021. Là où ce dernier prévoyait la fin du dispositif pour le 31 décembre 2021, il est prolongé pour les arrêts de travail débutant à compter du 1^{er} janvier 2022 et jusqu'au 31 décembre 2022. Représentant un coût estimé de 20 millions d'euros en 2022, cette mesure se situe dans le prolongement de l'engagement pris par le Gouvernement de « *neutraliser les effets de la crise sur l'assiette de calcul des droits aux indemnités journalières* » pour les travailleurs indépendants⁶. Son impact financier serait de 20 millions d'euros en 2022.

¹ Article D. 622-7 du code de la sécurité sociale.

² Article D. 623-1 du code de la sécurité sociale.

³ En particulier le III de l'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 et sa mise en application par l'article 1 du décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021, applicable jusqu'au 30 septembre 2021.

⁴ Article 1 du décret n° 2021-1049 du 6 août 2021, qui déroge à l'article D. 622-27 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article 2 du décret n° 2021-1049 du 6 août 2021.

⁶ Mesure 7 du « Plan Indépendants » présenté par le Gouvernement en septembre 2021.

b) L'ajustement du montant du chiffre d'affaires pris en compte pour le calcul des prestations en espèces des indépendants

L'article 65 de la loi du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 prévoyait que les **travailleurs indépendants** intervenant dans des **secteurs particulièrement affectés par la crise sanitaire** sur le plan économique du fait de leur dépendance à l'accueil du public et ne relevant pas du régime micro-social pourraient bénéficier d'une **réduction de leurs cotisations**.

Pour les travailleurs relevant du régime micro-social – ou micro-entrepreneurs – il était prévu qu'ils puissent bénéficier de **déductions correspondant au montant de chiffre d'affaires ou de recettes déclarés, et servant de base au calcul des cotisations sociales**, pendant les mois de mars à juin 2020 lorsque leur activité principale relevait du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, du sport, de la culture, du transport aérien et de l'évènementiel, et de mars à mai lorsqu'ils intervenaient dans un domaine lié à ces secteurs. **L'article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a remis en place ces dispositions en faveur des indépendants** pour tenir compte du deuxième confinement, avec des **déductions correspondant au montant de leur chiffre d'affaires et ouvrant également sur une réduction de leurs cotisations**.

Il apparaît, selon l'évaluation préalable, que **les Urssaf**, pour calculer les indemnités journalières des travailleurs indépendants, **se fondent sur les chiffres d'affaires ainsi déduits**, ce qui conduit à une **diminution des prestations en espèces**.

En conséquence, le **IV** du présent article prévoit que **le calcul des prestations en espèces** pour la maladie et la maternité, et celui des pensions invalidité et de retraite (obligatoire et complémentaire)¹, **est réalisé sur le chiffre d'affaires ou les recettes brutes des années 2020 et 2021 des micro-entrepreneurs**. À cette fin, sont autorisés des **échanges d'information** entre les organismes de recouvrement, les caisses de sécurité sociale et l'administration fiscale, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

¹ *Y compris pour les professions libérales.*

2. Faciliter la transition vers une autre activité professionnelle relevant du régime général et vers la retraite

a) Le maintien des droits à indemnités journalières maladie et maternité en cas de changement de régime : un dispositif étendu aux « nouveaux » indépendants

Les travailleurs indépendants, pour se voir ouvrir le droit aux indemnités journalières maladie et maternité, doivent avoir justifié d'une **période minimale d'affiliation** à la sécurité sociale¹ en tant que travailleur indépendant et du **paiement d'une cotisation minimale**², assise sur leurs revenus d'activité³. Elle ne peut être calculée sur une assiette inférieure à 40 % de la valeur du PASS⁴.

Pour les **micro-entrepreneurs**, toutefois, les cotisations et contributions de sécurité sociale sont calculées sur la base de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes⁵ : la cotisation minimale peut ne pas être atteinte, mais cela ne les empêche pas, donc, d'accéder au versement d'indemnités journalières.

Un seuil de contributivité minimale, fixé à 10 % du PASS⁶, est **toutefois appliqué** aux travailleurs indépendants – et en particulier **aux micro-entrepreneurs**⁷. Lorsque la moyenne de leurs revenus des trois dernières années est supérieure à ce seuil, l'indemnité maladie est, comme précisée *supra*, proportionnelle aux revenus, tout en étant comprise entre 22,5 et 56,35 euros par jour. Si elle est inférieure à ce seuil, les indemnités journalières attribuées sont nulles en maladie⁸, et égales à 10 % des indemnités journalières versées à taux plein en maternité⁹ – soit 5,6 euros par jour. Ainsi, ce seuil n'est pas en tant que tel une condition d'accès au droit, mais une modalité de calcul de l'indemnité journalière.

Les travailleurs « nouvellement » indépendants peuvent tout particulièrement se retrouver dans une situation telle qu'ils ne répondent pas aux critères de seuils décrits, et plus particulièrement les micro-entrepreneurs.

¹ Au moins 12 mois pour la maladie (article D. 622-1 du code de la sécurité sociale) et 10 mois pour la maternité (article D. 623-8 du code de la sécurité sociale).

² Article L. 622-3 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 621-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article D. 621-1 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L. 613-7 du code de la sécurité sociale.

⁶ Soit 4 114 euros en 2021.

⁷ Et en réalité uniquement à eux : dans la mesure où les autres travailleurs indépendants sont soumis une cotisation assise sur l'assiette minimale de 40 % de la valeur du PASS, le revenu d'activité annuel moyen pris en compte pour leurs cotisations est supérieur aux 10 % du PASS.

⁸ Article D. 622-8 du code de la sécurité sociale

⁹ Article D. 623-3 du code de la sécurité sociale.

Cette situation défavorable n'est pas corrigée par le maintien de droit à prestation prévu aux articles L. 161-8 et L. 311-5 du code de la sécurité sociale :

- selon l'article L. 161-8, c'est seulement dans le cas où elles ne viendraient pas à **justifier de nouveau des conditions d'ouverture du droit à l'indemnisation que les personnes qui cessent de remplir les conditions d'activité requises** pour l'affiliation à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès d'un régime dont elles relevaient jusqu'alors **bénéficient du maintien de leur droit aux prestations en espèces** - et ce pour un an¹. Il s'agit ici essentiellement des chômeurs non indemnisés.

- selon l'article L. 311-5, **les personnes percevant des indemnisations au titre d'une diminution ou d'une fin d'activité² et qui bénéficient d'un maintien de leurs droits aux prestations en espèces** du régime obligatoire dont elles relevaient antérieurement **continuent à en bénéficier en cas de reprise d'une activité insuffisante** pour justifier de conditions d'ouverture de ces mêmes droits³. Il s'agit ici des chômeurs (entendus largement) indemnisés.

Or même dans le cas où ils ne rempliraient aucune des conditions de cotisation et de seuil de contributivité ouvrant droit aux indemnités journalières, **les assurés sont considérés comme justifiant des conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières à la seule condition qu'ils soient affiliés au régime des indépendants depuis plus de douze mois, pour la maladie, et dix mois, pour la maternité.**

Au terme de ces durées, leur situation les empêche donc d'avoir accès au maintien de leurs droits antérieurs, alors même qu'ils ne peuvent atteindre que difficilement le seuil de contributivité précédemment évoqué. **Ils se retrouvent alors dans une situation dans laquelle leurs indemnités journalières de maternité peuvent être nulles et celles versées en cas de maladie, limitées à 5,6 euros.**

En conséquence, le 1^o et le 2^o du I du présent article complètent respectivement les articles L. 161-8 et L. 311-5 du code de la sécurité sociale, de façon à ce que bénéficient du maintien de droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau, au titre de leur nouvelle activité, des conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières maladie et maternité mais dont les premières sont nulles et les secondes sont égales à un niveau fixé par décret - 10 % des indemnités journalières versées à taux plein en maternité.

¹ Article R. 161-3 du code de la sécurité sociale.

² Il est question des salariés dont l'emploi à temps plein a été transformé en temps partiel, ayant signé un contrat de sécurisation professionnelle, ou encore s'étant fait licencier, et percevant des indemnités ou allocation à ce titre.

³ Article L. 311-5 du code de la sécurité sociale.

L'impact financier de cette mesure, qui s'appliquerait à compter du 1^{er} janvier 2022 (V du présent article) **est estimé à 28 millions d'euros pour 2022 et les années à venir**. On compte quelques 7 400 assurées micro-entrepreneures par an dont l'indemnité journalière maternité est minimale, et 220 600 assurés, qui ont actuellement des indemnités journalières d'un montant nul. L'hypothèse formulée par la DSS est que 10 % d'entre eux ont créé leur activité indépendante au moment de la perception d'allocations chômage. Quant à ceux qui ne perçoivent pas d'allocations chômage mais qui ont cessé leur activité salariée moins de 12 mois auparavant et ont repris une activité indépendante insuffisante, les données chiffrées les concernant ne seraient pas disponibles. Ainsi, au moins 22 800 micro-entrepreneurs seraient concernés¹.

b) L'accès aux indemnités journalières normalement réservées aux salariés en cas de cumul-emploi retraite : un droit ouvert aux professionnels libéraux étendu à l'ensemble des travailleurs indépendants

Le dispositif de **cumul emploi-retraite permet à une personne ayant liquidé sa pension de retraite d'en cumuler le bénéfice avec les revenus d'autres activités**. Le retraité soumis aux cotisations sociales de droit commun des salariés bénéficie alors d'indemnités journalières de maladie, comme l'article L. 323-2 du code de la sécurité sociale en prévoit la possibilité. Il dispose également que leur versement est affecté d'une limite, déterminée par décret, de 60 jours².

Conformément à l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, **un régime d'indemnités journalières maladie propre aux professions libérales** a été mis en place. Précisé par le décret n° 2021-755 du 12 juin 2021 relatif aux prestations maladie en espèces des professionnels libéraux, il est **entré en vigueur le 1^{er} juillet 2021**. Il **ouvre aux professionnels libéraux en situation de cumul emploi-retraite la possibilité de bénéficier d'indemnités journalières en cas de maladie** et, ce faisant, aligne leur régime sur celui des anciens salariés. Toutefois, la **durée maximale d'indemnisation** est ici celle que peuvent désormais toucher les professionnels libéraux, à savoir **90 jours**.

Le 3° du I du présent article modifie l'article L. 622-1 du code de la sécurité sociale de façon à **ouvrir la possibilité offerte par l'article L. 323-2 du même code à l'ensemble des indépendants**. Cela permettra de **plafonner le versement d'indemnités journalières à 60 jours pour les professionnels libéraux**.

L'impact financier de cette mesure, qui s'appliquerait aux arrêts de travail débutant le 1^{er} janvier 2022 (V), est estimé à 9 millions d'euros par an.

¹ Données de la Direction de la sécurité sociale.

² Article R. 323-2 du code de la sécurité sociale.

B. Pour les professions libérales, toiletter leur régime d'indemnisation et étendre le congé paternité à leurs collaborateurs

1. Supprimer les indemnités réservées aux praticiennes et auxiliaires médicales conventionnées en cas de grossesse pathologique pour tenir compte de la mise en place générale d'indemnités journalières maladie pour les professionnels libéraux

Les praticiennes et auxiliaires médicales conventionnées (PAMC) bénéficient d'un régime spécifique lié aux contraintes du conventionnement, et relèvent du régime général pour l'assurance maladie-maternité. L'article L. 646-5 du code de la sécurité sociale leur permet ainsi de bénéficier, dès lors qu'elles se trouvent dans l'incapacité physique de continuer ou de reprendre leur activité professionnelle en raison de **difficultés médicales liées à leur grossesse**, d'une **indemnité journalière forfaitaire**. Celle-ci ne peut être versée que **dans la limite de 87 jours consécutifs**¹. Il faut noter que l'indemnité journalière forfaitaire dont bénéficient les PAMC au titre du risque maternité **peut également être attribuée, sur prescription médicale, au cours de la période prénatale**².

Ce régime particulier – notamment au regard de la longue durée des prestations versées – avait pour but de **compenser l'absence d'indemnités journalières maladie**.

Il paraît toutefois **obsolète au regard du dispositif d'indemnisation des arrêts de travail au titre de la maladie pour les professionnels libéraux évoqué ci-avant et entré en vigueur au 1^{er} juillet 2021**. Auparavant, en effet, en vertu du système organisé au sein des dix sections professionnelles de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAV-PL), six ne versaient aucune indemnité journalière maladie en cas d'arrêt de travail et les quatre autres ne versaient des indemnités journalières qu'à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail.

Désormais, un dispositif obligatoire est déployé avant le 91^{ème} jour d'arrêt de travail. Il s'applique notamment aux PAMC.

En conséquence, le 4^o du I du présent article abroge l'article L. 646-5 du code de la sécurité sociale. Les PAMC percevraient des indemnités journalières maladie fixées proportionnellement aux revenus des assurées, et le délai de 87 jours prévu à l'article D. 646-6 du code de la sécurité sociale serait supprimé.

Le Gouvernement prévoit³ d'aligner par décret le délai du congé pathologique des PAMC, actuellement restreint à 15 jours, sur les 30 jours fractionnables en deux périodes de 15 jours dont bénéficient l'ensemble des travailleuses indépendantes⁴.

¹ Article D. 646-6 du code de la sécurité sociale.

² Article D. 646-3 du code de la sécurité sociale.

³ Annexe 9 du PLFSS pour 2022.

⁴ Article D. 623-4 du code de la sécurité sociale.

L'assurée percevrait donc 56 euros pendant 30 jours maximum (contre 45 euros sur 15 jours actuellement), ce qui représenterait un coût de 0,7 million d'euros pour 4 220 assurées. Ensuite, et jusqu'au 90^{ème} jour de congé¹, l'assurée percevrait une indemnité journalière maladie du nouveau régime des professions libérales, proportionnelle – en moyenne 90 euros –, jusqu'à son congé maternité, ce qui représenterait un coût de 6,8 millions d'euros pour 3 600 assurées.

Seules 70 % des auxiliaires médicales, 85 % des médecins et dentistes et 40 % des sages-femmes verraient cette indemnité journalière proportionnelle dépasser celle à laquelle elles ont actuellement droit (45 euros). L'indemnité au-delà de 30 jours diminuerait pour les autres PAMC¹.

L'impact financier de cette mesure, qui s'appliquerait à compter du 1^{er} janvier 2022 (V du présent article) est estimé à 7,3 millions d'euros par an pour les années à venir.

2. Harmoniser les durées du congé d'adoption pour les conjoints collaborateurs et du congé paternité pour les collaborateurs libéraux

a) L'alignement du régime des conjoints collaborateurs sur celui des travailleurs indépendants en matière d'indemnités complémentaires au titre du congé d'adoption

L'article L. 663-1 du code de la sécurité sociale prévoit l'attribution d'allocations forfaitaires de repos et d'indemnités complémentaires pour les conjoints collaborateurs en cas de maternité, paternité, d'accueil de l'enfant ou d'adoption. Il dispose cependant que « la durée maximale d'attribution des indemnités complémentaires est égale, pour les conjoints qui adoptent ou accueillent un enfant (...), à la moitié de celle prévue en cas de maternité ». Or, selon l'article D. 663-1 du code de la sécurité sociale, elle est égale aux trois quarts de celle prévue en maternité.

Le 5^o du I du présent article supprime cette disposition contenue dans l'article L. 663-1 du code de la sécurité sociale : les conjoints collaborateurs qui adoptent ou accueillent un enfant bénéficieraient donc des mêmes dispositions que les travailleurs indépendants, soit douze semaines – ce qui correspond aux trois quarts de la durée de 16 semaines prévue en maternité, contre huit semaines aujourd'hui – tel qu'il est déjà prévu dans la partie réglementaire du code.

b) Le déploiement du congé paternité pour les collaborateurs libéraux

Le contrat de collaboration libérale, jusqu'alors réservé à la profession d'avocat, a été étendu par l'article 18 de la loi du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises aux professions libérales soumises à statut législatif ou réglementaire, ou dont le titre est protégé.

¹ Qui représente le plafond de la durée de congé, contre 87 jours auparavant.

L'article 17 de la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes a procédé à la modification de cet article en instaurant, pour le collaborateur libéral devenant père¹, un congé de 11 jours à la suite de la naissance d'un enfant (et 18 en cas de naissance multiple).

Or l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, en modifiant l'article L. 1225-35 du code du travail, a étendu à 25 jours (et 32 en cas de naissance multiple) le congé paternité. Par la modification de l'article L. 1225-37 du code du travail, il a également étendu à 16 semaines le congé d'adoption.

Les deux régimes font donc l'objet d'une différence de traitement.

En conséquence, le 1^o du II du présent article vise à étendre aux collaborateurs libéraux le bénéfice du congé paternité prévu pour les salariés, en renvoyant, au sein de l'article 18 de la loi du 2 août 2005 susmentionnée, à l'article L. 1225-35 tel que modifié par l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021. Le 2^o du II procède de même pour l'extension de l'allongement de la durée du congé d'adoption pour le collaborateur ou la collaboratrice libérale.

L'impact financier de ces mesures cumulées, qui s'appliqueraient aux enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2022 ainsi qu'aux enfants, nés avant cette date, dont la naissance était supposée intervenir à compter de cette date (V du présent article), est évalué à 2,5 millions d'euros par an.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale, outre des amendements rédactionnels (notamment la modification de la mention de la personne « vivant maritalement » avec la mère par le terme de « concubin »²), a adopté un amendement rendant rétroactives les dispositions relatives au maintien du droit à prestations, à compter de la reprise, en janvier 2020, de la gestion des travailleurs indépendants par la CNAM (amendements du Gouvernement et de Mme Rixain). Plus précisément, il élargirait le bénéfice du maintien des droits antérieurs (de droit commun et allocation chômage) aux indépendants dont l'arrêt de travail pour maladie a débuté à compter du 1^{er} janvier 2020, compte tenu de la durée d'affiliation de 12 mois exigée, et à celles dont le congé maternité a débuté à compter du 1^{er} novembre 2019 pour les travailleuses indépendantes ayant commencé leur activité à partir du 1^{er} janvier 2019.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Ou le conjoint collaborateur de la mère, ou encore la personne collaboratrice libérale liée à elle par un pacte civile de solidarité ou vivant maritalement avec elle.

² Comme prévu à l'article L. 1225-35 du code du travail.

III - La position de la commission

Votre commission relève que les représentants des travailleurs indépendants se sont montrés satisfaits de la mesure proposée par le Gouvernement et de l'amendement introduit à l'Assemblée nationale – qui appelle toutefois une clarification rédactionnelle (**amendement n° 218**).

Par ailleurs, dans la mesure où les arrêts de travail pris en 2023 seront affectés par les revenus de 2020, il paraît opportun de ne pas limiter l'application du III aux arrêts de travail débutant entre le 1^{er} janvier 2022 et le 31 décembre 2022. Certes, les mesures non permanentes doivent, selon une jurisprudence constitutionnelle, présenter un caractère annuel¹. Toutefois, la neutralisation des revenus d'activité de l'année 2020, si elle ne s'appliquerait par construction qu'en 2022 et 2023 étant donné le mode de calcul des prestations en espèces des indépendants, aurait dans les faits un caractère permanent. Il peut donc être proposé que le III s'applique aux arrêts de travail débutant le 1^{er} janvier 2022, sans proposer de terme à la mesure (**amendement n° 217**). Elle revêtirait dès lors juridiquement un caractère permanent.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 47 bis (nouveau)

Prise en compte de la variabilité des revenus des artistes-auteurs pour le calcul de leurs prestations

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, permet d'adapter les conditions d'ouverture des droits aux prestations aux revenus des artistes-auteurs.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : une adaptation des conditions d'ouverture des droits aux prestations aux revenus des artistes-auteurs

Aux termes de l'article R. 382-31 du code de la sécurité sociale, les artistes-auteurs² qui justifient avoir retiré de leur activité artistique des ressources au moins égales, au cours d'une année civile, à 900 fois le montant du salaire minimum de croissance (SMIC) horaire³, sont réputés remplir les conditions de durée de travail requises pour avoir droit et ouvrir droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès.

¹ Décision n° 2018-776 DC du 21 décembre 2018.

² Figurant dans la liste contenue à l'article R. 382-1 du code de la sécurité sociale.

³ Articles D. 382-4 et R. 382-25 du code de la sécurité sociale combinés.

Or les artistes-auteurs sont la plupart du temps soumis à une **forte variabilité de leurs revenus, liée aux conditions dans lesquelles s'exerce leur activité**. Certains artistes peuvent ainsi préparer des projets en année N qui ne porteront leurs fruits (spectacle, publication, *etc.*) que sur l'année N+1, et auxquels seront alors associés des revenus qu'ils n'auront pas perçus en année N.

L'article L. 382-14 du code de la sécurité sociale, en application duquel est pris notamment l'article R. 382-31 susmentionné, prévoit qu'un **décret en Conseil d'État** fixe notamment les conditions d'ouverture du droit aux prestations.

L'article, résultant d'un amendement identique introduit par le député communiste Pierre Dharréville et le rapporteur général de la commission des affaires sociales, vise en conséquence à modifier cet article L. 382-14 du code de la sécurité sociale, **de façon à ce que ces conditions d'ouverture du droit aux prestations prennent en compte les spécificités des revenus des affiliés**. Il en résulterait un nouveau décret un Conseil d'État qui tiendrait compte de ces modifications. Si M. Dharréville a suggéré que le nouveau seuil soit fixé à 300 SMIC horaires, le rapporteur général a préconisé un abaissement à 600 SMIC. La détermination de ces seuils demeure toutefois du ressort du pouvoir réglementaire.

Le Gouvernement, qui a donné un avis favorable à cet amendement, s'est engagé à publier le décret en question d'ici à la fin de l'année 2022.

II - La position de la commission: un soutien à cette mesure qui s'adapterait aux conditions d'activité spécifiques des artistes-auteurs

Si une réforme plus structurelle du régime social des artistes auteurs pourrait à moyen terme être envisagée, la commission considère qu'il est en effet nécessaire d'adapter les conditions d'éligibilité aux indemnités journalières des artistes-auteurs, déjà fortement affectés par la crise sanitaire, à la variabilité de leurs revenus. Il conviendrait, toutefois, que le pouvoir réglementaire adapte le seuil à atteindre aux conditions d'activité : si, dans le cadre de la crise sanitaire, le seuil de 600 SMIC est justifié, il pourrait ne plus l'être une fois que le pays en sera sorti.

Sous ces réserves, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification**.

Article 48

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

Cet article propose de rééquilibrer certaines règles s'appliquant aux non-salariés agricoles en matière d'accidents, de maladie, de paternité et de décès, et d'affirmer le rôle des caisses de mutualité sociale agricole dans la prévention de la désinsertion professionnelle.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé : rééquilibrer les règles applicables aux non-salariés agricoles pour certaines prestations en espèces et consolider le rôle des caisses de mutualité sociale agricole dans la prévention de la désinsertion professionnelle

A. L'atténuation de disparités inter-régimes et intra-régime

1. La suppression de différences de traitement entre les non-salariés agricoles et les salariés d'autres régimes

a) L'alignement du délai de carence applicable aux non-salariés agricoles sur les régimes général et agricole

En cas de maladie, les salariés du régime général¹ et du régime agricole², tout comme les travailleurs indépendants depuis 2020³, se voient appliquer un délai de carence de trois jours pendant lequel ils ne bénéficient pas d'indemnités journalières maladie, et au terme duquel celles-ci peuvent leur être versées. En revanche, le délai de carence applicable aux indemnités journalières versées par l'assurance maladie des exploitants agricoles (AMEXA) est de sept jours, et est réduit à trois jours en cas d'hospitalisation⁴, conformément à l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime qui prévoit que, pour les non-salariés agricoles, le délai de carence est « réduit en cas d'hospitalisation » - donc qu'il est rallongé en l'absence d'une telle hospitalisation⁵.

¹ Article R. 323-1 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 742-2 du code rural et de la pêche maritime.

³ Décret n° 2020-621 du 22 mai 2020 procédant au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants, en tant qu'il modifie l'article D. 622-11 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article D. 732-2-2 du code rural et de la pêche maritime, créé par le décret n° 2013-844 du 20 septembre 2013.

⁵ À titre de comparaison, l'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale, qui s'applique aux salariés agricoles comme le prévoit l'article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime, ne fait pas mention d'une telle réduction « en cas d'hospitalisation ».

Ce régime était aligné, jusqu'en 2020, sur celui des travailleurs indépendants, sur lequel il s'était calqué au moment de sa mise en place. Le régime des travailleurs indépendants s'étant aligné sur les régimes général et agricole, celui des non-salariés agricoles apparaît alors comme particulièrement désavantageux.

En conséquence, le 3° du I du présent article procède à la modification de l'article L. 732-4 du code de la pêche maritime, et supprime la mention de la réduction « *en cas d'hospitalisation* ». Le délai de carence précis devra être déterminé par décret.

Il est toutefois précisé que la réduction du délai de carence a été mise en place à la suite d'une **instruction interministérielle du 26 février 2021**, « *pour des raisons de simplification et de lisibilité de la réglementation et par souci d'équité et de cohérence avec les autres assurés sociaux* »¹.

Il est prévu (III) que ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2022. Leur impact financier est évalué par le Gouvernement à 1,5 million d'euros en 2021 et 1,7 million d'euros en 2022.

b) L'harmonisation de l'accès aux pensions d'invalidité de réversion entre les non-salariés agricoles et les régimes général et agricole

De même, alors que, conformément à l'article L. 342-1 du code de la sécurité sociale², pour les salariés du régime général et du régime agricole, « **le conjoint survivant de l'assuré ou du titulaire de droits à pension de vieillesse ou d'invalidité, qui est lui-même atteint d'une invalidité de nature à lui ouvrir droit à pension d'invalidité, bénéficie d'une pension de veuve ou de veuf** »³, de telles dispositions ne sont actuellement **pas prévues pour les non-salariés agricoles qui bénéficient d'une pension d'invalidité**.

En conséquence, le 4° du I du présent article complète l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime, qui recense les bénéficiaires des prestations d'invalidité chez les non-salariés agricoles. Il prévoit que « **le conjoint survivant d'un assuré titulaire d'une pension d'invalidité, qui est lui-même atteint d'une invalidité de nature à lui ouvrir droit à la prestation d'invalidité [réservée aux non-salariés agricoles par le même article] bénéficie d'une pension de veuve ou de veuf (...)** ». **Il n'est pas fait mention ici des droits à pension de vieillesse** dont pouvait bénéficier le conjoint décédé et qui pourraient ouvrir droit à une pension de veuve ou de veuf au conjoint survivant – à la différence de ce qui est prévu par l'article L. 342-1 du code de la sécurité sociale.

¹ Réponse de la CCMSA au questionnaire envoyé par la commission des affaires sociales.

² Qui s'applique aux salariés agricoles en vertu de l'article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime.

³ « La pension d'invalidité attribuée à la veuve ou au veuf en vertu de l'article L. 342-1 est remplacée par une pension de vieillesse de veuve ou de veuf d'un montant égal à compter de la première échéance suivant le cinquante-cinquième anniversaire du titulaire » (article R. 342-6 du code de la sécurité sociale).

L'indemnisation de l'invalidité étant financée par les cotisations des non-salariés agricoles, un délai d'observation du dispositif semble nécessaire, aux yeux de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, avant d'envisager d'autres évolutions telle que l'extension aux retraités du dispositif existant chez les salariés¹.

Il est prévu (III) que ces dispositions s'appliquent aux décès survenus à compter du 1^{er} janvier 2022. Leur impact financier est évalué par le Gouvernement à 62 000 euros pour 2022, pour seulement 11 bénéficiaires de pension d'invalidité de réversion.

2. L'atténuation des différences de traitement existant parmi les non-salariés agricoles

a) La résorption de différences entre le congé maternité et le congé paternité des non-salariés agricoles quant aux conditions de remplacement des chefs d'exploitation

Lorsque les **chefs d'exploitation agricole** ne peuvent plus assurer les travaux que requiert leur exploitation en raison de leur maternité, elles peuvent se faire remplacer par une personne dont l'emploi est rémunéré par une **allocation de remplacement**². Pour les congés de maternité débutant en 2019, on comptait 1 100 bénéficiaires de cette allocation de remplacement.

Il arrive toutefois que le remplacement ne puisse être effectué, en raison, par exemple, d'un manque de main-d'œuvre. Dans ce dernier cas, l'article L. 732-10 du code rural et de la pêche maritime, tel que modifié par l'article 71 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, prévoit que ces chefs d'exploitation bénéficient, pendant leur congé de maternité, d'**indemnités journalières forfaitaires**. Pour les congés de maternité débutant en 2019, on comptait 38 bénéficiaires d'indemnités journalières forfaitaires³.

Or, **les pères⁴ ne bénéficient pas du même traitement**. S'ils ont bien droit à une allocation de remplacement, l'octroi d'indemnités journalières forfaitaires lorsque ce remplacement ne peut être assuré n'est pas prévue. Cette situation contraste avec l'allongement de la durée du congé, par l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, dont la logique réside le renforcement de la présence des pères auprès de leur enfant.

¹ Réponse de la CCMSA au questionnaire envoyé par la commission des affaires sociales.

² Article L. 732-10 du code rural et de la pêche maritime.

³ Au total, le taux de recours aux indemnités journalières forfaitaires ou aux allocations de remplacement parmi les femmes ayant accouché en 2019 était de seulement 59 % (données CCMSA).

⁴ Ou bien le conjoint ou concubin de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité.

En conséquence, le 5° du I du présent article modifie l'article L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime et prévoit un **alignement du régime organisé au profit des pères sur celui des mères**. Dans le cadre de leur congé paternité, et s'ils ne parviennent pas à trouver de remplaçant pour les travaux que requiert leur exploitation – ouvrant droit à l'allocation de remplacement – les **chefs d'exploitations** pourront se voir verser des indemnités journalières forfaitaires de même nature que celles perçues par les mères.

Il est prévu (III) que ces dispositions s'appliquent aux indemnités relatives à des arrêts de travail pour paternité débutant à compter du 1^{er} janvier 2022. Leur impact financier est évalué à 1,8 million d'euros en 2022 par le Gouvernement, sur la base d'une hypothèse égalisant la proportion d'hommes et de femmes chefs d'exploitation agricoles ne pouvant bénéficier d'un remplacement (41 % en 2019) ainsi que leur indemnité forfaitaire journalière (56,35 euros), et fixant la durée moyenne du congé paternité à 25 jours. Le taux de recours attendu est toutefois faible, ce qui diminuerait le coût.

Étrangement, le Gouvernement justifie cette mesure¹ par le fait que l'allongement du congé de paternité permettrait d'envisager un remplacement plus facilement. Ce motif ne paraît pas pouvoir être retenu, puisque, si le remplacement est facilité, il paraît moins nécessaire de verser des indemnités journalières supplémentaires lorsque, faute de remplaçant, le droit à l'allocation de remplacement n'est pas ouvert.

b) Le rééquilibrage des conditions d'accès aux rentes réservées aux ayants droit de certains non-salariés agricoles à la suite d'un décès pour accident du travail ou maladie professionnelle

Par ailleurs, **au sein-même de la catégorie des non-salariés agricoles** – regroupant les chefs d'exploitation, les collaborateurs, les aides familiaux, les enfants de plus de 14 ans et les cotisants de solidarité² – **des différences de traitement subsistent entre les statuts**. Ainsi, outre des différences de traitement relatives à l'incapacité temporaire de travail ou à l'incapacité permanente (versée dès 30 % d'incapacité pour les chefs d'exploitation mais conditionnée à l'existence d'une incapacité permanente totale pour les collaborateurs, les aides familiaux, les enfants de plus de 14 ans et les cotisants de solidarité), **en cas de décès faisant suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, la rente n'est ouverte qu'aux ayants droit des chefs d'exploitation et des cotisants de solidarité**³.

¹ Annexe 9 du PLFSS 2022.

² Les cotisants de solidarité, mentionnés au II de l'article L. 752-1 du code rural et de la pêche maritime, exercent une activité agricole dont l'importance ne permet pas l'affiliation à la MSA en qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole mais qui sont, sous certaines conditions, rattachés à la MSA.

³ Le dispositif mis en place par le 5° du I, qui n'a pas été étendu aux autres non-salariés agricoles que sont les collaborateurs et aides familiaux, participe également de cette différence de traitement.

L'article L. 752-7 du code rural et de la pêche maritime précise ainsi que, **lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ou le cotisant de solidarité est décédé des suites de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, ses ayants droit** (conjoint, concubin ou personne lié à lui par un PACS ainsi que les enfants) **bénéficient de rentes, calculées sur la base d'une assiette forfaitaire fixée chaque année par arrêté**. Il n'est pas prévu de disposition similaire pour les autres non-salariés agricoles.

Le 8° du I du présent article s'attache précisément à ouvrir l'accès à ces rentes aux ayants droit de l'ensemble des non-salariés agricoles qui sont assurés contre les accidents du travail et des maladies professionnelles, mentionnés à l'article L. 752-1 du code rural et de la pêche maritime. Il modifie pour cela l'article L. 752-7 du même code.

Il est prévu (III) que ces dispositions s'appliquent aux décès survenus à compter du 1^{er} janvier 2022. Leur impact financier est évalué par le Gouvernement à 1 million d'euros par an, sur la base d'un coût moyen de l'indemnisation s'élevant à 13 050 euros par personne décédée.

B. La consolidation juridique des actions de prévention de la désinsertion professionnelle en faveur des travailleurs agricoles

1. Des actions de prévention de la désinsertion professionnelle inscrites dans la loi mais n'y concernant encore que le régime général

L'article 28 de la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail a attribué aux caisses d'assurance maladie une mission de **prévention de la désinsertion professionnelle**, à travers une mission de promotion et de coordination de cette prévention conférée à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)¹ et une mission de mise en œuvre - « *actions de promotion et d'accompagnement de la prévention de la désinsertion professionnelle* » - réservée aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat)².

Il a en outre procédé à l'inscription dans la loi³ des **contrats de rééducation professionnelle en entreprise et de l'essai encadré**, dispositifs déjà existants gérés par l'assurance maladie et déployés sur le fondement de l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale - qui fait bénéficier le salarié en arrêt maladie indemnisé d'actions de formation professionnelle ou d'actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil. Le contrat de rééducation professionnelle permet aux assurés déclarés inaptes et reconnus travailleurs handicapés, à l'issue de leur arrêt de travail, de se réaccoutumer à leur ancien métier ou de se former à un nouveau métier. L'essai encadré permet au salarié de tester la compatibilité d'un poste de travail avec ses capacités.

¹ Article L. 211-1 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 262-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale.

Enfin, il a créé un article L. 5213-1 du code du travail définissant la **convention de rééducation professionnelle**, conclue entre l'employeur, le salarié et la caisse d'assurance maladie. Elle détermine « *les modalités d'exécution de la rééducation professionnelle* » ainsi que le montant et les conditions de versement de l'indemnité journalière de l'assurance maladie.

2. La transposition dans le régime agricole des dispositions relatives à la prévention de la désinsertion professionnelle

Si **des actions d'accompagnement sont bien menées par les caisses de la mutualité sociale** en matière de prévention de la désinsertion professionnelle *via* des **cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi** mises en place dans les caisses, **l'ensemble des dispositions citées ne sont pas encore appliquées aux assurés des régimes agricoles**. En conséquence, le présent article en transpose certaines et les inscrit dans le code rural et de la pêche maritime.

Le 2° du I du présent article complète l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime en y transposant l'article L. 211-1 du code de la sécurité sociale, et attribue ainsi à la **caisse centrale de la mutualité sociale la mission de promotion et de coordination** évoquée ci-avant.

Le 1° du I complète l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime en y transposant l'article L. 262-1 du code de la sécurité sociale, et confie ainsi aux **caisses de mutualité sociale la mise en œuvre « des actions de promotion et d'accompagnement de la désinsertion professionnelle afin de favoriser le maintien dans l'emploi de leurs ressortissants dont l'état de santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non »**.

Par ailleurs, le 7° du I du présent article complète l'article L. 752-5-2 du code rural et de la pêche maritime en précisant que, parmi les actions de formation professionnelle continue auxquelles l'assuré peut prétendre même lorsqu'il perçoit une indemnité journalière figurent **l'essai encadré**, déjà prévu à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale, et la **convention de rééducation professionnelle**, définie à l'article L. 5213-3-1 du code du travail et que peut conclure, aux termes du II du présent article et par coordination, la caisse de mutualité sociale agricole. Le **contrat de rééducation professionnelle** en entreprise n'est en revanche pas mentionné : il **existe déjà dans le régime agricole**, en application des dispositions de l'article L. 432-9 du code de la sécurité sociale, qui s'applique au régime agricole par renvoi de l'article L. 751-8 du code rural et de la pêche maritime.

Le 6° du I du présent article procède par ailleurs à la **coordination** de ces dispositions et à leur harmonisation avec celles dont bénéficient les assurés du régime général en mettant en place, par la modification de l'article L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime, un **guichet social unique pour la population relevant de ces dispositions**.

Est garantie à l'assuré la couverture AT-MP par la MSA dont il relève, en cas d'accident du travail survenu au cours d'une période d'essai encadré et plus généralement au cours des actions d'information, de conseil, d'évaluation, d'accompagnement dans le but d'un maintien ou d'un retour à l'emploi. Ce faisant, ce 6° du I transpose certaines dispositions de l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale.

Il est prévu (III) que l'ensemble de ces dispositions relatives à la prévention de la désinsertion professionnelle s'appliquent à compter du 1^{er} juillet 2022. Leur impact financier est évalué par le Gouvernement à 0,65 million d'euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Au-delà de modifications rédactionnelles, l'Assemblée nationale a procédé à l'extension aux collaborateurs et aides familiaux de l'indemnité journalière forfaitaire, versée en cas de congé maternité ou, en vertu du projet du Gouvernement au présent article, paternité, pour les pères et mères qui n'ont pas trouvé à se faire remplacer.

Il est ainsi procédé à l'alignement du leur régime d'indemnisation des collaborateurs et aides familiaux, qu'ils deviennent pères ou mères, sur celui prévu par le texte originel au bénéfice des seuls chefs d'exploitation agricole.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

L'ensemble de ces dispositions, d'un impact financier minime, vont dans le sens d'une plus grande équité entre les assurés, ce dont votre commission se félicite.

Votre commission sera vigilante à l'extension aux retraités non-salariés agricoles du dispositif existant chez les salariés **en matière de droits à pension de vieillesse** dont bénéficiait le conjoint décédé et qui ouvrent droit à une pension de veuve ou de veuf au conjoint survivant¹.

Sous réserve de ces remarques, **la commission vous demande d'adopter cet article, modifié par un amendement de clarification rédactionnelle (amendement n° 219).**

¹ Article L. 342-1 du code de la sécurité sociale.

Article 48 bis (nouveau)

**Échanges de données entre les organismes de sécurité sociale,
Pôle emploi et les administrations de l'État.**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à permettre aux organismes de sécurité sociale, à Pôle emploi et aux administrations de l'État d'échanger les données nécessaires à la gestion des droits des bénéficiaires notamment le versement de leurs prestations.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit en vigueur

L'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale dispose que les organismes de sécurité sociale, Pôle emploi et les administrations de l'État échangent les renseignements mais aussi les données et documents nécessaires pour¹ :

- apprécier les droits des usagers ou des allocataires et exécuter les obligations relevant du service public dont sont chargés les organismes ;
- informer les personnes de l'ensemble de leurs droits ;
- contrôler la justification dans la constitution des droits ainsi que la liquidation et le versement des prestations ;
- établir le respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations.

B. Le dispositif proposé : lever les freins à l'échange entre administrations de données nécessaires au bénéfice des droits et au versement de prestations

Le présent article introduit à l'Assemblée nationale par un amendement du rapporteur général vise à permettre aux organismes de sécurité sociale, à Pôle emploi et aux administrations de l'État **d'échanger les données nécessaires au bénéfice des droits des personnes et au versement de leurs prestations.**

À cette fin, il ajoute un 5° à l'article L. 114-12 qui énumère les motifs permettant les échanges de données entre administrations. Il précise également que ces échanges doivent permettre le versement de prestations pour lesquelles les personnes remplissent les conditions prévues par le code de la sécurité sociale ou le code de l'action sociale et des familles.

¹ L'article 78 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 a ajouté les données et les documents au titre des éléments que les administrations concernées peuvent s'échanger.

Enfin, le présent article spécifie que **l'organisme doit informer préalablement les personnes avant l'utilisation de leurs coordonnées bancaires obtenues par le biais d'un échange** et afin de verser la prestation. Il renvoie à un décret le soin de fixer le délai et les modalités de cette information.

En séance publique, Thomas Mesnier a indiqué que cette mesure permettra notamment d'assurer pleinement la substitution automatique de la pension d'invalidité et de l'allocation aux adultes handicapés par la pension de retraite au moment de l'âge légal de départ en retraite¹.

II - La position de la commission

Le rapporteur partage l'intention de ce présent article qui vise à faciliter le versement des prestations et l'exercice des droits des usagers et allocataires grâce à une **coordination accrue entre les organismes de sécurité sociale, les administrations de l'État ou Pôle Emploi**.

Selon les informations de la direction de la sécurité sociale communiquées au rapporteur, l'article L. 114-12 prévoit déjà l'échange de données pour l'appréciation du droit du bénéficiaire mais **ne permet pas expressément de collecter des éléments permettant sa gestion effective** comme les opérations de versement. Grâce au présent article, la portabilité des coordonnées bancaires sera par exemple rendue possible lors de l'ouverture d'un nouveau droit et pour son versement sans besoin de les exiger du bénéficiaire. Il reviendra à l'organisme d'informer ce dernier pour confirmation ou modification, le cas échéant.

Le rapporteur s'interroge toutefois sur **la circonscription de ces échanges de données aux seules fins de verser des prestations relevant du code de la sécurité sociale ou du code de l'action sociale et des familles**. Si la plupart des prestations versées par les organismes de sécurité sociale relèvent bien de ces codes (y compris la prime d'activité ou le revenu de solidarité active), cette limitation exclut d'autres prestations comme les allocations logement relevant du code de la construction et de l'habitation versées par les CAF ou les caisses de la MSA. Il serait dommage de rigidifier ainsi la loi.

Dès lors, la commission a adopté un amendement n° 220 du rapporteur visant à supprimer la mention aux deux codes mentionnés *supra*.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

¹ Prévues respectivement aux articles L. 341-15 et L. 351-7-1 A du code de la sécurité sociale.

Article 49

**Généralisation du recours à l'intermédiation financière
des pensions alimentaires**

Cet article propose de rendre systématique le mécanisme d'intermédiation financière des pensions alimentaires dès l'émission d'un titre exécutoire fixant une telle pension en l'assortissant néanmoins d'une possibilité pour les deux parents de le refuser conjointement (« opt-out »).

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. Les impayés de pension alimentaire fragilisent les parents ayant la garde de leurs enfants notamment les familles monoparentales

1. La définition d'une pension alimentaire par un titre exécutoire

L'article 371-2 du code civil dispose que « *chacun des parents contribue à l'entretien et à l'éducation des enfants à proportion de ses ressources, de celles de l'autre parent, ainsi que des besoins de l'enfant* ». En cas de séparation des parents, une contribution à l'entretien et à l'éducation doit être versée par le parent n'ayant pas la garde de l'enfant au second parent, y compris si le parent débiteur n'a pas l'exercice de l'autorité parentale¹.

L'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution établit la liste limitative des titres exécutoires². Parmi ces titres, l'article 373-2-2 du code civil définit ceux pouvant fixer les modalités de la contribution à l'entretien et à l'éducation, laquelle prend la forme d'une pension alimentaire, versée au parent à qui l'enfant a été confié. Ces titres exécutoires sont :

1° une décision judiciaire ;

2° une convention établie par les deux parents et homologuée par le juge³ ;

3° une convention de divorce ou de séparation de corps par consentement mutuel contresignée par leurs avocats et déposées au rang des minutes d'un notaire⁴ ;

4° un acte reçu en la forme authentique par un notaire ;

5° une convention à laquelle l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire – depuis le 1^{er} avril 2018 (voir *infra*).

¹ Article 373-2-1 du code civil.

² Un titre exécutoire est un acte juridique permettant de recourir au recouvrement forcé d'une dette et donc aux poursuites si le débiteur ne s'en acquitte pas spontanément.

³ En application de l'article 373-2-7 du code civil.

⁴ Les modalités sont prévues à l'article 229-1 du code civil.

2. Les difficultés des parents ayant la garde de l'enfant face aux impayés de pensions alimentaires

Le phénomène d'impayés des pensions alimentaires est fréquent ; **le taux d'impayés se situerait entre 20 % et 40 %** selon l'estimation retenue par le rapport des inspections de 2016¹ et concernerait 315 000 personnes. Cette privation de ressources touche des familles dont le profil peut être particulièrement précaire comme les familles monoparentales lesquelles concernent à 85 % des femmes². La lutte contre les impayés de pension alimentaire poursuit donc aussi un objectif d'égalité entre les femmes et les hommes.

En effet, selon une étude portant sur la période 2010-2015³, **la moitié des mères de familles devenues monoparentales en 2011 voient leur niveau de vie se dégrader d'au moins 20 % cette année**. En 2015, une même moitié garde encore un niveau de vie inférieur d'au moins 6 % à ce qu'il était avant la rupture de leur union. Dans la même situation, si les pères séparés connaissent également une chute de leur niveau de vie l'année de la rupture, ils retrouvent rapidement un niveau comparable aux pères en couple.

B. La montée en force par étape de l'aide apportée au recouvrement des pensions alimentaires et à la prévention des impayés

1. L'allocation de soutien familial pour aider les parents créanciers d'une pension alimentaire

Outre l'ouverture du droit à l'allocation de soutien familial (ASF) pour tout enfant orphelin ou dont la filiation n'est pas légalement établie à l'égard d'au moins l'un de ses parents, l'article L. 523-1 du code de la sécurité sociale, prévoit que l'ASF est ouverte pour tout enfant dont au moins l'un des parents se soustrait ou se trouve hors d'état de faire face à ses obligations d'entretien ou au versement d'une pension alimentaire.

Dans les cas où le parent débiteur ne verse pas une partie ou l'intégralité de la pension alimentaire, l'article L. 581-2 du code de la sécurité sociale prévoit que l'organisme débiteur des prestations familiales (ODPF) verse **l'ASF comme avance au parent créancier**. Cette somme est recouvrable auprès du parent débiteur par l'ODPF qui est subrogé dans les droits du créancier.

Depuis 2016, une **ASF différentielle** est versée pour tout enfant dont la pension alimentaire est acquittée intégralement par le parent débiteur mais correspond à un montant inférieur à celui de l'ASF.

¹ IGAS, IGF, IGSJ, Création d'une agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires, septembre 2016.

² Selon l'étude d'impact.

³ H. Abbas, B. Garbinti, De la rupture conjugale à une éventuelle remise en couple : l'évolution des niveaux de vie des familles monoparentales entre 2010 et 2015, Insee, 2019.

2. Les mécanismes d'aide au recouvrement des créances de pension alimentaire

Les ODPF ont déjà la compétence depuis 1985 d'aider au recouvrement des pensions alimentaires selon les modalités prévues aux articles L. 581-1 et suivants du code de la sécurité sociale¹.

- La LFSS pour 2016² a renforcé la **garantie des impayés des pensions alimentaires (GIPA)**, expérimentée dans 18 départements, et l'a rendue applicable à l'ensemble du territoire. Pour ce faire, la loi a prévu :

- **le dispositif de l'ASF différentielle** (voir *supra*) ;

- **l'allongement de la période au titre de laquelle un ODPF peut récupérer les pensions alimentaires impayées**. Lorsque l'organisme agit pour le compte du parent créancier, la **procédure de paiement direct**, qui permet de procéder à une retenue sur le salaire du parent débiteur, peut s'appliquer pour récupérer les sommes dues au titre des vingt-quatre derniers mois - contre six précédemment³.

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017⁴ a renforcé le dispositif de la Gipa laquelle a été confiée à **l'agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (ARIPA)** une cellule interne de la Cnaf. Les ODPF peuvent désormais :

- **aider au recouvrement des créances sans condition d'échec préalable des voies privées d'exécution** ;

- **conférer une force exécutoire à une convention établie entre les deux parents** par laquelle ils fixent le montant de la pension alimentaire⁵ ;

3. La création d'un service public d'intermédiation des pensions alimentaires par la LFSS pour 2020

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 à son article 72 a créé **le service public d'intermédiation financière des pensions alimentaires (IFPA), géré par l'ARIPA**⁶. Dès la mise en place de l'intermédiation financière, **le parent débiteur est déchargé de l'obligation de versement au parent créancier**⁷ tandis que **l'ODPF reçoit mandat de recouvrer la pension pour le compte de ce parent**. À cette fin, elle dispose de certaines prérogatives comme :

- **l'information de la clôture du compte bancaire du parent débiteur par la banque de ce dernier** ;

¹ Loi n° 84-1171 du 22 décembre 1984 relative à l'intervention des organismes débiteurs des prestations familiales pour le recouvrement des créances alimentaires impayées.

² Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

³ Article L. 213-4 du code des procédures civiles d'exécution.

⁴ Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

⁵ Cette possibilité est prévue à l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale.

⁶ Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

⁷ Au titre du III de l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale.

- **l'obtention d'informations sur le parent débiteur** auprès des administrations de l'État (notamment fiscale) et des collectivités territoriales relative à son identité, son adresse, son employeur ou sa solvabilité ;

- **le droit de recouvrer la créance dès le premier impayé** y compris en retenant les montants de certaines prestations versées par les ODPF dont bénéficie le parent débiteur (aides personnelles au logement, l'allocation de base et prestation partagée d'éducation de l'enfant, les allocations familiales, le complément familial, la prime d'activité *etc.*)

• Le II de l'article 373-2-2 du code civil prévoit les conditions dans lesquelles cette intermédiation financière est mise en place pour la **part en numéraire** d'une pension alimentaire :

- sur **décision du juge, même d'office**, lorsque le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de **menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant** ;

- sur **décision du juge, lorsqu'au moins un des parents en fait la demande** ;

- sur **accord** des parents mentionné dans une convention ayant force exécutoire¹ ;

À défaut, elle peut être enclenchée à **la demande d'au moins l'un des parents**².

Cette intermédiation cesse lorsqu'un des parents le demande avec le consentement de l'autre.

L'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale prévoit les modalités de mise en œuvre de l'intermédiation financière. Le parent débiteur ne doit pas être considéré comme hors d'état de faire face au versement de la pension alimentaire (débiteur sans adresse connue, insolvable, incarcéré, *etc.*³) exception faite où cette qualification a été retenue pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant.

La LFSS pour 2020 a prévu un **déploiement échelonné** du service d'intermédiation financière. À partir du 1^{er} juin 2020, le dispositif est entré en vigueur pour les nouvelles séparations dès lors que la décision du juge ou un autre acte exécutoire mentionnait ce recours ou bien en cas d'impayé de pension alimentaire si l'un des parents saisissait l'ODPF.

À **compter du 1^{er} janvier 2021**, le recours à l'intermédiation financière est rendu possible pour tout parent séparé qui en fait la demande.

¹ Au titre des 2 à 5° du I de l'article 373-2-2 du code civil.

² Article L. 582-1 du code de la sécurité sociale.

³ Selon les conditions énumérées à l'article D. 523-2.

B. Le dispositif proposé: rendre systématique le recours à l'intermédiation des pensions alimentaires

Le présent article propose de **faire de l'intermédiation financière le principe dès lors qu'un titre exécutoire fixera une pension alimentaire**. Cette norme sera toutefois assortie de **dérogations**.

Pour les parents séparés dont la pension alimentaire a déjà été fixée avant l'entrée en vigueur de cet article ou si l'intermédiation financière a été refusée ou a cessé, cette dernière pourra être demandée par l'un des deux parents à l'ODPF comme en l'état du droit en vigueur.

1. Au sein du code civil: la systématisation de l'intermédiation financière des pensions alimentaires et ses dérogations

- Le I du présent article modifie le II de l'article 373-2-2 du code civil de telle sorte que le recours à l'intermédiation financière pour la part en numéraire de la pension alimentaire ne soit plus une faculté mais une obligation dès lors que la pension est fixée par un titre exécutoire¹.

- Le dispositif proposé définit toutefois les conditions dans lesquelles cette intermédiation n'est pas mise en place (ou « *opt-out* »):

- en cas de **refus conjoint des deux parents** mentionnés dans le titre exécutoire²;

- à titre exceptionnel, lorsque le juge estime, même d'office, que **l'intermédiation est incompatible avec la situation de l'un des parents ou avec les modalités d'exécution de la pension alimentaire**.

Cette intermédiation **prend fin sur demande de l'un des parents sous réserve de l'accord de l'autre**.

- Néanmoins, il ne sera pas possible d'écarter l'intermédiation ou d'y mettre fin par accord des deux parents lorsque l'une des parties à la procédure fait état que le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour **des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant** ou bien qu'une décision de justice mentionne de tels actes.

- Le 2° du I du dispositif propose de modifier le III de l'article 373-2-2 du code civil afin de prévoir la possibilité que l'intermédiation financière soit mise en œuvre **à la demande de l'un des parents auprès de l'ODPF**, si l'intermédiation n'a pas été mise en place ou si elle a pris fin³.

¹ Les titres exécutoires sont mentionnés au A du I supra.

² Si la pension alimentaire est fixée par décision d'un juge, les parents pourront refuser l'intermédiation à tout moment de la procédure.

³ Cette possibilité est déjà prévue par le droit en vigueur à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale.

Toutefois, dans le cas où celle-ci avait été écartée par le juge du fait de l'impossibilité de sa mise en œuvre, ce dernier est à nouveau saisi pour statuer sur le rétablissement de l'intermédiation.

Le 3° du I apporte une coordination rédactionnelle ainsi que le 4° qui modifie le contenu du décret d'application précisant les éléments que les greffes, avocats ou notaires doivent communiquer aux ODPF.

2. Au sein du code de la sécurité sociale : les conséquences de la systématisation de l'intermédiation

Le présent article modifie le code de la sécurité sociale pour tenir compte d'un recours à l'intermédiation financière devenu la norme.

- L'article L. 581-4 du code de la sécurité sociale prévoit que lorsque le parent débiteur reprend le service de sa dette, alors qu'un ODPF était subrogé dans les droits du parent créancier pour recouvrer les sommes dues, le parent débiteur peut acquitter sa dette directement auprès du parent créancier. Le II de l'article 49 complète cet article afin que **ce versement direct ne soit pas possible lorsque l'intermédiation financière a été mise en place.**

- Le 1° du III du présent article modifie l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale qui définit les modalités de mise en œuvre de l'intermédiation financière afin de tenir compte des modifications apportées à l'article 373-2-2 du code civil.

- Le VII de l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale fixant les cas dans lesquels **l'intermédiation prend fin** est modifié par le présent article (au 4° du III). En tenant compte des modifications, ces cas seront :

- lorsque l'un des parents ou l'enfant décède ;

- à la date de fin de l'intermédiation financière fixée dans le titre exécutoire **ou lorsque la pension alimentaire cesse d'être exigible ;**

- lorsqu'un nouveau titre exécutoire supprime la pension alimentaire ou l'intermédiation financière ;

- **lorsque l'un des parents demande d'y mettre fin sous réserve de l'accord de l'autre**, sauf si pendant la procédure ayant conduit au titre exécutoire des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant ont été soulevés.

- Le 2° et les b) et c) du 4° du III apportent des coordinations rédactionnelles afin de remplacer le cas dans lequel l'intermédiation financière a été prononcée d'office pour des menaces ou des violences volontaires sur le parent ou l'enfant par la circonstance que ces éléments ont été soulevés au cours de la procédure établissant l'acte exécutoire.

C. Le renforcement des sanctions pénales à l'encontre du parent débiteur qui se soustrait à ses obligations

- Le premier alinéa de l'article 227-3 du code pénal punit de **deux ans d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende** le fait pour un parent ne pas s'acquitter pendant plus de deux mois d'une contribution, notamment une pension alimentaire, qu'un titre exécutoire lui assigne de verser.

Le 1° du IV du présent article¹ prévoit de sanctionner des mêmes peines le parent débiteur qui cesse pendant deux mois de s'acquitter des sommes dues à l'ODPF au titre de l'intermédiation financière.

- L'article 227-4 du code pénal punit de **six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende** le fait, pour un parent soumis à l'obligation de verser une pension alimentaire, de s'abstenir d'informer le créancier de son changement de domicile dans un délai d'un mois.

Le 2° du IV vise à **étendre ces sanctions dans le cas où une intermédiation financière est mise en œuvre** :

- lorsque le parent débiteur ne notifie pas à l'ODPF son changement de domicile ;

- lorsque le parent débiteur ne transmet pas les informations nécessaires à la mise en place de l'intermédiation ou, une fois celle-ci débutée, n'informe pas l'ODPF de tout changement de situation ayant une incidence sur sa mise en œuvre.

D. L'entrée en vigueur progressive des dispositions

Le V du présent article prévoit une application échelonnée des dispositions relatives à l'intermédiation financière.

- L'entrée en vigueur du renforcement des sanctions pénales prévues au IV du présent article est fixée au 1^{er} mars 2022. Le 3° du V prévoit de le rendre applicable en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et dans les îles Wallis et Futuna.

- Compte tenu de l'afflux massif de dossiers que représente l'automatisation de l'intermédiation financière. Celle-ci entrerait en vigueur :

- à compter du 1^{er} mars 2022 pour les seules pensions alimentaires fixées par des décisions judiciaires de divorce rendues à partir de cette date ;

- à compter du 1^{er} janvier 2023 pour l'exécution de toutes les autres décisions judiciaires et des autres titres exécutoires compétents.

- Cette entrée en vigueur différée ne s'applique pas aux dispositions du premier alinéa du III de l'article 373-2-2 telles que modifiées par le présent article dans la mesure où la possibilité donnée à l'un des parents de demander à l'ODPF la mise en œuvre d'une intermédiation financière est déjà en vigueur.

¹ Il remplace à cette fin le second alinéa de l'article 227-3 du code pénal qui était sans objet.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement visant à ajouter un **nouveau titre exécutoire** parmi ceux pouvant fixer une pension alimentaire et dont l'émission donne lieu à une intermédiation financière par l'ODPF.

L'article 29 du projet de loi relatif à la confiance dans l'institution judiciaire, adopté dans les mêmes termes par les deux assemblées, prévoit d'ajouter au sein de la liste limitative des titres exécutoires¹ la transaction ou l'acte constatant un accord issu d'une médiation d'une conciliation ou d'une procédure participative dès lorsqu'ils sont contresignés par les avocats de chaque partie et revêtus de la formule exécutoire par le greffe de la juridiction compétente².

L'amendement du Gouvernement adopté à l'Assemblée nationale tire les conséquences de la **force exécutoire donnée par cet article 29 à ces actes d'avocats sous réserve d'un contrôle restreint par le greffe de la juridiction.**

L'ajout (au 1^oA du I du présent article) de ces actes exécutoires parmi les titres définis à l'article 373-2-2 du code civil pouvant fixer les modalités et les garanties d'une pension alimentaire conduit à plusieurs mesures de coordination (voir tableau *infra*).

Disposition du présent article tel qu'adopté par l'Assemblée nationale	Article modifié	Objet de la modification
Code civil		
I bis	Art. 373-2-3	Cet article prévoit que la pension alimentaire peut être remplacée, en tout ou partie, par « <i>une rente indexée, l'abandon de biens en usufruit ou l'affectation de biens productifs de revenus</i> » ce qui permet d'éviter le paiement irrégulier de la pension alimentaire. L'acte exécutoire d'avocats est ajouté parmi les titres pouvant décider d'un tel remplacement selon des modalités qu'ils fixent.
I bis	Art. 373-2-6	Si les circonstances le justifient, le juge aux affaires familiales peut assortir d'une astreinte l'accord parental constaté par les titres exécutoires fixant une pension alimentaire auxquels est ajouté l'acte exécutoire d'avocat.

¹ Fixée à l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution.

² Ce projet de loi n'a pas encore été promulgué à la date d'écriture du présent rapport.

Disposition du présent article tel qu'adopté par l'Assemblée nationale	Article modifié	Objet de la modification
Code de la sécurité sociale		
<i>I ter</i>	Art. L. 523-1	Prise en compte du nouvel acte exécutoire d'avocats dans les règles d'éligibilité à l'allocation de soutien familial (ASF) : - au titre du parent hors d'état de faire face à ses obligations de paiement d'une pension ; - pour le versement de l'ASF différentielle lorsque la pension alimentaire est inférieure au montant de l'ASF.
<i>III bis</i>	Art. L. 582-2	Cet article permet aux CAF de donner force exécutoire à l'accord par lequel les parents mettant fin à leur concubinage ou à leur PACS fixent le montant de la pension alimentaire. Cette faculté est ouverte à condition que les parents ne soient pas titulaires d'une créance alimentaire en vertu d'un des actes exécutoires pouvant fixer une telle créance dont le nouvel acte exécutoire d'avocats.
Code pénal		
a) du 1° du IV	Art. 227-3	Ajout du nouvel acte exécutoire d'avocats parmi les actes définissant le versement d'une pension alimentaire dont l'absence d'exécution entraîne une sanction pénale.
Code des procédures civiles d'exécution		
<i>IV bis</i>	Art. L. 213-1	Extension au nouvel acte exécutoire d'avocats de la possibilité de recourir à la demande en paiement direct auprès d'un tiers débiteur afin de récupérer les impayés de pensions alimentaires.
Loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires		
<i>IV ter</i>	Art. 1 ^{er}	Ajout du nouvel acte exécutoire d'avocats parmi les actes au titre desquels le comptable public est compétent pour assurer le recouvrement des impayés après l'épuisement des voies d'exécution de droit privé.

L'Assemblée nationale a également adopté six amendements rédactionnels de la rapporteure Monique Limon.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Le rapporteur accueille favorablement les dispositions de cet article qui porte au bout de sa logique un mouvement de réformes engagé depuis plus de cinq ans pour prévenir les impayés de pension alimentaire et réduire la précarisation des familles notamment monoparentales.

En rendant automatique l'intermédiation financière des pensions alimentaires par la CAF ou par la caisse de la MSA dès l'émission d'un titre exécutoire fixant une telle créance, **le présent article vise à mettre fin à un phénomène de non-recours à ce service et apparaît donc comme nécessaire.** Selon l'étude d'impact, l'objectif fixé lors de la mise en place du service d'intermédiation de 230 000 familles bénéficiant de l'intermédiation en 2022 ne sera pas atteint. Les professionnels du droit ne se sont pas pleinement approprié le dispositif. Mi-juillet 2021, l'ARIPA avait reçu **37 168 demandes d'intermédiation** dont seulement 473 transmises par des juridictions et aucune par des avocats ou des notaires¹.

L'entrée en vigueur échelonnée du dispositif permettrait au réseau de l'ARIPA d'absorber le flux massif de dossiers qui en résultera. Au 1^{er} mars 2022, ne seront concernés que les jugements de divorce fixant une pension alimentaire, dont le volume annuel s'élevait à **35 003 en 2019**. Au 1^{er} janvier 2023, la réforme entrera en vigueur pour toutes les émissions de titres exécutoires ce qui représentaient **141 648 décisions en 2019**. À ces titres devront s'ajouter les actes exécutoires d'avocats introduits dans le dispositif par l'amendement du Gouvernement à l'Assemblée nationale.

Interrogé par le rapporteur lors de son audition en commission, le directeur général de la Cnaf a indiqué que **le calendrier prévu était réaliste** ; les systèmes d'information devraient être prêts à recevoir l'afflux de dossiers d'intermédiation.

La réforme **exigera toutefois de réels efforts de gestion de la part de l'ARIPA**. En outre, elle entraînera des **charges supplémentaires pour la branche famille liées à l'allocation de soutien familial**. L'automatisation de l'intermédiation permettra aux caisses d'avoir connaissance de chaque impayé ou de chaque pension familiale inférieure au montant de l'ASF de telle sorte que les dépenses liées aux avances d'ASF ou à l'ASF différentielle augmenteront. Ce coût est évalué à **2 millions d'euros en 2022** et est amené à monter en charge pour atteindre **59 millions d'euros en 2025**.

La commission a adopté deux amendements rédactionnels n^{os} 222 et 223 du rapporteur ainsi qu'un amendement n^o 221 de coordination rédactionnelle visant à tirer les conséquences de l'ajout d'un nouvel acte exécutoire d'avocats parmi ceux pouvant fixer une pension alimentaire.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

¹ Annexe 9 au PLFSS 2022, p. 401.

Article 49 bis (nouveau)

Information des allocataires sur leurs droits

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à renforcer l'information des allocataires des organismes débiteurs de prestations familiales de la nature et de l'étendue de leurs droits.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé : renforcer l'information des allocataires des organismes débiteurs de prestations familiales sur la nature et l'étendue de leurs droits

A. L'information incomplète des allocataires et le phénomène de non-recours aux droits

L'article L. 583-1 du code de la sécurité sociale prévoit que les organismes débiteurs des prestations familiales (ODPF) et leur personnel sont au service des allocataires et qu'ils sont tenus à ce titre d'assurer **l'information des allocataires sur la nature et l'étendue de leurs droits**, de les **aider dans leurs demandes** de prestations familiales et lorsque les allocataires sont en fin de droit de **prêter leur concours pour constituer les dossiers à déposer auprès d'autres organismes de protection sociale**.

Depuis 2014, la CNAF a mis en place un dispositif intitulé « *le rendez-vous des droits* » par lequel les CAF proposent un entretien personnalisé à des allocataires particulièrement vulnérables afin de vérifier s'ils ne sont pas éligibles à une prestation sociale dont ils ne bénéficient pas dans une logique de guichet unique. Une enquête de la Drees de 2016 révèle que 39 % des bénéficiaires du dispositif ont une demande de prestation sociale acceptée dans les trois mois suivant le rendez-vous¹.

Les dispositifs de lutte contre le non-recours aux droits s'attellent à un phénomène d'ampleur. Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge estime par exemple que 20 à 36 % des mères travaillant à temps partiel et éligibles au complément de libre choix d'activité (CLCA) ou à la prestation partagée d'éducation de l'enfant (Prepa) n'en sont pas bénéficiaires². Plus généralement, une étude menée par la CNAF en 2018 indique que sur 18 000 dossiers d'allocataires de la branche famille, entre 7,5 % et 8,2 % **ne bénéficiaient pas de tous leurs droits**.

¹ L. Castell, E. Perron-Bailly, Lutte contre le non-recours : 63 % des personnes pouvant bénéficier d'une prestation sociale y accèdent après un rendez-vous des droits, *Études et résultats*, n° 1058, avril 2018.

² HCFEA, Voies de réforme des congés parentaux dans une stratégie globale d'accueil de la petite enfance, février 2019.

B. Le renforcement de l'information des allocataires

Le présent article a été introduit à l'Assemblée nationale par un amendement de la rapporteure Monique Limon (La République en Marche) ayant fait l'objet de trois sous-amendements de la part du Gouvernement. Il vise à **renforcer l'information des allocataires des ODPF de la nature et de l'étendue des droits dont ils bénéficient**. À cette fin, il réécrit l'article L. 583-1 du code de la sécurité sociale (au I du présent article) en y ajoutant de nouvelles dispositions.

● La première section de l'article dans sa rédaction proposée rappelle le droit à l'information dont bénéficient l'ensemble des allocataires des ODPF¹. La seconde section décline plus précisément les actions des ODPF en ajoutant, par rapport au droit en vigueur, que ces derniers sont tenus :

- d'informer l'allocataire de l'ensemble de ses droits au moment où il dépose une demande de prestation ;

- d'informer spécifiquement les allocataires sur leurs droits aux congés familiaux en mentionnant l'incidence financière de ces dispositifs y compris sur leur pension de retraite.

● La troisième section vise à faire bénéficier toute personne enceinte déclarant sa grossesse auprès d'un ODPF à l'issue d'un examen prénatal d'une information sur l'ensemble des droits et notamment des congés auxquels elle peut prétendre. Les travailleuses indépendantes et les exploitantes agricoles doivent être spécifiquement informées à cette occasion du report de cotisations sociales durant le congé de maternité dont elles peuvent bénéficier².

Au titre du II du présent article, ces mesures entreraient en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

II - La position de la commission: un article aux intentions louables mais à la portée limitée

Le rapporteur souscrit aux objectifs du présent article visant à réduire le phénomène de non-recours aux droits. Il constate cependant que les CAF et les caisses de la MSA mettent déjà en œuvre des opérations visant à faire connaître aux allocataires l'étendue de leurs droits.

¹ Sont compris dans ces allocataires ceux qui bénéficient de prestations autres que les prestations familiales (revenu de solidarité active, aides au logement, prime d'activité).

² L'article L. 131-6-1-1 du code de la sécurité sociale prévoit ce report. Les allocataires concernées ne sont toutefois que les travailleuses indépendantes non agricoles ne relevant pas du régime micro-social et les travailleuses affiliées au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles relevant du régime d'assurance vieillesse et veuvage.

Comme a pu le souligner Vincent Mazauric, directeur général de la Cnaf, auditionné par la commission, **cet article correspond à la pratique des CAF** et invite davantage la prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG) à prévoir des objectifs ambitieux dans la lutte contre le non-recours aux droits, ce qui devrait être possible par **l'approfondissement du croisement automatisé de données (datamining) auquel la CNAF a déjà recours.**

En outre, le rapporteur note que les dispositions de l'article 74 de la LFSS pour 2019¹ prévoient l'information des femmes enceintes, dès leur déclaration de grossesse, concernant l'ensemble de leurs droits notamment le report des cotisations sociales pour les travailleuses indépendantes et agricoles concernées. Ces dispositions en vigueur couvrent un champ plus large que le présent article dans la mesure où elles s'appliquent à tous les organismes de sécurité sociale compétents - CAF, caisses de la MSA mais aussi CPAM.

Dès lors, la commission a adopté un amendement n° 224 du rapporteur visant à supprimer les dispositions relatives à l'information des femmes enceintes au sein de l'article 49 *bis* et à compléter les dispositions de l'article 74 de la LFSS pour 2019 afin de préciser que l'information des droits comprend également les droits aux congés.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

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

Article 49 ter (nouveau)

Modalités de revalorisation et de versement de la prestation d'aide à la restauration scolaire

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, précise les modalités de versement de la prestation d'aide à la restauration scolaire par les caisses d'allocations familiales d'outre-mer et par la caisse de sécurité sociale de Mayotte ainsi que les règles de revalorisation annuelle de la prestation et d'attribution des dotations à son financement.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

A. La prestation d'aide à la restauration scolaire : un dispositif d'action sociale pour les familles ultramarines

L'article L. 752-8 du code de la sécurité sociale dispose que les caisses d'allocations familiales de la Guadeloupe¹, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion ainsi que la MSA Sèvres-Vienne pour Saint-Barthélemy² doivent contribuer à **la prise en charge des frais de restauration scolaire pour les élèves scolarisés de l'école maternelle au lycée** au titre de leur action sociale spécifique. Cette prestation d'aide à la restauration scolaire ou **prestation accueil et restauration scolaire (PARS)** est directement versée aux services gérant la restauration et permet *in fine* un coût de revient plus faible pour les familles.

L'article 16 de l'ordonnance du 7 février 2002³ assigne à la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) les mêmes obligations de versement de cette prestation aux organismes ou collectivités territoriales chargés de la restauration scolaire avec lesquels elle contractualise.

Le financement de la **PARS** est assuré par une fraction des ressources des caisses, soit une dotation du **fonds national des prestations familiales (FNPF)**, dont **le montant attribué à chacune d'entre elles est fixé annuellement par arrêté interministériel.**

¹ La CAF de la Guadeloupe est aussi compétente pour la collectivité de Saint-Martin au titre du deuxième alinéa de l'article L. 752-1 du code de la sécurité sociale.

² Conformément au troisième alinéa du même article L. 752-1, la MSA Sèvres-Vienne est compétente pour la collectivité de Saint-Barthélemy et dispose d'une caisse de proximité, appelée caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy.

³ Ordonnance n° 2002-149 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte.

Ces arrêtés attribuent le montant global de dotation en fonction des contributions forfaitaires retenues par repas ou collation et des effectifs de bénéficiaires lors de l'année scolaire précédente (voir les tableaux ci-dessous pour l'année 2020¹).

Niveau scolaire	Montant de la contribution forfaitaire dans les établissements pour 2020 (en euros)
Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Guyane, Martinique et La Réunion	
Établissements de la maternelle aux collèges	1,31 € par collation
	1,92 € par repas
Lycées	0,30 € par repas
Mayotte	
Premier degré	1,51 € par collation
	2,12 € par repas
Second degré	1,31 € par collation
	1,92 € par repas

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

Collectivités, départements et régions d'outre-mer	Montant maximal de la dotation pour 2020 (en euros)
Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy	6 979 718
Guyane	3 568 317
Martinique	8 423 702
La Réunion	26 702 742
Sous total	62 101 148
Mayotte	16 426 668
Total	78 527 816

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

¹ Arrêté du 14 décembre 2020 relatif au financement de la prestation spécifique de restauration scolaire dans les établissements des départements et collectivités d'outre-mer pour l'année 2020.

Pour tenir compte des dépenses supplémentaires pour les familles que représentaient la fermeture des établissements scolaires et des services de restauration lors de la crise sanitaire, le Gouvernement a décidé en avril 2020 du **versement direct auprès des familles de la PARS**. Les conseils d'administration des CAF ont adopté en conséquence de nouvelles modalités de versement en retenant par exemple le barème de ressources de l'allocation de rentrée scolaire (ARS)¹. Ce dispositif a été renouvelé en juillet 2020².

B. Le droit proposé : fixer dans la loi les modalités de versement et de revalorisation de la prestation

Inséré à l'Assemblée nationale par un amendement du Gouvernement, le présent article vise à **préciser dans la loi les modalités de calcul et de revalorisation de la PARS ainsi que des montants de dotation attribués pour son financement**.

• Le I du présent article modifie l'article L. 752-8 du code de la sécurité sociale applicable à la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin, en apportant au *a)* et *b)* du 1^o une amélioration rédactionnelle du premier alinéa de l'article. Le *c)* du même 1^o vise à préciser au même alinéa que la PARS est mobilisée pour **les établissements scolaires publics comme privés sous contrat** dans des conditions définies par décret.

Le 2^o du I insère trois alinéas au sein de l'article L. 752-8 afin de prévoir que :

- **la PARS est versée au service en fonction du nombre de repas et de collations servis** – ce que l'article ne prévoit pas en l'état du droit à la différence de l'article 16 de l'ordonnance du 7 février 2002 – selon des modalités définies par décret ;

- **le même décret fixe des montants forfaitaires** par repas ou par collation, variables selon le niveau scolaire ;

- **ces montants sont revalorisés le 1^{er} janvier de chaque année en appliquant le coefficient de revalorisation des prestations sociales** (voir encadré *infra*).

¹ Voir par exemple le communiqué de presse conjoint de la préfecture et de la CAF de La Réunion du 15 avril 2020.

² Communiqué de presse d'Annick Girardin, ministre des outre-mer, et de Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès du ministre des solidarités et de la santé, 2 juillet 2020.

Le coefficient de revalorisation annuelle

Aux termes de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, le coefficient de revalorisation annuelle des prestations est « égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation des prestations concernées ». Depuis 2016¹, ce coefficient prend donc en compte **l'inflation constatée** et non plus prévisionnel. En outre, ce **coefficient ne peut être inférieur à 1**.

La revalorisation par ce coefficient concerne la majeure partie des prestations de protection sociale comme par exemple les prestations familiales par l'intermédiaire des bases mensuelles d'allocations familiales (art. L. 551-1), l'allocation de solidarité aux personnes âgées (art. L. 815-1 CSS), la prime d'activité (art. L. 842-3 CSS), etc.

Le 3° du I supprime le dernier alinéa de cet article qui dispose que les régimes autres que le régime général contribuent au financement de cette action sociale spécifique, en fonction des dépenses engagées pour leurs bénéficiaires². Cette disposition est devenue sans objet avec l'universalisation progressive de la branche famille du régime général y compris s'agissant des charges liées aux prestations d'action sociale³.

• Le II du présent article concerne l'ordonnance du 7 février 2002 applicable à la situation à Mayotte.

Le 1° vise à rédiger l'article 16 de l'ordonnance afin de rendre applicable les dispositions proposées de l'article L. 752-8 et ainsi d'unifier le régime de la PARS dans toutes les collectivités, départements et régions d'outre-mer sous réserve, le cas échéant, d'une adaptation pour Mayotte des montants forfaitaires par repas ou par collation que le décret doit fixer.

De même, les dispositions de l'article L. 752-8 relatives à la définition du montant global de l'affectation d'une fraction de ressource de la CNAF ne seront pas applicables dans la mesure où l'article 17 de l'ordonnance prévoit le financement de la PARS en renvoyant aux modalités d'affectation des ressources propres à Mayotte⁴.

Le 2° du II vise à supprimer à l'article 17 la mention à un arrêté annuel fixant la dotation de financement de la PARS attribuée à la CSSM.

¹ Loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

² Cette disposition introduite en 1993 permettait notamment de faire contribuer aux frais de restauration scolaire les régimes des fonctionnaires de l'État et des collectivités territoriales pour le bénéfice que leurs allocataires tiraient de l'IPARS.

³ La MSA gère les prestations familiales par délégation du régime général.

⁴ L'article 28-5 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 dispose que le financement de la branche famille à Mayotte est assuré par les cotisations sociales des employeurs, des indépendants et, en tant que de besoin, par une contribution d'équilibre de la CNAF.

II - La position de la commission : des dispositions souhaitables pour donner de la lisibilité à cette prestation

Le rapporteur constate que **la revalorisation des contributions forfaitaires constituant la PARS est aujourd'hui imprévisible et décevante**. Les montants pour les collations ont été gelés depuis 2017 tandis que pour les repas la contribution forfaitaire a connu une hausse d'un centime entre 2019 et 2020 (de 1,91 à 1,92 euros). En tenant compte de l'inflation, la valeur réelle des contributions forfaitaires de la PARS a donc décliné ces dernières années.

De plus, les arrêtés annuels fixant ces montants ne sont pas publiés à intervalle régulier et le sont parfois très tardivement dans l'année (en décembre pour les années 2019 et 2020). Enfin, ils couvrent tantôt une seule année tantôt une période pluriannuelle¹.

Le rapporteur accueille donc favorablement les dispositifs du présent article qui **apporteront de la lisibilité dans la revalorisation des contributions forfaitaires de cette prestation essentielle aidant environ 349 000 écoliers, collégiens et lycéens ultramarins et leur famille**². La revalorisation annuelle des contributions forfaitaires suivant l'inflation, les dotations de financement attribuées aux ODPF seront-elles-mêmes plus prévisibles.

Selon les informations communiquées au rapporteur, le décret précisera les critères de calcul du montant de la dotation tandis que la fixation annuelle des montants fera l'objet d'un échange avec la CNAF avant d'être formalisée dans un courrier ou une circulaire.

La commission a adopté un amendement n° 225 du rapporteur visant à **supprimer le renvoi à un arrêté interministériel annuel** pour fixer les dotations des caisses des départements et régions d'outre-mer conformément aux objectifs poursuivis par le présent article.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

¹ Arrêté du 25 novembre 2015 relatif au financement de la prestation spécifique de restauration scolaire dans les établissements des départements d'outre-mer pour les années 2015, 2016 et 2017.

² Source : communiqué de presse précité.

Article 49 quater (nouveau)

Entrée en vigueur du tiers payant pour le CMG « structure »

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à décaler au plus tard au 1^{er} septembre 2024 l'entrée en vigueur du tiers-payant pour le complément de libre choix du mode de garde (CMG) initialement prévue au 1^{er} janvier 2022.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Le tiers payant pour le CMG « structure » décidé par la LFSS pour 2020

Le CMG « structure » compris au sein de la **prestation d'accueil du jeune enfant** (Paje) (voir encadré ci-dessous) est une prestation versée à la famille **ayant recours à un prestataire de garde à domicile, une crèche familiale ou une micro-crèche**. Les familles bénéficiaires de la prestation doivent payer la totalité des frais de garde à la structure tandis que le CMG leur est versé *a posteriori* par l'organisme débiteur de prestations familiales (ODPF).

Cette avance de trésorerie étant une difficulté pour certaines familles, l'article 70 de la LFSS pour 2019¹ a modifié l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que le **CMG peut être versé directement à l'association ou l'entreprise selon un principe de tiers payant**.

Le dispositif n'est cependant mis en œuvre que sur **demande de la famille bénéficiaire** et avec **l'accord de l'association ou de l'entreprise** proposant le service de garde.

Cette réforme, qui demande une adaptation importante de la part des organismes de sécurité sociale, doit **entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2022**.

Le complément de libre choix du mode de garde

Prévu aux articles L. 531-5 à L. 531-9 du code de la sécurité sociale, le CMG permet de compenser le coût de la garde d'un enfant âgé de moins de 6 ans dont les parents ont une activité professionnelle minimale. Dans la limite d'un reste à charge de 15 %, le CMG finance les cotisations sociales versées :

- en totalité pour l'emploi d'une assistante maternelle ;
- en partie pour l'emploi direct d'une garde d'enfant à domicile (CMG « **emploi direct** ») ou pour le recours à une association ou entreprise habilitées (CMG « **structure** »).

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

Il comprend aussi une part modulée selon les ressources du ménage, le nombre d'enfants à charge et suivant que la charge est assumée par une personne seule ou un couple.

Le CMG « emploi direct » fait déjà l'objet d'un tiers payant par l'intermédiaire de la plateforme Pajemploi depuis 2019. Les particuliers employeurs déclarent le volume horaire mensuel de garde de leur enfant et la rémunération du salarié. Pajemploi se charge alors de prélever directement le montant défrayé de la part prise en charge par le CMG. Celui-ci est directement versé par la CAF ou la caisse de la MSA à la plateforme.

B. Le dispositif proposé : retarder l'application de cette réforme de deux ans et demi au plus

Le présent article, introduit par amendement du Gouvernement à l'Assemblée nationale, vise à modifier l'article 70 de la LFSS pour 2019 afin de **différer l'entrée en vigueur de la réforme du tiers payant pour le CMG « structure » à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} septembre 2024.**

II - La position de la commission

Le mécanisme du tiers payant pour le CMG « structure », sur lequel la commission s'était prononcée favorablement dans le cadre de l'examen du PLFSS pour 2019, permettra **de réduire les avances de frais pour les familles bénéficiaires de la prestation.** Le décalage de son entrée en vigueur retardera de fait l'aide à la trésorerie et la simplification des démarches pouvant être apportée aux **93 000 familles bénéficiaires du CMG « structure »**¹.

Vincent Mazauric, directeur général de la Cnaf, a toutefois pointé lors de son audition en commission les **difficultés techniques rencontrées, notamment par le réseau des URSSAF,** qui empêchent la mise en place dès janvier 2022 de la réforme du tiers payant. Le Gouvernement a indiqué que la crise sanitaire avait retardé l'engagement des travaux préalables à ce dispositif.

Dès lors, si le rapporteur regrette ce décalage d'entrée en vigueur, il estime néanmoins **nécessaire l'adoption du présent article compte tenu des raisons techniques qui le justifient.**

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

¹ En 2019. Source : Drees, *Minima sociaux et prestations sociales, Panoramas de la Drees*, édition 2021.

Article 50

Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides

Cet article propose d'étendre le périmètre du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides aux médicaments antiparasitaires vétérinaires et de prolonger le délai dérogatoire déjà existant pour y déposer une demande. Il propose également d'appliquer aux salariés du secteur agricole d'outre-mer relevant du régime général les tableaux de maladies professionnelles du régime agricole s'ils sont plus appropriés aux travaux effectués.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - L'extension du périmètre du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides (FIVP) et l'égalisation des conditions de reconnaissance des maladies professionnelles dans le secteur agricole

A. Des conditions d'indemnisation insuffisamment harmonisées, tant au titre du FIVP que des maladies professionnelles dans le secteur agricole

1. Le FIVP : un périmètre visiblement incomplet et un déploiement ralenti par la crise sanitaire

a) Le rôle du FIVP

L'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a institué un **fonds d'indemnisation**, codifié à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime, et **destiné à réparer les préjudices des victimes de pesticides** tels que définis par la directive 2009/128/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009, à savoir les produits phytopharmaceutiques, utilisés dans l'agriculture, et les produits biocides, sans usage agricole. Il a été **créé au sein de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole**, et ses modalités concrètes de fonctionnement ont été définies par un décret, adopté tardivement, du 27 novembre 2020¹.

Peuvent y prétendre les assurés du régime général, les salariés et non-salariés agricoles, les anciens exploitants, leur conjoint et les membres de leur famille titulaires d'une pension de retraite agricole ayant cessé leur activité non salariée avant le 1^{er} avril 2002. Sont également pris en charge les enfants victimes d'une maladie à la suite d'une exposition prénatale directe aux pesticides en raison de l'activité professionnelle de l'un des parents.

¹ Décret n° 2020-1463 du 20 novembre 2020 relatif à l'indemnisation des victimes de pesticides.

Ce fonds garantit la réparation forfaitaire des dommages subis lors d'une exposition professionnelle. Il vise d'une part une **amélioration du niveau de réparation pour les non-salariés agricoles** grâce à un complément de rémunération et, à travers l'instruction des demandes par une unique caisse - la MSA Mayenne-Orne-Sarthe -, une **homogénéisation de la procédure de reconnaissance de maladie professionnelle**, qui reposait sur la voie complémentaire des comités régionaux de reconnaissances de maladies professionnelles (CRRMP)¹. Seulement deux tableaux spécifiques aux pesticides dans le cadre du régime agricole - les 58² et 59³ - font en effet référence aux produits phytopharmaceutiques et biocides et donnent lieu à une présomption de reconnaissance, et aucun dans le cadre du régime général, alors même que l'exposition à ces produits peut entraîner d'autres maladies⁴. Il s'attache également à **ouvrir une voie d'indemnisation facilitée aux enfants victimes d'exposition prénatale**. Les dépenses de réparation sont imputées au compte de l'employeur et affectent son taux brut de cotisation AT-MP.

Le fonds est financé pour partie par des contributions des régimes AT-MP et pour partie par une fraction de la taxe sur la vente des produits phytopharmaceutiques. Son solde s'élevait, fin 2020, à 11,7 millions d'euros.

b) Un périmètre visiblement incomplet

Pour autant, le périmètre visé est visiblement incomplet.

D'une part, la directive de 2009/128/CE à laquelle fait référence l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale dans sa définition des pesticides, si elle affiche bien un objectif ultérieur d'extension du champ d'application aux produits biocides finalement atteint, concerne les produits phytopharmaceutiques. Les produits biocides sont, eux, visés par le Règlement (UE) 528/2012 du Parlement européen et du Conseil du 22 mai 2012. Bien que l'indemnisation offerte par le FIVP concerne les situations d'exposition professionnelle et prénatale tant aux produits phytopharmaceutiques que biocides, la référence à la directive de 2009 est désormais obsolète, d'autant qu'un autre règlement spécifique aux produits phytopharmaceutiques, le règlement (CE) 1107/2009 du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009, existe aussi.

¹ Le rapport IGAS/IGF/CGAAER de janvier 2018 à l'origine de ce dispositif soulignait, en plus du problème posé par la non-indemnisation des retraités avant le 1^{er} avril 2002 (date de création du régime AT-MP obligatoire) et des enfants exposés avant leur naissance, le taux de recours limité au sein du régime agricole et l'hétérogénéité des décisions de reconnaissance au sein des CRRMP.

² Hémopathies malignes, créé en 2012.

³ Maladie de Parkinson, créé en 2015.

⁴ Toutefois, il faut noter que 13 tableaux du régime agricole portent sur des produits susceptibles d'entrer dans la composition de pesticides, comme les tableaux 8 (sulfocarbonisme professionnel), 12 (maladies causées par le mercure et ses composées), 23 (intoxications professionnelles provoquées par le bromure et méthyle). Certains de ces tableaux (10, 11, 13, 19, 19 bis, 21, 23, 28, 28 bis, 48) possèdent leur équivalent au régime général. Tel n'est pas le cas, toutefois, des tableaux 58 et 59 du régime agricole.

D'autre part, et surtout, subsiste une **différence de définition des pesticides entre celle qui donne lieu à indemnisation par le FIVP, et celle qui donne lieu à indemnisation dans le cadre de la procédure normale de reconnaissance des maladies professionnelles**, à travers les tableaux 58 et 59 de maladies professionnelles du régime agricole relatifs à la maladie de Parkinson et aux hémopathies malignes. La première recouvre les produits phytopharmaceutiques et biocides, mais la seconde y ajoute les médicaments vétérinaires antiparasitaires. Les personnes qui se trouveraient exposées à ces médicaments ne bénéficient alors pas de l'harmonisation de l'instruction permise par le FIVP et, pour les exploitants, de l'amélioration de l'indemnisation, puisque son périmètre exclut les antiparasitaires.

La LFSS 2020, qui avait retenu la définition restrictive des pesticides pour le périmètre du FIVP, avait prévu la remise d'un rapport sur son extension éventuelle aux antiparasitaires. Celui-ci a été reporté en LFSS 2021 sur la base d'un amendement du Sénat, en raison de la crise sanitaire qui a retardé le déploiement du fonds. Le Gouvernement n'a pourtant pas jugé bon de remplir son obligation législative en remettant ce rapport¹, qui aurait pu fournir au Parlement des données scientifiques détaillées lui permettant de se prononcer en connaissance de cause sur l'extension dudit périmètre. Celles-ci ont pu être recueillies à l'occasion des auditions menées par votre rapporteur. Il est ainsi apparu que l'ANSES, dans son rapport de mars 2021, publié en juillet 2021, sur le lien entre le cancer de la prostate et les pesticides incluant le chlordécone, rangeait dans sa définition des pesticides les médicaments antiparasitaires vétérinaires. Ceux-ci contiennent des molécules que l'on retrouve dans les biocides et les phytopharmaceutiques.

c) Un déploiement ralenti par la crise sanitaire.

En raison de la crise sanitaire, l'instruction des demandes de reconnaissance de maladies professionnelles par la MSA Mayenne-Orne-Sarthe a été suspendue à compter du 12 mars 2020, et n'a repris qu'au 1^{er} juillet 2020. La publication tardive des textes d'application, en particulier le décret du 27 novembre 2020 relatif à l'indemnisation des victimes de pesticides qui précise le fonctionnement du fonds et le rôle de ses différentes instances, a conduit à reporter les actions de communications (site Internet, plateforme téléphonique) mises en place à destination des potentielles victimes. Le déploiement complet du fonds aura donc fortement pâti de la crise sanitaire, celui-ci ne montant en charge qu'au long de l'année 2021, même si 380 demandes ont été déposées entre le 1^{er} janvier 2020 et le 22 juin 2021, contre 70 par an au cours des années précédentes.

¹ Annexe 3 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, Mise en œuvre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021, article 101.

À ce titre, **le dispositif de rattrapage introduit à l'article 70 de la LFSS 2020 ne paraît pas suffisant**. Celui-ci **permet de déroger aux règles de droit commun prévues dans le cadre du fonds** - à savoir une saisine deux ans à compter du certificat médical initial établissant un lien possible entre la maladie et l'activité professionnelle. Ainsi, quand bien même leur certificat aurait été établi avant le 31 décembre 2019, mais après le 1^{er} janvier 2010 pour les salariés du régime général et les travailleurs agricoles hors exploitants agricoles retraités avant le 1^{er} avril 2002, **les personnes exposées peuvent déposer leur demande jusqu'au 31 décembre 2021**. Pour les enfants ayant subi une **exposition prénatale** (*in utero* ou par spermatogénèse) du fait de l'activité professionnelle d'un des parents, **la demande est possible quand bien même le dommage aurait été consolidé plus de dix ans auparavant**. Cela laisse donc aux personnes potentiellement intéressées pour prendre connaissance du fonds et déposer une demande un délai d'à peine plus d'un an, entre le 27 novembre 2020 et le 31 décembre 2021.

À noter qu'entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 août 2021, 26 assurés ayant un certificat médical établi entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2019, ont bénéficié de ce dispositif de rattrapage :

- 12 non-salariés agricoles ;
- 8 salariés agricoles ;
- 1 non salarié agricole décédé ;
- 3 retraités non-salariés agricoles ;
- 2 retraités salariés¹.

2. Une reconnaissance des maladies professionnelles pour les salariés du secteur agricole différente entre l'outre-mer et l'hexagone

Dans l'hexagone, les salariés agricoles relèvent d'un régime particulier, et à ce titre leurs maladies professionnelles font l'objet d'une reconnaissance sur le fondement de tableaux de maladies professionnelles du régime agricole, prévus par l'article L. 751-7 du code rural et de la pêche maritime. Ils bénéficient donc d'une présomption de reconnaissance lorsque leur maladie figure dans ces tableaux et est associée à leur activité.

Dans les territoires d'Outre-mer, en revanche, l'ensemble des salariés relèvent du régime général, à travers les caisses générales de sécurité sociale². Ils dépendent par conséquent, pour la reconnaissance de leurs maladies professionnelles, des tableaux du régime général, prévus par l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale, qui excluent de nombreuses pathologies existant dans le régime agricole, et en particulier celles qui sont liées aux pesticides.

¹ Réponse de la MSA et du FIVP au questionnaire de la commission des affaires sociales.

² Article L. 752-4 du code de la sécurité sociale.

Demeure toujours pour eux, s'ils souhaitent se faire indemniser pour une maladie professionnelle non comprise dans ces tableaux, la voie complémentaire, mais elle n'offre pas les mêmes garanties que la procédure normale.

La situation serait particulièrement problématique au regard du chlordécone. L'ANSES, dans les conclusions de son étude de mars 2021, semblait tendre vers la reconnaissance d'un lien d'imputabilité entre l'exposition au chlordécone et le cancer de la prostate. Dans les conditions actuelles, s'il était décidé de la création d'un tableau professionnel du régime agricole allant dans ce sens, les salariés du secteur agricole d'Outre-mer, pourtant premiers concernés, se verraient obligés de passer par la voie complémentaire.

B. La mise en cohérence du périmètre du FIVP et du régime d'indemnisation des salariés du secteur agricole outre-mer

1. L'extension du périmètre du FIVP aux médicaments vétérinaires antiparasitaires et le report du délai dérogatoire de dépôt de demande au 31 décembre 2022

Le I du présent article s'attache par conséquent à harmoniser les conditions de reconnaissance des maladies professionnelles dues à une exposition aux pesticides entre le FIVP et le régime agricole. Il procède, en modifiant l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale, à l'extension du périmètre du FIVP aux médicaments vétérinaires antiparasitaires, ainsi qu'à des précisions dans le renvoi au droit européen. Il fait ainsi référence, pour la définition des produits phytopharmaceutiques, au règlement 1107/2009 du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques, et pour celle des produits biocides, au règlement 528/2012 du Parlement européen et du Conseil du 22 mai 2012 concernant la mise à disposition sur le marché et l'utilisation des produits biocides.

L'impact financier de cette mesure d'élargissement est estimé à 0,6 million d'euros en 2022, 0,9 million d'euros en 2023 et 1,2 million d'euros en 2024, en raison de la montée en charge progressive du dispositif, associée à une meilleure information de ses potentiels bénéficiaires.

Par ailleurs, il procède, en modifiant l'article 70 de la LFSS pour 2020¹, au report du délai dérogatoire de dépôt de demande au 31 décembre 2022 et, pour les salariés du régime général et les travailleurs agricoles, supprime, tant que ce délai dérogatoire ne sera pas échu, la condition au 1^{er} janvier 2010 la date à partir de laquelle doit être établi le certificat médical initial : cette borne temporelle disparaît.

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

En ce qui concerne les enfants, dont la demande d'indemnisation doit être déposée, dans le cadre du droit commun, dans un délai de dix ans suivant la date de consolidation de l'état de santé, ils pourront, jusqu'au 31 décembre 2022, déposer une demande quand bien même la consolidation de leur état de santé serait intervenue antérieurement au 1^{er} janvier 2013.

Le coût de ce dispositif de rattrapage, selon la DSS, est estimé à 130 000 euros pour 2022. Il aurait également un impact de 110 000 euros par an en 2023 et 2024.

2. L'harmonisation des conditions de reconnaissance des maladies professionnelles des travailleurs agricoles

Le II du présent article procède, en modifiant les articles L. 781-43 et L. 781-48 du code rural et de la pêche maritime, à un alignement des conditions de reconnaissance des maladies professionnelles pour les salariés employés dans le secteur agricole dans les territoires d'Outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Mayotte) sur celles qui prévalent dans l'hexagone pour le régime agricole. Il assure une coordination avec le code de la sécurité sociale en modifiant son article L. 752-4.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Les modifications apportées par l'Assemblée nationale sont d'ordre purement rédactionnel.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Votre commission partage la préoccupation d'harmonisation de la définition des pesticides pour lesquels l'exposition donne droit à indemnisation de la part du FIVP.

Si l'exposition à ces médicaments est d'une dangerosité variable selon ses usages (par voie cutanée ou par spray), il est du ressort des employeurs et des vendeurs de procéder aux explications nécessaires. La mutualité sociale agricole mène déjà un travail de prévention conséquent en ce sens. Demander aux agriculteurs de faire la preuve d'un usage conforme aux règles d'utilisation nécessiterait, outre que cela irait contre la présomption d'imputabilité qui caractérise la reconnaissance des maladies professionnelles depuis la loi du 9 avril 1898, de mener un contrôle sur les agriculteurs, qui serait inutile s'il n'était pas massif.

Votre commission partage également l'harmonisation des conditions d'indemnisation entre les travailleurs agricoles d'outre-mer et d'hexagone.

Elle a jugé qu'un amendement rédactionnel était toutefois nécessaire (amendement n° 226).

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 50 bis (nouveau)

Complémentaire santé et possibilité d'affiliation au régime général pour les travailleurs des plateformes

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à permettre aux plateformes de proposer aux travailleurs qui y recourent pour leur activité des garanties collectives de protection sociale complémentaire et à prévoir une option en faveur du régime général pour les travailleurs des plateformes dont les revenus annuels sont inférieurs à 1 500 euros par mois.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale : donner aux plateformes la possibilité de négocier des garanties collectives de protection sociale complémentaire avec leurs travailleurs et permettre à ces derniers de s'affilier au régime général

A. Les travailleurs des plateformes bénéficient de la même couverture sociale que les travailleurs indépendants « classiques »

Dès la fondation de la sécurité sociale, les travailleurs indépendants ont affiché le souci de voir leurs spécificités reconnues et, conformément à leur autonomie professionnelle, de préserver un mode de fonctionnement **fondé sur la couverture individuelle des risques** plutôt que sur le principe de solidarité.

Genèse du régime de sécurité sociale des travailleurs indépendants

L'opposition des travailleurs indépendants a fait obstacle à l'application de la loi n° 46-1146 du 22 mai 1946 portant généralisation de la sécurité sociale, entraînant la création de régimes autonomes d'assurance vieillesse, la CANCAVA (artisans) et l'ORGANIC (professionnels de l'industrie et du commerce), en 1948 et d'un régime autonome d'assurance maladie-maternité, la CANAM, en 1966.

Le régime social des indépendants (RSI), né de leur fusion en 2006, a été remplacé, en 2018, par **la sécurité sociale des indépendants (SSI), intégrée au régime général en 2020**. Toutefois, cet adossement n'a pas entraîné l'unification des règles relatives aux cotisations et aux prestations des indépendants et des salariés.

Au fil des années, la couverture obligatoire des travailleurs indépendants a été **progressivement alignée sur celle des salariés pour les droits universels** (frais de santé et prestations familiales). En ce qui concerne les droits contributifs (arrêts de travail, congé maternité, retraite de base et complémentaire), les indépendants bénéficient également d'une couverture obligatoire du même type que celle des salariés. Des différences subsistent néanmoins sur ce dernier plan **du fait d'un moindre effort contributif** : les cotisations correspondantes sont assises sur le revenu professionnel net de l'indépendant, une assiette moins large que le salaire brut, qui sert de base au calcul des cotisations des salariés.

Or, depuis les années 2000, des plateformes numériques de travail mettent en relation des particuliers ou des entreprises souhaitant bénéficier d'une prestation de service avec des travailleurs. Ces plateformes mènent une véritable guerre des prix avec les acteurs traditionnels du secteur dans lequel elles sont spécialisées. Dans une logique de contraction de leurs charges de fonctionnement, elles n'emploient pas de salariés à cet effet, **mais recourent à des travailleurs juridiquement indépendants**, dont la plupart exercent sous le régime de la micro-entreprise.

De l'auto-entrepreneur à la micro-entreprise

Jusqu'en 2016, les notions de micro-entreprise et d'auto-entrepreneur renvoyaient à deux dispositifs différents. Un entrepreneur en entreprise individuelle (EI) pouvait ainsi opter, sous conditions de chiffre d'affaires, pour deux régimes avantageux :

- le **régime de la micro-entreprise** : l'entrepreneur était redevable de l'impôt sur le revenu sur le montant brut de ses revenus annuels après abattement forfaitaire pour frais professionnels et affilié au régime social des indépendants (RSI) ;

- l'option, au sein du régime de la micro-entreprise, pour le **statut d'auto-entrepreneur** : l'entrepreneur bénéficiait d'un régime micro-fiscal simplifié, *via* le versement fiscal libératoire d'un pourcentage de son chiffre d'affaires brut, sans réajustement au moment de la déclaration de revenus, et d'un régime micro-social simplifié fondé sur le paiement périodique de ses cotisations sociales sur la base d'un pourcentage avantageux de son chiffre d'affaires (par voie de conséquence, **si le chiffre d'affaires est nul, aucune cotisation n'est due**).

La loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises, dite « *loi Pinel* », a **fusionné ces deux options dans le régime de la micro-entreprise** à compter du 1^{er} janvier 2016, faisant ainsi disparaître le statut d'auto-entrepreneur.

Désormais, un entrepreneur individuel peut opter pour le régime de la micro-entreprise sous conditions de chiffre d'affaires. En qualité de micro-entrepreneur, il bénéficie d'office d'un **régime micro-fiscal simplifié**¹ – imposition sur le chiffre d'affaires après déduction d'un abattement forfaitaire pour frais professionnels, avec option pour le versement fiscal libératoire – et d'un **régime micro-social simplifié**² – avec affiliation à la sécurité sociale des indépendants (SSI). Il peut également **choisir, sur option, le régime de droit commun des travailleurs indépendants et verser des cotisations sociales minimales** afin d'améliorer sa couverture sociale. Le micro-entrepreneur bénéficie enfin d'une franchise en base de TVA en-dessous de certains seuils de chiffre d'affaires et d'obligations comptables réduites à la tenue d'un livre journal des recettes et d'un registre des achats.

La présomption de travail indépendant inscrite dans le code du travail³ s'applique à ces travailleurs et ne peut être renversée que par la démonstration de l'existence d'un **lien de subordination juridique permanente** à l'égard de la plateforme.

Par conséquent, les travailleurs des plateformes ne disposent que des garanties de protection sociale applicables aux travailleurs indépendants, à l'exception de ceux d'entre eux qui exercent en tant qu'indépendants en parallèle d'une autre activité. En effet, dans ce dernier cas, les intéressés bénéficient de **couvertures sociales complémentaires au titre de leur statut de salarié ou d'étudiant**.

B. La protection sociale des travailleurs des plateformes est donc particulièrement limitée, notamment en matière de complémentaire santé

Depuis 2013⁴, les employeurs ont l'obligation de proposer une couverture santé complémentaire à tous leurs salariés et de prendre en charge la cotisation afférente à hauteur d'au moins 50 %⁵.

Toutefois, **les travailleurs indépendants ne bénéficient pas de telles garanties et doivent souscrire individuellement**, s'ils le souhaitent, une complémentaire santé, ce que la plupart des travailleurs des plateformes ne peuvent faire compte tenu de la faiblesse de leurs revenus.

Il convient d'ajouter que ces travailleurs **ne disposent pas non plus d'une couverture obligatoire contre le risque d'accidents du travail et de maladies professionnelles**.

¹ Articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts.

² Article L. 613-7 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 8221-6 du code du travail.

⁴ Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, article 1^{er}.

⁵ Article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Néanmoins, depuis 2016¹, lorsque le travailleur souscrit une assurance couvrant le risque d'accidents du travail ou adhère à l'assurance volontaire de la sécurité sociale en matière d'accidents du travail, la plateforme prend en charge sa cotisation², dans la limite du montant de la cotisation due au titre de l'assurance volontaire³ et sous condition de chiffre d'affaires⁴.

Enfin, depuis 2018⁵, les travailleurs indépendants disposent de la possibilité de bénéficier d'une allocation chômage forfaitaire de 800 euros par mois⁶ pendant six mois⁷, sous plusieurs conditions particulièrement restrictives⁸. **Bien qu'en voie de simplification⁹, ces dernières ne permettent pas à la plupart des travailleurs des plateformes de bénéficier de l'allocation des travailleurs indépendants (ATI).**

Comparatif des couvertures sociales des salariés et des travailleurs de plateformes

Type de couverture	Salariés	Travailleurs des plateformes
Frais de santé	Sécurité sociale	
Arrêts maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Indemnités journalières égales à 50 % du salaire journalier brut dans la limite de 1,8 SMIC, soit une indemnité maximale de 45,55 euros par jour. • Délai de carence de trois jours. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indemnités journalières égales à 1/730^e du revenu d'activité annuel moyen des trois dernières années civiles dans la limite du plafond de la sécurité sociale, soit une indemnité maximale de 56,35 euros par jour. • Délai de carence de trois jours. • L'indemnité journalière est nulle pour les micro-entrepreneurs dont le revenu annuel moyen est inférieur à 4 046,40 euros en 2021, sauf pour les micro-entrepreneurs versant une cotisation minimale (sur option).

¹ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du travail et à la sécurisation des parcours professionnels, article 60.

² Article L. 7342-2 du code du travail.

³ Article D. 7342-2 du code du travail.

⁴ Article D. 7342-1 du code du travail.

⁵ Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, article 51.

⁶ Article D. 5424-74 du code du travail.

⁷ Article D. 5424-75 du code du travail.

⁸ Article L. 5424-25 du code du travail.

⁹ Projet de loi en faveur de l'activité professionnelle indépendante adopté en première lecture par le Sénat le 26 octobre 2021 et transmis à l'Assemblée nationale le 27 octobre 2021, article 9.

Type de couverture	Salariés	Travailleurs des plateformes
<p align="center">Accidents du travail/maladies professionnelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Branche AT-MP de la sécurité sociale. • L'indemnité journalière est égale à 60 % (80 % après 28 jours) du salaire journalier de référence, égal à 1/30,42 du salaire brut du mois civil précédant l'arrêt de travail. • Ce salaire journalier ne peut excéder 0,834 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 343,07 euros en 2021. L'indemnité maximale est donc de 205,84 euros pendant les 28 premiers jours, puis de 274,46 euros à partir du 29^{ème} jour. • Les frais de santé sont remboursés à 100 % des tarifs de l'assurance maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de couverture obligatoire. • Faculté d'adhérer à l'assurance volontaire AT-MP ou à une assurance privée. • En cas d'adhésion à l'assurance volontaire, les prestations sont celles de droit commun, à l'exclusion des indemnités journalières, auxquelles l'assurance volontaire n'ouvre pas droit. • Si le travailleur réalise un chiffre d'affaires au moins égal à 13 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 5 347,68 euros en 2021, la plateforme prend en charge les éventuelles cotisations d'assurance contre le risque AT-MP souscrite à titre volontaire par le travailleur, dans la limite du montant de la cotisation due au titre de l'assurance volontaire de la sécurité sociale.
<p align="center">Maternité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durée d'indemnisation de seize semaines. • Indemnisation conditionnée à une durée minimale de huit semaines. 	
<p align="center">Complémentaire santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obligation pour l'employeur de proposer une couverture complémentaire à tous ses salariés. • Participation financière de l'employeur au moins égale à 50 % de la cotisation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de couverture obligatoire. • Certaines plateformes proposent d'elles-mêmes une offre similaire aux travailleurs indépendants qui les utilisent. • Les plateformes de mobilité ont la possibilité d'élaborer des chartes de responsabilité sociale par lesquelles elles peuvent prévoir des garanties de protection sociale complémentaire.

Type de couverture	Salariés	Travailleurs des plateformes
Assurance vieillesse de base	<ul style="list-style-type: none"> Validation d'un trimestre pour chaque tranche de salaire de 150 SMIC horaire brut, pour un maximum de quatre trimestres par an et dans la limite du plafond de la sécurité sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> Validation de trimestres conditionnée au versement d'un montant minimal de cotisations sociales. Ce montant dépendant du chiffre d'affaires réalisé, aucun trimestre n'est validé si ce dernier est inférieur à certains seuils.
Chômage/perte d'activité	<ul style="list-style-type: none"> Assurance chômage. Allocation comprise entre 57 et 75 % du salaire journalier de référence. Durée maximale d'indemnisation de 24 mois pour les salariés âgés de moins de 53 ans à la fin de leur contrat de travail, 30 mois de 53 à 54 ans et 36 mois au-delà de 54 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> Allocation aux travailleurs indépendants d'un montant de 800 euros par mois pendant six mois. Versement sous condition d'avoir exercé une activité indépendante en continu pendant deux ans, généré un revenu annuel d'au moins 10 000 euros, cessé cette activité du fait du placement de l'entreprise en liquidation ou en redressement judiciaire et de disposer de ressources personnelles inférieures au montant du RSA, soit 565,34 euros en 2021.
Prestations familiales	Sécurité sociale	

Source : Pascal Savoldelli, Plateformisation du travail : agir contre la dépendance économique et sociale, rapport d'information n° 867 (2020-2021) fait au nom de la mission d'information « Uberisation de la société », 29 septembre 2021

C. Le présent article permet aux plateformes de proposer à leurs travailleurs des garanties collectives de protection sociale complémentaire et aux travailleurs des plateformes les plus fragiles de s'affilier au régime général de sécurité sociale

Cet article, qui résulte d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale, vise à améliorer la protection sociale des travailleurs des plateformes.

- Le I prévoit que, dans le cadre du dialogue social prévu entre les plateformes des secteurs des mobilités (conduite d'une voiture de transport avec chauffeur et livraison de marchandises en véhicule à deux ou trois roues) et les travailleurs indépendants qui y recourent pour leur activité¹, lesdites plateformes puissent **proposer à l'ensemble de leurs travailleurs des garanties collectives de protection sociale complémentaire**².

- Le II **exclut de l'assiette retenue pour le calcul des cotisations et contributions sociales** dues par les micro-entrepreneurs³ et les autres travailleurs indépendants⁴ **les contributions des plateformes et les cotisations versées par leurs travailleurs qui sont destinées au financement de ces garanties collectives.**

- Le III précise que les modalités d'application du I et du II doivent être précisées par décret.

- Le IV ouvre aux travailleurs des plateformes des secteurs des mobilités **la possibilité de s'affilier au régime général de sécurité sociale** dans les mêmes conditions que les particuliers qui vendent des biens artisanaux ou qui fournissent des services rémunérés de manière ponctuelle⁵ (en tant qu'assimilés-salariés), **c'est-à-dire lorsque leurs recettes annuelles ne dépassent pas 1 500 euros**. Leurs cotisations et contributions sociales seraient calculées sur la base de leurs recettes diminuées d'un abattement forfaitaire fixé par décret. Lorsque les recettes annuelles du travailleur concerné dépassent 1 500 euros pendant deux années consécutives ou 4 500 euros au cours d'une année, l'option pour le régime général cesse d'être applicable à compter de l'année suivante.

- Le V précise que le I et le II s'appliqueraient à compter du 1^{er} janvier 2023.

¹ Articles L. 7343-1 à L. 7343-20 du code du travail.

² Aux termes de l'article L. 911-2 du code de la sécurité sociale, les garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-1 et concernées par le présent article ont notamment pour objet de prévoir la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, des risques d'inaptitude et du risque chômage, ainsi que la constitution d'avantages sous forme de pensions de retraite, d'indemnités ou de primes de départ en retraite ou de fin de carrière.

³ Article L. 613-7 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 131-6 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, 37°.

II - La position de la commission : la suppression des dispositions relatives aux garanties collectives de protection sociale complémentaire

Si elle partage pleinement le souci d'améliorer la protection sociale des travailleurs indépendants, et plus particulièrement des travailleurs de plateformes, la commission rappelle que le champ des lois de financement de la sécurité sociale est limité, en la matière, aux mesures ayant un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, **à l'exclusion des mesures qui concernent les dépenses des organismes complémentaires.**

Elle a donc adopté un amendement n° 227 de la rapporteure **supprimant les dispositions relatives aux garanties collectives de protection sociale complémentaire.**

Il convient d'ailleurs de rappeler qu'**aucune disposition n'interdit actuellement aux plateformes de proposer une complémentaire santé** à leurs travailleurs – certaines plateformes, notamment *Malt*, recourent déjà à cette possibilité – et que la plupart des organisations et syndicats de travailleurs des plateformes rejettent l'intégration des garanties de protection sociale parmi les thématiques obligatoires du dialogue social en cours de construction, **craignant d'ajouter à leur dépendance économique envers les plateformes une dépendance sociale.**

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 50 ter (nouveau)

Demande de rapport sur l'amélioration de la couverture AT-MP des travailleurs de plateformes

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à obtenir du Gouvernement un rapport sur l'amélioration de la couverture des accidents du travail et des maladies professionnelles des travailleurs de plateforme

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé : la demande d'un rapport dont la publication est prévue très prochainement

Une mission sur le sujet de la protection sociale des travailleurs de plateformes portant notamment sur leur couverture au titre des accidents du travail et maladies professionnelles a été **confiée en 2021 à M. Jean-Louis Rey**, inspecteur général des affaires sociales. La publication du rapport qui en résultera est attendue très prochainement.

Le présent article propose de demander au Gouvernement de remettre au Parlement, au plus tard le 31 janvier 2022, un **rapport sur l'amélioration de la couverture sociale contre le risque AT-MP des travailleurs de plateformes.**

II - La position de la commission: la suppression d'un article déjà satisfait

Si la commission partage l'objectif d'amélioration de la protection sociale des travailleurs de plateforme, en particulier contre le risque AT-MP de travailleurs à l'égard duquel ils sont fortement exposés, elle ne peut que s'étonner de voir réclamer un rapport qui, bien qu'il ne soit pas destiné au Parlement, remplira aussi bien la tâche qui en est attendue.

Suivant en cela une position constante et d'autant plus justifiée par les circonstances, **la commission vous demande donc de supprimer cet article (amendement n° 228).**

Article 51

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

Cet article tend à permettre aux travailleurs indépendants dont l'activité a été touchée par la crise sanitaire de valider, au titre de 2021 et 2022, un nombre de trimestres de retraite de base équivalent à la moyenne des années 2017 à 2019.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : la validation de trimestres de retraite par les travailleurs indépendants dont les revenus ont chuté durant la crise

A. La crise sanitaire a provoqué une perte de droits à pension pour les travailleurs indépendants

À partir de 2020, la pandémie de covid-19 et les mesures mises en œuvre par les pouvoirs publics pour y faire face ont considérablement affecté l'activité économique.

Les travailleurs indépendants, en particulier, ont été frappés par ce ralentissement, notamment dans les secteurs du tourisme, de la restauration, de l'hôtellerie, de la culture, de l'évènementiel, du sport et du commerce de détail non-alimentaire. Certains d'entre eux se sont d'ailleurs vus **dans l'incapacité d'exercer leur activité en raison des fermetures administratives** imposées à plusieurs catégories d'entreprises¹ et n'ont donc pas dégagé de revenus professionnels.

¹ Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, article 8, et décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, article 40.

Or, les droits à pension de retraite de base des travailleurs indépendants dépendent de leurs revenus : la pension est calculée sur la base du revenu professionnel moyen des 25 meilleures années, tandis que **la validation d'un trimestre d'assurance est conditionnée au versement de cotisations sur un revenu minimal équivalent à 150 fois le montant horaire brut du SMIC**, dans la limite de quatre trimestres par an (soit 600 fois le SMIC horaire brut)¹.

Au-delà même de son incidence sur le revenu professionnel moyen du fait de la diminution des revenus portés au compte en 2020 et en 2021, la crise sanitaire a donc entraîné une perte de droits à retraite pour les indépendants **n'ayant pas pu dégager un revenu suffisant pour valider quatre trimestres par an**.

Cet effet concerne tout particulièrement **les micro-entrepreneurs**, qui, contrairement aux travailleurs indépendants « classiques »², **ne sont pas astreints au versement d'une cotisation minimale** d'assurance vieillesse permettant de valider au moins trois trimestres, qui ne présente, dans leur cas, qu'un caractère optionnel³.

En outre, si les travailleurs indépendants relevant des secteurs frappés par la crise ont bénéficié d'un abattement de revenu pour le calcul des cotisations et de réductions de cotisations, les micro-entrepreneurs ont uniquement bénéficié d'une réduction d'assiette de cotisations⁴, qui a rendu plus difficile encore la validation de trimestres.

Les **artistes-auteurs**, qui, bien qu'indépendants, sont affiliés au régime général⁵, sont également susceptibles d'avoir perdu jusqu'à quatre trimestres, dans la mesure où les conditions de revenu minimal qui leur sont applicables pour la validation de trimestres sont les mêmes que celles qui s'appliquent aux salariés et aux travailleurs indépendants. Il en va de même des **mandataires sociaux**, affiliés au régime général en tant qu'assimilés-salariés dès lors qu'ils perçoivent une rémunération au titre de leurs fonctions⁶.

B. Le PLFSS pour 2022 prévoit, pour 2021 et 2022, la validation d'un nombre de trimestres de retraite équivalent à la moyenne des années 2017 à 2019

• Le I prévoit **la validation, à titre exceptionnel, de trimestres de retraite de base au titre des années 2020 et 2021** pour certains travailleurs indépendants, à condition qu'ils aient débuté leur activité avant le 1^{er} janvier 2020. Il s'agit :

¹ Article R. 351-9 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 633-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 613-7 du code de la sécurité sociale.

⁴ Loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificatives pour 2020, article 65, et loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, article 9.

⁵ Article L. 382-1 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article L. 311-3 du code de la sécurité sociale.

- des travailleurs affiliés au régime de retraite des travailleurs indépendants (SSI¹) et à celui des professions libérales (CNAVPL² et sections professionnelles) et des mandataires sociaux affiliés au régime général (1°) lorsqu'ils sont éligibles, pour une période d'activité accomplie au cours de l'année concernée, aux mesures d'aide prévues par la troisième loi de finances rectificative pour 2020³, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021⁴ ou la loi de finances rectificative pour 2021⁵ en faveur des travailleurs indépendants :

- dont l'activité relève des secteurs frappés par la crise⁶ ;
- dont l'activité dépend de celle des secteurs frappés par la crise et qui ont subi une très forte baisse de leur chiffre d'affaires ;
- dont l'activité implique l'accueil de public et a été interrompue du fait de la propagation de l'épidémie, à l'exclusion des fermetures volontaires ;

- des artistes-auteurs (2°), au titre de l'année 2020 lorsqu'ils sont éligibles aux mesures d'aide prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 – un revenu artistique supérieur ou égal à 3 000 euros en 2019 et une baisse du chiffre d'affaires en 2020 d'au moins 25 % par rapport à 2019 – (a) et au titre de l'année 2021 lorsqu'ils sont éligibles à celles que prévoit la loi de finances rectificatives pour 2021 – un revenu artistique 2019 et une baisse du revenu artistique en 2021 par rapport à 2019 dont les montants doivent être déterminés par décret (b).

Les travailleurs éligibles bénéficient du dispositif de validation de trimestres y compris s'ils n'ont pas recouru aux mesures d'aide susmentionnées.

• Le II précise qu'il est attribué aux assurés éligibles au dispositif **un nombre de trimestres correspondant à la différence entre, d'une part, le nombre moyen de trimestres validés au titre des années 2017, 2018 et 2019** pour ceux dont l'activité a débuté en 2017 ou avant cette date, des années 2018 et 2019 pour ceux dont l'activité a débuté en 2018 et de l'année 2019 pour ceux dont l'activité a débuté en 2019 (1°) et, d'autre part, **le nombre de trimestres validés au titre de l'année ou des années d'éligibilité au dispositif (2020 et/ou 2021).**

¹ Sécurité sociale des indépendants, intégrée au régime général en 2020.

² Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

³ Loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificatives pour 2020, article 65.

⁴ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, article 9.

⁵ Loi n° 2021-953 du 19 juillet 2021 de finances rectificatives pour 2021, article 25.

⁶ Secteurs du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, du sport, de la culture, du transport aérien et de l'évènementiel.

Il est prévu qu'un décret précise les modalités de ce calcul, et notamment les conditions dans lesquelles sont prises en compte les années de début ou de fin d'activité et les années donnant lieu à l'attribution de trimestres assimilés à des trimestres d'assurance (périodes d'arrêt maladie ou maternité, de chômage, de service militaire, *etc.*)¹.

- Le III prévoit l'organisation, pour l'identification des bénéficiaires et selon des modalités définies par décret en Conseil d'État, **d'échanges d'informations** entre l'administration fiscale, les organismes chargés du recouvrement des cotisations et les organismes en charge du service des prestations, à savoir la CNAV pour les travailleurs indépendants relevant de la SSI, les artistes-auteurs et les mandataires sociaux et la CIPAV², section professionnelle de la CNAVPL dont relèvent les micro-entrepreneurs professionnels libéraux.

- Le IV précise que **le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) compensera**, selon des modalités fixées par décret, **le coût du dispositif** aux régimes concernés sur la base de montants forfaitaires définis par décret.

D'après l'étude d'impact, avec **une baisse moyenne de 15 % des revenus des travailleurs indépendants** exerçant à titre principal et relevant des secteurs bénéficiaires des aides en cause entre 2019 et 2020, **110 000 micro-entrepreneurs et 40 000 autres travailleurs indépendants** seraient concernés par ce mécanisme en 2020. En 2021, ces revenus augmenteraient de 8,3 %, soit une diminution de 7,5 % par rapport à 2019 ; les travailleurs éligibles seraient donc moitié moins nombreux cette année.

Compte tenu du coût d'un trimestre pour un indépendant affilié à la SSI (270 euros en 2020), le coût de la mesure pour cette dernière s'élèverait, sur une estimation de 200 000 trimestres attribués en 2020, à **81 millions d'euros, dont 54 au titre de l'année 2020 et 27 au titre de 2021**.

Selon la CIPAV, 15 000 micro-entrepreneurs professionnels libéraux et 2 100 autres professionnels libéraux bénéficieraient du dispositif en 2020. Sur la base du coût d'un trimestre à la CNAVPL (154 euros en 2020) et de 35 000 trimestres accordés gratuitement, son coût atteindrait 5,5 millions d'euros en 2020. En 2021, cette somme s'élèverait à 2,7 millions d'euros, portant **le coût total pour la CNAVPL à 8,25 millions**.

Enfin, 50 à 60 000 artistes-auteurs répondraient aux conditions d'éligibilité, mais seuls 25 000 auraient pâti d'une perte de droits à retraite. En retenant l'hypothèse d'une perte moyenne d'un trimestre en 2020 puis en 2021, le coût d'un trimestre s'élevant à 106 euros en 2020, le coût de la mesure s'établirait à **2,6 millions d'euros en 2020 et à 1,3 million en 2021, soit un total de 4 millions d'euros**.

¹ Article L. 351-3 du code de la sécurité sociale.

² Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales.

- Le V prévoit que le dispositif s'applique aux pensions liquidées à compter du 1^{er} janvier 2022.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale : des précisions rédactionnelles

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels du député Cyrille Isaac-Sibille.

III - La position de la commission : une adoption conforme, malgré une réserve relative aux conditions d'éligibilité des artistes-auteurs

La commission prend acte du dispositif ainsi proposé et se satisfait de la possibilité ainsi offerte aux travailleurs indépendants et aux professionnels libéraux frappés par la crise sanitaire de valider des trimestres de retraite, indépendamment du niveau de leurs revenus en 2020 et en 2021.

Elle rappelle néanmoins que la chute des revenus des travailleurs concernés pendant cette période aura **une incidence sur le revenu professionnel moyen des 25 meilleures années**, qui sert de base au calcul de la pension de retraite, la mesure proposée ayant surtout un impact sur la durée d'assurance.

D'autre part, elle s'étonne de voir les artistes-auteurs dont le revenu artistique était inférieur à 3 000 euros en 2019 être **exclus du dispositif de sécurisation des droits à retraite**. En effet, si le périmètre retenu vise à écarter les artistes-auteurs dont les revenus artistiques présentent un caractère accessoire par rapport à leurs revenus principaux, la commission rappelle, d'une part, que cet objectif est satisfait dans la mesure où **les revenus principaux desdits artistes-auteurs, générés par une activité salariée ou indépendante, leur permettent déjà de valider des trimestres de retraite** et, d'autre part, qu'un tel champ d'application exclut les artistes-auteurs dont l'activité artistique est l'activité principale et **dont le revenu artistique s'est trouvé fortement réduit en 2019 pour des raisons conjoncturelles liées à l'irrégularité d'une telle activité**.

Ne pouvant, aux termes de l'article 40 de la Constitution, adopter d'amendement en vue d'élargir le dispositif à l'ensemble des artistes-auteurs ayant subi une chute de leurs revenus artistiques en 2020 et en 2021, la commission appelle le Gouvernement à prendre l'initiative d'une telle mesure en séance publique, dans un souci d'équité.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 52

Rachat de trimestres de retraite de base pour les travailleurs indépendants

Cet article tend à permettre à certains travailleurs indépendants de racheter des trimestres de retraite de base.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : l'ouverture à certains travailleurs indépendants de la possibilité de racheter des trimestres de retraite

A. Certains travailleurs indépendants n'ont pas pu s'ouvrir de droits à retraite depuis plusieurs années

1. Certains indépendants ont longtemps exercé sans être affiliés à un régime de retraite à défaut d'une reconnaissance légale de leur activité

Plusieurs activités professionnelles non-salariées n'ont été reconnues que tardivement par la loi, **privant les travailleurs concernés d'une affiliation à un régime de sécurité sociale obligatoire et, à plus forte raison, à un régime de retraite.**

L'acceptation par une caisse de retraite de l'affiliation d'un travailleur indépendant dont l'activité ne relevait d'aucun régime de retraite a d'ailleurs été interdite par la Cour de cassation, qui a jugé qu'**une caisse n'était pas fondée à réclamer des cotisations à une personne exerçant une activité qui n'était pas prévue** dans les textes législatifs et réglementaires régissant cette caisse¹.

Les indépendants non affiliés ne pouvaient donc pas adhérer au régime de retraite des travailleurs indépendants ou à celui des professions libérales et n'ont, par conséquent, pas pu cotiser à un régime d'assurance vieillesse avant leur affiliation à une caisse de retraite, ni, par conséquent, s'ouvrir de droits à pension au titre de leur activité jusqu'à cette date.

Il s'agit notamment :

- des **ostéopathes**, reconnus par la loi en 2002² et affiliés à la CNAVPL et à la CIPAV en 2008 sur instruction de la direction de la sécurité sociale ;

- des **chiropracteurs**, reconnus par la loi en 2002³ et affiliés à la CNAVPL et à la CIPAV en 2012 sur instruction de la direction de la sécurité sociale ;

¹ Cour de cassation, Soc., 3 février 1982, n° 80-16.447.

² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article 75.

³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article 75.

- des **naturopathes**, qui, bien qu'ils ne soient pas reconnus en tant que professionnels de santé, peuvent obtenir une certification professionnelle de conseiller en naturopathie enregistrée au Répertoire national des certifications professionnelles, ont été affiliés à la CNAVPL et à la CIPAV en 2012 (dans les faits, beaucoup y ont été affiliés avant cette date en qualité de diététiciens) et ont basculé vers le régime général en 2018¹ ;

- et de quelques autres indépendants, notamment les hypnotiseurs, les acupuncteurs, les sophrologues et les étioopathes.

Bien que désormais affiliés à un régime de retraite, certains de ces professionnels ne peuvent pas justifier, au moment de la liquidation de leur pension, de **la durée d'assurance nécessaire à un départ en retraite à taux plein** en raison de leur longue période d'activité non affiliée et perçoivent donc **des pensions particulièrement faibles**.

2. Les cotisations des travailleurs indépendants mahorais ne sont pas recouvrées depuis 2012

Jusqu'en 2012, aucune distinction n'était faite entre salariés et travailleurs indépendants à Mayotte. Ainsi, tout actif y résidant avait vocation à être affilié au régime de sécurité sociale de Mayotte, géré par la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM), le régime social des indépendants (RSI) n'ayant pas été déployé dans l'île.

Les travailleurs indépendants mahorais versaient des cotisations sociales, hors cotisations d'assurance vieillesse, sur les mêmes bases que les employeurs du secteur privé pour leurs salariés. Ils n'ont toutefois jamais cotisé au titre de l'assurance vieillesse, car aucun taux de cotisations n'avait été fixé en la matière.

En 2011, les modalités d'affiliation obligatoire des travailleurs indépendants au régime de retraite de base spécifique aux résidents de Mayotte ont été définies par voie d'ordonnance². Toutefois, si le pouvoir réglementaire a défini les taux de cotisations d'assurance vieillesse applicables aux salariés³, aucune référence n'a été faite aux taux de cotisations applicables aux travailleurs indépendants. La CSSM rencontrait donc des difficultés pour recouvrer les cotisations de ces derniers.

En janvier 2015, le directeur de la CSSM a alerté l'Acoss quant à cette problématique, suite à quoi l'Acoss a pris la décision de suspendre le recouvrement de l'ensemble des cotisations sociales des travailleurs indépendants mahorais dans l'attente de la fixation du taux de cotisations d'assurance vieillesse.

¹ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 15.

² Ordonnance n° 2011-1923 du 22 décembre 2011 relative à l'évolution de la sécurité sociale à Mayotte dans le cadre de la départementalisation, article 20.

³ Décret n° 2011-2085 du 30 décembre 2011 relatif à l'exonération générale sur les bas salaires et aux taux des cotisations et de la contribution sociales applicables à Mayotte, article 4.

Depuis 2012, les cotisations dues par les travailleurs indépendants affiliés à la CSSM n'ont donc pas pu être recouvrées.

Ce n'est qu'en juin 2019 que les taux de cotisations applicables à ces travailleurs ont été fixés pour les exercices 2019 à 2035, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2019¹.

L'Acoss, quant à elle, travaille actuellement à l'adaptation à ces dispositions du système d'information pour le recouvrement, dont la mise en œuvre pourrait permettre l'appel de cotisations dans le meilleur des cas en 2023 au titre de l'année 2022.

Par conséquent, en l'absence d'appel et de versement de cotisations d'assurance vieillesse de 2012 à 2021, les travailleurs indépendants mahorais n'ont pas pu s'ouvrir de droits à pension au titre de leur activité durant cette période.

Les indépendants exerçant une profession libérale sont, eux, affiliés à la CNAVPL et ne sont donc pas concernés par cette problématique.

Le régime micro-social² ayant été mis en place à Mayotte en 2020, **les micro-entrepreneurs déclarent et versent leurs cotisations depuis avril 2020** et ne seront donc concernés par la mesure qu'au titre des éventuelles activités non salariées exercées sous un autre statut entre 2012 et 2019. Il en va de même des bénéficiaires de l'ACRE³ au titre de l'année 2020, exonérés pour douze mois de leurs cotisations d'assurance vieillesse de base.

Les travailleurs indépendants mahorais déjà en activité et ayant opté pour le régime micro-social bénéficient d'une option de bascule vers le statut de micro-entrepreneur. Les opérations de bascule dans ce dernier statut et d'incitation à opter pour celui-ci viennent de démarrer et portent actuellement sur un tiers des travailleurs indépendants mahorais.

¹ Décret n° 2019-632 du 24 juin 2019 modifiant le décret n° 2011-2085 du 30 décembre 2011 relatif à l'exonération générale sur les bas salaires et aux taux des cotisations et de la contribution sociales applicables à Mayotte, article 1^{er}.

² Le régime micro-social, dont bénéficient les micro-entrepreneurs en-deçà d'un seuil de chiffre d'affaires, permet de calculer les cotisations sociales dont ils sont redevables par l'application d'un taux global à leur chiffre d'affaires. Si ce dernier est nul, aucune cotisation n'est due.

³ Aide aux créateurs et repreneurs d'entreprise ou exonération de début d'activité, ex-ACCRE.

B. Le PLFSS pour 2022 permet à ces catégories d'indépendants de racheter les trimestres manquants

1. Une possibilité de rachat de trimestres pour les indépendants ayant longtemps exercé sans être affiliés à une caisse de retraite

• Le A du I ouvre aux travailleurs indépendants, dont la profession exercée avant le 1^{er} janvier 2018 relève à présent des régimes de retraite de base des indépendants (SSI¹) ou des professions libérales (CNAVPL²), mais n'entraînait, en droit ou en fait, affiliation auprès d'aucun régime obligatoire de base pendant les périodes où elle était exercée, la possibilité de **racheter des trimestres de retraite de base au titre du régime de retraite dont cette profession relève désormais** en versant les cotisations fixées par décret dans des conditions garantissant la neutralité actuarielle, c'est-à-dire l'équivalence entre la somme actualisée des cotisations perçues et celle des prestations versées de façon à préserver l'équilibre financier du régime concerné.

Par dérogation, les cotisations versées par les travailleurs indépendants des professions libérales dont la profession ne relève plus du périmètre de la CNAVPL, mais qui n'auraient pas fait valoir leur droit d'option en faveur du régime général et demeurerait par conséquent affiliés au régime des professions libérales à la date du versement seraient prises en compte au titre de ce dernier régime³.

Il est prévu qu'un décret précise la liste des professions et des périodes concernées et détermine les conditions d'application du dispositif, notamment les barèmes et les modalités de versement des cotisations, les conditions de leur prise en compte dans le calcul de la pension et la nature des pièces justifiant des périodes d'activité en cause.

Pour recourir à ce dispositif, les travailleurs concernés doivent ne pas avoir déjà demandé la liquidation de leur pension et **présenter leur demande de versement de cotisations entre le 1^{er} juillet 2022 et le 31 décembre 2026**.

¹ Sécurité sociale des indépendants, ex-RSI, intégrée au régime général en 2020.

² Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

³ L'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a réduit à 21 professions le périmètre de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV), une des sections professionnelles de la CNAVPL, gestionnaire du régime de retraite complémentaire des professions libérales qui y sont affiliées. Depuis, toute profession ne relevant pas expressément de la CNAVPL relève de la SSI et donc du régime général. Les travailleurs affiliés à la CNAVPL avant le transfert de leur profession vers le régime général restent affiliés au régime des professions libérales, mais disposent d'un droit d'option pour rejoindre le régime général jusqu'au 31 décembre 2023.

L'étude d'impact rappelle que le CPSTI¹, qui gère le régime de retraite complémentaire des indépendants (RCI), et la CIPAV², chargée de la gestion du régime complémentaire de certaines professions libérales, pourront décider d'étendre le dispositif de rachat de trimestres aux régimes qu'ils gèrent.

- Le B du I précise que les versements de cotisations correspondants **ne sont pas pris en compte pour le bénéfice des dispositifs de retraite anticipée pour carrière longue et pour travailleur handicapé.**

2. Une possibilité de rachat de trimestres pour les travailleurs indépendants mahorais

Le II permet également aux travailleurs indépendants non agricoles affiliés à partir du 1^{er} janvier 2012 au régime de retraite de base obligatoire applicable aux habitants de Mayotte de **racheter des trimestres de retraite de base compris entre le 1^{er} janvier 2012 et une date fixée par décret ne pouvant excéder le 31 décembre 2022 au titre de ce régime** en versant des cotisations sociales.

Il précise que les effets de ce rachat sont pris en compte pour les assurés ayant déjà liquidé leur pension et prévoit qu'un décret détermine les conditions d'application du dispositif, notamment le montant des cotisations défini sur la base d'assiettes forfaitaires, les conditions de leur versement, celles de leur prise en compte dans le calcul de la pension et la nature des pièces justifiant des périodes d'activité en cause.

Les assurés concernés devront **présenter leur demande de versement de cotisations entre le 1^{er} juillet 2022 et le 31 décembre 2026.**

D'après l'étude d'impact, seules 9 000 personnes par an seraient concernées par cette mesure selon les données de la CSSM, mais le nombre effectif de bénéficiaires devrait être plus faible, en fonction du taux de non-recours. Compte tenu de l'assiette de revenus sur laquelle est basée la validation de trimestres à Mayotte, du montant du SMIC et des taux de cotisations pris en compte, le coût total pour le cotisant est évalué à 2 400 euros pour la validation de trois trimestres par an entre 2012 et 2022 et à 3 200 euros pour quatre trimestres par an. Si l'ensemble des personnes éligibles recourraient au dispositif, **le montant total versé s'élèverait à 21,6 millions d'euros dans le cas de rachats de trois trimestres par tous et à 28,8 millions d'euros dans l'hypothèse de rachats de quatre trimestres par tous.**

¹ Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants.

² Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse.

En revanche, l'étude d'impact rappelle qu'il est particulièrement complexe d'estimer les effets du dispositif sur les charges de la CSSM. En effet, aucune pension de retraite n'ayant jamais été liquidée pour un travailleur indépendant mahorais à défaut pour cette catégorie de travailleurs d'avoir pu cotiser au titre de l'assurance vieillesse, il n'est pas possible de se procurer des données précises. Néanmoins, **l'impact financier probable est jugé « marginal »** en raison du caractère particulièrement limité de la population de bénéficiaires potentiels et de la faiblesse de la pension de retraite moyenne des salariés mahorais du secteur privé, qui s'établit à 282,35 euros (617 euros pour un assuré justifiant de la durée d'assurance nécessaire pour l'obtention du taux plein), soit moins que le montant du RSA à Mayotte (282,50 euros en 2021).

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale : une précision d'ordre rédactionnel

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel du député Cyrille Isaac-Sibille.

Par ailleurs, elle a également inséré dans le projet de loi de finances pour 2022 un article 4 *undecies* prévoyant que les cotisations versées dans le cadre de la procédure de rachat de trimestres instaurée par le présent article sont **déduites du résultat imposable**.

III - La position de la commission : une solution satisfaisante à des situations iniques

La commission prend acte des mesures proposées, qui remédient à des situations difficilement explicables. Elle s'étonne en effet que les chiropracteurs, les naturopathes et les ostéopathes n'aient pas pu, pendant une longue période, verser de cotisations au titre de l'assurance vieillesse, alors que les cotisations sociales dues au titre des autres risques étaient bel et bien recouvrées par les Urssaf. De même, il est incompréhensible qu'aucun acte réglementaire ne soit intervenu avant 2019 pour fixer les taux de cotisations applicables aux travailleurs indépendants mahorais.

En tout état de cause, ces problématiques trouvent une solution adaptée et équitable au travers des dispositions du présent article.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 52 bis (nouveau)
Aide sociale aux artistes-auteurs

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à permettre à la Maison des Artistes et à l'Agessa de prendre en charge, au titre de l'action sociale, tout ou partie du coût du versement par les artistes-auteurs de leurs cotisations prescrites d'assurance vieillesse.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale : la possibilité pour l'Agessa de financer le rachat de trimestres de retraite par les artistes-auteurs qui en relèvent

A. La sécurité sociale des artistes-auteurs exerce une action sociale en faveur des affiliés du régime

Les artistes auteurs d'œuvres littéraires, dramatiques, musicales, chorégraphiques, audiovisuelles, cinématographiques, graphiques, plastiques et photographiques originales, bien que non salariés, sont **obligatoirement affiliés au régime général de sécurité sociale**¹.

L'affiliation est prononcée par un organisme agréé², la **Maison des Artistes** dans le domaine des arts graphiques et plastiques ou **l'Agessa**³ dans les autres domaines, placé sous la tutelle du ministère chargé de la sécurité sociale et du ministère de la culture, qui vérifie que l'activité exercée relève du champ du régime de sécurité sociale des artistes-auteurs.

Ces deux organismes exercent également **une action sociale en faveur de leurs ressortissants** affiliés à ce régime en vue de prendre en charge tout ou partie des cotisations dont sont redevables ceux d'entre eux qui connaissent des difficultés économiques⁴.

Les revenus des artistes-auteurs sont assujettis à cotisations sociales, à l'exception des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, **dans les mêmes conditions que des salaires**⁵. Ces cotisations sont calculées selon les taux de droit commun.

¹ Article L. 382-1 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 382-2 du code de la sécurité sociale.

³ Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs.

⁴ Article L. 382-7 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L. 382-3 du code de la sécurité sociale.

Au surplus, toute personne physique ou morale, y compris l'État et les autres collectivités publiques, qui procède à la diffusion ou à l'exploitation commerciale d'œuvres originales verse une contribution correspondant aux cotisations patronales au titre des assurances sociales et de prestations familiales¹, **dont une fraction (2 % du montant recouvré lors de l'année civile précédente²) assure le financement de l'action sociale de la Maison des Artistes et de l'Agessa³.**

Il convient de préciser qu'en l'état de la réglementation, les personnes pouvant bénéficier de cette action sociale sont celles **dont le revenu artistique est inférieur à 900 fois le SMIC horaire** et que leur situation économique et sociale, appréciée compte tenu de celle de leur conjoint, de leur concubin ou de leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) met **dans l'impossibilité de s'acquitter des cotisations sociales dont elles sont redevables⁴**. Le montant des cotisations prises en charge ou remboursées ne peut excéder, pour une année civile, **le montant des cotisations établies sur la base de 900 fois le SMIC horaire**. Enfin, un artiste-auteur ne peut pas bénéficier de cette prise en charge au titre de **plus de trois années civiles consécutives**.

B. En raison de contraintes matérielles, l'Agessa n'a jamais recouvré les cotisations d'assurance vieillesse de ses ressortissants

Le rapport remis par Bruno Racine à la ministre de la Culture en 2020⁵ a relevé qu'entre sa création en 1975 et le transfert du recouvrement des cotisations des artistes-auteurs à l'Urssaf Limousin au 1^{er} janvier 2019⁶, **l'Agessa n'a pas procédé au recouvrement des cotisations d'assurance-vieillesse de ses ressortissants**. Ainsi, plus de 190 000 artistes-auteurs n'ont jamais été prélevés de cotisations à ce titre, alors que le contraire leur était indiqué. Cette défaillance s'expliquerait, d'après le rapport, par **les limites du système informatique** de l'organisme.

Comme le souligne le rapport, « *cette carence a conduit à placer certaines des personnes concernées dans une situation de grande précarité* ». En effet, lors de la liquidation de leur pension de retraite, elles ne peuvent pas justifier de la durée d'assurance nécessaire pour l'obtention du taux plein, tandis que les revenus artistiques des années concernées, n'ayant pas été soumis à cotisations, ne sont pas pris en compte dans le calcul du revenu professionnel moyen des 25 meilleures années, sur la base duquel la pension est calculée.

¹ Article L. 382-4 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 382-30-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 382-7 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article R. 382-30-1 du code de la sécurité sociale.

⁵ Bruno Racine, L'auteur et l'acte de création, janvier 2020.

⁶ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 23.

En 2016, le Gouvernement a permis la mise en œuvre de la **procédure de régularisation des cotisations prescrites** d'assurance vieillesse applicable aux salariés¹ dans le cas des artistes-auteurs². La procédure de régularisation est ouverte depuis le 1^{er} janvier 2017 et jusqu'au 31 décembre 2021.

Ce dispositif ne s'applique pas aux cotisations non prescrites des trois dernières années civiles exigibles et de l'année en cours, **qui peuvent faire l'objet d'un versement par l'artiste-auteur sur simple demande** et ce, sans majoration, lorsque la cotisation d'assurance vieillesse plafonnée n'a pas été appelée dans les délais impartis par l'organisme agréé.

Or, le coût du versement de cotisations au titre de si nombreuses années - majoré par **une actualisation au taux de 2,5 %** par année civile révolue séparant la date du versement de la fin de la période d'activité en cause - **ne permet pas d'obtenir un taux de recours satisfaisant** au regard des enjeux pour la population concernée. Ainsi, à ce jour, seules 1 040 demandes de rachat de trimestres ont été reçues par la sécurité sociale des artistes-auteurs.

Par conséquent, le présent article, qui résulte d'un amendement adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de son rapporteur général et du député Cyrille Isaac-Sibille, modifie l'article L. 382-7 du code de la sécurité sociale en vue de **permettre à la Maison des Artistes et à l'Agessa de prendre en charge, dans le cadre de leur action sociale, tout ou partie du coût du versement**, par leurs ressortissants affiliés au régime de sécurité sociale des artistes-auteurs, **de cotisations afférentes à une période d'activité antérieure de plus de trois ans à la date du versement**, dans des conditions définies par décret.

II - La position de la commission : une précision du champ de la mesure proposée

Consciente des difficultés auxquelles font face les artistes-auteurs ressortissant de l'Agessa en matière de retraite, **la commission approuve pleinement la mesure proposée.**

¹ Article R. 351-11 du code de la sécurité sociale.

² Circulaire interministérielle n° DSS/5B/3A/2016/308 du 24 novembre 2016 relative à l'extension et à l'adaptation de la procédure de la régularisation de cotisations prescrites d'assurance vieillesse aux artistes-auteurs.

Jugeant peu claire la rédaction retenue par l'Assemblée nationale, elle a adopté, sur proposition du rapporteur, l'amendement n° 229 visant à préciser que la possibilité offerte à la Maison des Artistes et, surtout, à l'Agessa concerne **uniquement leurs ressortissants connaissant des difficultés économiques**, de manière à mieux cibler les artistes dont la situation est la plus précaire.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 53

Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux

Cet article tend à permettre aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux de bénéficier du droit à la retraite progressive.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé : l'accès des salariés en convention de forfait en jours et des mandataires sociaux à la retraite progressive

A. La fermeture du droit à la retraite progressive aux salariés en convention de forfait en jours a été déclarée inconstitutionnelle

1. La retraite progressive est un dispositif facilitant la transition entre emploi et retraite

Créée par la loi du 5 janvier 1988¹ et modifiée en 2003², 2010³, 2014⁴ et 2017⁵, la retraite progressive permet aux salariés du régime général, aux salariés et non-salariés agricoles et aux travailleurs indépendants ayant atteint l'âge légal de départ en retraite minoré de deux ans (60 ans à l'heure actuelle) et justifiant d'une durée d'assurance d'au moins 150 trimestres dans des régimes de retraite de **percevoir une fraction de leur pension tout en continuant d'exercer une activité réduite**⁶. La retraite progressive porte à la fois sur la retraite de base et sur la retraite complémentaire.

Le salarié doit continuer à exercer une activité professionnelle à temps partiel d'une durée comprise entre 40 et 80 % de la durée légale du travail.

¹ Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale, article 2.

² Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, article 30.

³ Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, article 105.

⁴ Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, article 18.

⁵ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 15.

⁶ Article L. 351-15 du code de la sécurité sociale.

La fraction de la pension qui lui est versée est égale à **la différence entre le temps complet et la quotité de travail à temps partiel** qu'il continue d'effectuer¹. Par exemple, si sa durée de travail est égale à 60 % de la durée légale, il percevra 40 % du montant total de sa pension, calculée au dernier jour du trimestre civil précédant la date de départ en retraite progressive.

Le cas des salariés en convention de forfait en jours

Dispositif créé par la loi du 19 janvier 2000, la convention de forfait est un document écrit qui détermine un temps de travail différent de la durée légale du travail, fixée à 35 heures par semaine. L'accord du salarié est obligatoire².

Deux types de conventions coexistent :

- **la convention de forfait en heures**, qui permet d'intégrer à la durée de travail d'un salarié sur une période prédéterminée un certain nombre d'heures supplémentaires prévisibles et rémunérées³, sans dépasser la durée maximale quotidienne et hebdomadaire du travail (respectivement 10 et 48 heures). Ce type de convention facilite la gestion administrative des systèmes de paiement des salariés travaillant en autonomie en prévoyant d'avance le dépassement de la durée légale du travail ;

- **la convention de forfait en jours** permet au salarié qui la conclut avec son employeur de travailler un certain nombre de jours dans l'année⁴ sans être astreint au respect des durées maximales quotidienne et hebdomadaire du travail⁵, mais en continuant à bénéficier des garanties légales prévues en matière de repos quotidien et hebdomadaire (respectivement 11 et 24 heures consécutives), de congés payés et de jours fériés chômés dans l'entreprise. **La convention doit indiquer le nombre de jours travaillés dans l'année, dans la limite du nombre fixé par l'accord collectif qui prévoit la possibilité de conclure une telle convention, au maximum 218 jours**⁶.

Ce dernier type de convention permet de regrouper les heures normales et les heures supplémentaires **en offrant une rémunération fixe chaque mois, à l'avantage de l'employeur**. En contrepartie, **le salarié dispose d'une grande liberté pour organiser son temps de travail**, l'employeur devant s'assurer régulièrement que la charge de travail du salarié est raisonnable⁷ et la rémunération en rapport avec cette dernière⁸.

Or, la Cour de cassation a jugé que les salariés ayant conclu **une convention de forfait en jours dit « réduit »**, qui fixe la durée annuelle de leur travail à un niveau inférieur au plafond légal ou conventionnel, **ne pouvaient pas bénéficier de la retraite progressive, au motif que ceux-ci n'avaient pas la qualité de salariés à temps partiel** telle que définie par le code du travail⁹. En effet, à défaut d'une quantification en heures de leur activité, ces salariés ne peuvent justifier *« de l'exercice d'une activité dont la durée, exprimée en heures, est inférieure à la durée normale du travail »*¹⁰.

¹ Article R. 351-41 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 3121-55 du code du travail.

³ Article L. 3121-56 du code du travail.

⁴ Article L. 3121-58 du code du travail.

⁵ Article L. 3121-62 du code du travail.

⁶ Article L. 3121-64 du code du travail.

⁷ Article L. 3121-60 du code du travail.

⁸ Article L. 3121-61 du code du travail.

⁹ Article L. 3123-1 du code du travail.

¹⁰ Cour de cassation, Civ. 2^{ème}, 3 novembre 2016, n° 15-26.275 et n° 15-26.276.

Dans le cas des travailleurs indépendants, le caractère réduit de l'activité est apprécié en fonction, non du temps de travail, mais des revenus professionnels. Pour être éligible au dispositif, l'indépendant doit en effet voir ses revenus professionnels diminuer de 20 à 60 % par rapport à la moyenne des cinq dernières années¹.

Le cas des mandataires sociaux

Le mandataire social est une personne en charge de l'organisation de la vie d'une société, de la gestion de celle-ci et de sa représentation dans ses relations avec les tiers. Il reçoit son mandat soit de l'assemblée générale des associés, soit des statuts de la société, soit d'un contrat de mandat.

Le mandat social étant exclusif de tout lien de subordination, le code du travail n'est pas applicable au dirigeant d'entreprise exerçant en qualité de mandataire social, qui relève du code du commerce. Le cumul avec un contrat de travail n'est possible que dans la mesure où ce dernier correspond à un emploi effectif caractérisé par un lien de subordination et par le versement à l'intéressé d'une rémunération distincte de celle qu'il perçoit au titre de ses fonctions de mandataire social.

Pour autant, certains mandataires sociaux sont obligatoirement affiliés au régime général de la sécurité sociale, sans qu'il soit nécessaire de rechercher l'existence d'un lien de subordination entre les personnes exerçant ces activités et l'entreprise : ils sont considérés comme « assimilés salariés » dans la mesure où ils perçoivent une rémunération au titre de leurs fonctions². Il s'agit des présidents de conseil d'administration et des directeurs généraux des sociétés anonymes (SA), des gérants égalitaires ou minoritaires de sociétés à responsabilité limitée (SARL) et des présidents et dirigeants de sociétés par actions simplifiées (SAS).

Toutefois, à défaut de pouvoir justifier de la qualité de salariés à temps partiel, les mandataires sociaux ne peuvent pas bénéficier de la retraite progressive.

Lorsque le travailleur demande sa mise à la retraite définitive, la pension est recalculée en tenant compte des droits acquis au titre de l'activité menée à temps partiel, sans pouvoir être inférieure à la pension ayant servi de base à la retraite progressive³.

¹ Article D. 634-16 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 311-3 du code de la sécurité sociale.

³ Articles L. 351-16 et D. 351-15 du code de la sécurité sociale.

2. Le Conseil constitutionnel a abrogé le dispositif de retraite progressive applicable aux salariés à temps partiel à compter de 2022

Saisi d'une QPC soulevée par une salariée ayant conclu avec son employeur une convention de forfait en jours qui fixait la durée annuelle de son travail à un niveau inférieur au plafond fixé dans l'accord collectif et s'étant vue refuser le bénéfice de la retraite progressive par sa caisse de retraite, faute d'avoir la qualité de salarié à temps partiel aux termes de la jurisprudence de la Cour de cassation, le Conseil constitutionnel a jugé que la différence de traitement entre les salariés dont la durée de travail est exprimée en heures et ceux qui exercent une activité quantifiée en jours sur l'année n'était pas en adéquation avec l'objet de la loi régissant la retraite progressive et **méconnaissait le principe d'égalité devant la loi**¹.

De fait, constatant que la retraite progressive n'est pas subordonnée à un décompte en heures de la durée de travail dès lors qu'elle est ouverte aux travailleurs indépendants, le Conseil a estimé que **les salariés en convention de forfait jour « réduit » exercent une activité réduite par rapport au plafond fixé par la loi ou l'accord collectif**. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une durée de travail « *de principe* » assimilable à un temps plein, ce dernier constitue en effet, aux termes de la décision, une durée de référence.

Le dispositif de retraite progressive applicable aux salariés à temps partiel, dans sa forme actuelle, a donc été déclaré inconstitutionnel et **son abrogation différée au 1^{er} janvier 2022** afin d'éviter de priver les salariés à temps partiel du bénéfice de la retraite progressive dans l'attente de l'adoption de nouvelles dispositions par le législateur.

B. Le PLFSS pour 2022 vise à étendre le bénéfice du dispositif aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux

- Le 1^o du I modifie l'article L. 351-15 du code de la sécurité sociale afin d'ouvrir le bénéfice de la retraite progressive, en sus des assurés exerçant une activité à temps partiel, à ceux qui exercent **une activité à temps réduit par rapport à la durée maximale légale, réglementaire ou conventionnelle exprimée en jours (a)**. L'éligibilité est conditionnée à l'exercice à **titre exclusif** de telles activités.

La capacité à justifier d'une quotité de temps de travail comprise entre deux limites fixées par décret en Conseil d'État est inscrite parmi les conditions d'accès au dispositif (b).

Il est également prévu qu'en cas de modification du temps de travail de l'assuré en retraite progressive, la fraction de pension dont il bénéficie est modifiée de façon systématique, et non plus à la demande de l'assuré (c).

¹ DC n° 2020-885 QPC du 26 février 2021.

Enfin, il rend éligibles au dispositif (d) :

- par dérogation au caractère exclusif de l'activité, les assurés exerçant plusieurs activités à temps réduit, au même titre que ceux qui exercent plusieurs activités à temps partiel, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État ;

- les assurés exerçant à titre exclusif une activité non-salariée « assimilée salariée » mentionnée à l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, **dont celle de mandataire social rémunéré au titre de ces fonctions**, dans des conditions fixées par décret et relatives, notamment, à la diminution des revenus professionnels.

• Le 2° du I modifie l'article L. 351-16 du code de la sécurité sociale de façon à préciser que **le service de la fraction de pension est supprimé lorsque l'assuré reprend une activité à temps complet (a)**.

La rédaction actuelle de cet article prévoit que le service de la fraction de pension est remplacé par celui de la pension complète lorsque l'assuré en fait la demande et **suspendu en cas de reprise d'une activité à temps complet**, tout en précisant qu'il ne peut être demandé à nouveau lorsque l'assuré a demandé le service de sa pension complète ou repris une activité à temps complet. La suppression du service de la fraction de pension en cas de reprise d'une activité à temps complet permettrait à l'intéressé d'en redemander le bénéfice dans le cas où il remplirait de nouveau les conditions requises.

Il est par ailleurs proposé de suspendre le service de la fraction de pension lorsque les autres conditions prévues pour en bénéficier, par exemple la condition de quotité de temps de travail, ne sont plus réunies (b).

• Le 3° du I modifie l'article L. 634-3-1 du code de la sécurité sociale pour lister en un même article **les conditions dans lesquelles les travailleurs indépendants peuvent bénéficier de la retraite progressive**, transférées dans le livre VI du code.

Comme aujourd'hui, ces derniers seraient éligibles au dispositif au même titre que les salariés et selon les mêmes règles de liquidation et de service de la pension, dans des conditions fixées par décret et relatives, notamment, à la diminution des revenus professionnels.

• Le 1° du II modifie l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime dans le but d'en assurer la conformité à la décision du Conseil constitutionnel, en remplaçant, parmi les conditions d'ouverture de la retraite progressive aux exploitants agricoles, la notion d'activité à temps partiel par celle d'activité réduite.

- Le 2° du II modifie l'article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime afin :

- de supprimer la référence à la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg, fusionnée en 2012 avec la caisse régionale d'assurance maladie pour former la caisse régionale d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) d'Alsace-Moselle ;

- d'étendre le bénéfice de la retraite progressive aux assurés justifiant d'une activité assimilée salariée relevant du champ de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime exercée à titre exclusif, **parmi lesquels figurent les mandataires sociaux d'entreprises agricoles.**

- Le III prévoit que ces dispositions s'appliquent aux pensions de retraite progressive liquidées à compter du 1^{er} janvier 2022.

L'étude d'impact indique que, d'après les données de la DARES, sur 1,6 million de salariés en convention de forfait en jours, 3,2 % sont âgés de plus de 60 ans. **15 % de ces derniers travaillent à temps réduit** et pourraient donc être rendus éligibles à la retraite progressive. En outre, selon la CNAV, **16 % des assurés éligibles à la retraite progressive en 2019 recouraient au dispositif, un taux en forte progression qui devrait s'établir à 28 % en 2025.** Il en résulte que **550 salariés en convention de forfait jour réduit bénéficieraient de la retraite progressive en 2022 et 2 200 en 2025.**

Le montant moyen de la pension de retraite progressive de base des salariés en convention de forfait en jours étant évalué à 430 euros mensuels en 2019 et celui de la pension complémentaire à 325 euros. Le coût du dispositif devrait donc s'établir à **4,9 millions d'euros (2,8 pour la CNAV et 2,1 pour l'Agirc-Arrco) en 2021** et atteindre **20,1 millions d'euros à l'horizon 2025 (11,5 pour la CNAV et 8,6 pour l'Agirc-Arrco).**

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale : la possibilité de percevoir une pension d'invalidité en cas de suspension du service de la pension de retraite progressive

L'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement visant à **permettre le service d'une pension d'invalidité lorsque celui de la pension de retraite progressive est suspendu.**

En effet, à l'heure actuelle, **le service d'une pension d'invalidité est suspendu lorsque l'assuré bénéficie de la retraite progressive**¹. Étant liée **au bénéfice de cette dernière et non à son service**, la suspension du service de la pension d'invalidité s'applique y compris lorsque le service de la pension de retraite progressive est suspendu (actuellement, lorsque l'assuré reprend une activité à temps complet ; en cas d'adoption du présent article, lorsque les autres conditions prévues pour en bénéficier ne sont plus remplies). Ainsi, la reprise d'une activité à temps complet entraîne, pour l'assuré, la suspension du service de la pension de retraite progressive, sans que celui de la pension d'invalidité ne reprenne, ce qui peut susciter des difficultés financières, comme l'a signalée la Défenseure des droits au Gouvernement.

Les dispositions de l'amendement adopté par l'Assemblée nationale s'appliqueraient aux pensions d'invalidité liquidées à compter du 1^{er} janvier 2022, ainsi qu'à celles en cours de service ou suspendues avant cette date.

Ont également été adoptés deux amendements rédactionnels du député Cyrille Isaac-Sibille.

III - La position de la commission : une extension conforme au principe d'égalité devant la loi

La commission prend acte de la décision du Conseil constitutionnel et de la nécessité d'ouvrir le bénéfice de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux.

Au-delà de ces considérations juridiques, elle se félicite de l'extension de ce dispositif à de nouvelles catégories de travailleurs, qui **concourt à l'effort de maintien dans l'emploi des seniors**.

L'amendement de coordination n° 230 a été adopté à l'initiative du rapporteur.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

¹ Article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale.

TITRE II

DOTATIONS ET DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

Article 54

Dotation au FMIS, aux ARS et à l'ONIAM

Cet article vise à déterminer pour 2022 les montants des 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 vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté visant à fixer légalement, et à cet article pour 2022, les montants des dotations de l'ensemble des opérateurs financés par l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

A. Une dotation au FMIS d'1,1 milliard d'euros pour 2022

1. Un fonds créé en 2020 dans le cadre du volet investissements du Ségur de la santé

Le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé

À la suite des conclusions du Ségur de la santé en 2020, l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale a transformé le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) en un nouveau fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, avec une vocation d'investissement plus transversale entre les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Les ressources du fonds sont principalement constituées de dotations de l'assurance maladie et de la branche autonomie.

Le fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations, les délégations de crédits étant opérées par le ministère des solidarités et de la santé.

Comme présenté lors de l'examen du PLFSS pour 2021, le FMIS doit porter 3,9 milliards d'euros parmi les 6 milliards d'euros du plan de relance de l'investissement. Trois grands axes ont été retenus par le Gouvernement en 2020 :

- les projets hospitaliers prioritaires et projets ville-hôpital : 2,5 milliards d'euros engagés sur 5 ans ;

- le rattrapage du retard sur le numérique en santé : 1,4 milliard d'euros sur 3 ans ;

- la transformation, la rénovation et l'équipement dans les établissements médico-sociaux : 2,1 milliards d'euros sur 5 ans.

2. Un remboursement attendu par l'Union européenne au titre du plan de relance

Le projet de loi de financement pour 2021 indiquait un **remboursement à venir des crédits engagés par l'assurance maladie au sein du FMIS au titre du plan de relance** ou Plan national de relance et résilience (PNRR).

La rapporteure s'était particulièrement interrogée dans le cadre du LFSS pour 2021 sur les modalités de ce financement par l'Union européenne du plan d'investissements en santé. Surtout, elle avait considéré qu'à ce dispositif peu lisible **aurait pu utilement être préférée une inscription de ces crédits au sein de la mission dédiée au plan de relance** au sein du budget de l'État, sans transiter par l'assurance maladie.

Conditions nécessaires au refinancement européen de la mesure du PNRR sur le volet sanitaire

> Atteinte de 2 grandes cibles avant mi-2026 :

- Établissements soutenus dans leurs investissements en installations techniques, équipements ou de rénovation légère : cible de 800 en 2023 et de 1000 en 2025 (en cumulé) ;

- Nombre de projets d'investissement dans la construction, la rénovation énergétique et la modernisation d'établissements médicaux (supérieurs à 20 millions d'euros) – cible de 20 en 2024 et de 30 en 2026 (en cumulé).

> Allocation des crédits rapidement, avant mi-2026

> Robustesse du processus d'allocation des crédits au regard des risques pouvant l'affecter.

Les points d'attention forts de l'UE étant notamment la prévention des risques de fraude/conflits d'intérêt, la prévention du double financement européen et le respect de la réglementation relative aux aides d'État.

Un document descriptif des systèmes de gestion et de contrôle interne (DSGC) est en cours de rédaction avec l'appui de l'IGAS en vue de l'audit par la CICC (Commission interministérielle de coordination des contrôles), autorité d'audit pour les fonds européens en France.

Source : Réponses de la DGOS au questionnaire de la rapporteure

Interrogée sur le mécanisme de remboursement à l'assurance maladie, la direction de la sécurité sociale a précisé à la rapporteure que la Commission européenne procèdera au remboursement de l'État français sur la base des jalons à atteindre proposés par la France dans le PNRR. Cependant, « *les modalités de reversement à l'assurance maladie sont à préciser mais devraient être réalisées via un ajustement de la clé de TVA* ».

La DSS précise enfin qu'il est prévu dans la trajectoire financière intégrée au PLFSS que l'intégralité des dépenses au titre du Ségur investissement sera effectivement refinancée par l'intermédiaire de la facilité de relance et de résilience de l'Union européenne, dans le cadre du plan France Relance ».

3. Dotations pour 2022 et perspectives d'utilisation des crédits

Les I et II du présent article prévoient un abondement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé pour 2022 avec :

- une **dotation d'1,015 milliard d'euros des régimes d'assurance maladie (I)** ;

- une **dotation de 90 millions d'euros de la CNSA (II)**.

Comme le précise la DSS, les contributions de l'assurance maladie et de la branche autonomie au FMIS font référence aux besoins identifiés en construction budgétaire pour les champs sanitaires et médicaux-sociaux. Ainsi, la contribution de **la branche autonomie est aujourd'hui centrée sur le financement de la partie médico-sociale du volet numérique du Ségur investissement** quand la contribution de la branche maladie comprend les **500 millions d'euros prévus au titre du Ségur investissement** ainsi que la poursuite des versements dus au titre des précédents plans d'investissement.

Le FMIS porte également les crédits des subventions pour l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et l'agence du numérique en santé (ANS), ainsi que des projets divers qui suivent un rythme de décaissement à hauteur des crédits budgétés annuellement.

Décaissements prévisionnels

(en millions d'euros)

		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Décaissements prévisionnels	Décaissements prévisionnels	271,0	313,9	149,2	128,2	101,2	26,0	3,7
	Décaissements prévisionnels	60,4	60,2	112,9	107,9	85,4	60,0	60,0
	Décaissements prévisionnels « Investissements du quotidien »	150,0	76,0	15,0	30,0	29,0		
	IRM		30,0	10,0	10,0	10,0		
	Deuxième tranche UHSA		44,0	5,0	20,0	19,0		
		481,4	524,1	292,1	296,1	244,6	86,0	63,7
Séгур	Investissement	500,0	500,0	500,0				
Séгур	Numérique de la santé	66,0	111,0	111,0				
		566,0	611,0	611,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		1047,4	1135,1	903,1	296,1	244,6	86,0	63,7

Source : Réponses de la DGOS au questionnaire de la rapporteure

La trajectoire de dépenses du FMIS pour 2021 et les années suivantes suit les annonces du Ségur de la santé. L'enveloppe des crédits FMIS 2022 dédiés à l'investissement est intégralement déconcentrée auprès des ARS, cette logique de déconcentration étant au cœur des engagements du Ségur de la santé.

Interrogée sur les projets retenus au titre de 2022, la direction générale de l'offre de soins a indiqué à votre rapporteure que ces derniers étaient à ce stade en cours d'instruction. Cependant, « *une large partie des crédits FMIS seront consacrés au soutien des investissements du quotidien de nombreux établissements, et sur tous les territoires* ».

B. Une contribution de la CNSA au financement des ARS

Le III fixe la **contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé (ARS)** au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées. Celle-ci s'élève pour 2022 à **168,3 millions d'euros**.

Cette contribution s'élevait à 141,44 millions d'euros pour 2021.

C. Une dotation de 135 millions d'euros à l'Oniam

Le **IV** fixe la dotation des régimes d'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) à **135 millions d'euros pour 2022**.

Cette dotation s'élevait à 130 millions d'euros pour 2021.

L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam)

L'Oniam est un établissement public à caractère administratif de l'État créé par la loi du 4 mars 2002 et placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il est chargé d'organiser des dispositifs de règlement amiable, mais aussi de gérer les différents contentieux en matière d'indemnisation des victimes de dommages imputables à :

- des accidents médicaux, affections iatrogènes ou infections nosocomiales ;
- des accidents survenus dans le cadre de la recherche biomédicale ;
- des accidents dus à des dommages résultant de mesures sanitaires d'urgence ;
- des accidents dus à la prise de benfluorex (Mediator) ou de valproate de sodium (Dépakine) ;
- des contaminations d'origine sanguine par le VIH, le virus de l'hépatite C, celui de l'hépatite B, le virus T-lymphotropique humain ou encore des contaminations par la maladie de Creutzfeldt-Jakob par la voie de traitement par l'hormone de croissance extractive.

Les recettes de l'Oniam sont également composées d'une dotation du budget de l'État et d'autres produits au titre des ressources propres, issues du recouvrement des titres émis à l'encontre des mis en cause. Ces recettes représentent l'équivalent de la moitié de la dotation de l'assurance maladie en 2021.

Seule l'indemnisation des accidents médicaux, des contaminations par le VIH, le VHC, le VHB et le HTLV sont financées par l'assurance maladie.

Les dépenses d'indemnisation sont attendues en hausse en 2022, suivant une trajectoire constatée depuis plusieurs exercices.

Ainsi, comme précisé dans l'annexe 8, l'accroissement des dépenses amiables résulterait de l'impact des demandes nouvelles, pour un nombre de dossiers entrants stabilisé autour de 4 500 par an à partir de 2022.

Concernant le volet des indemnisations contentieuses, la trajectoire devrait suivre la croissance annuelle constatée en volume à 24 % en 2021.

Enfin, l'anticipation des dépenses d'indemnisation sous forme de rentes tient compte de la forte dynamique des derniers exercices.

Les dépenses pour 2022 afférentes aux missions relevant du périmètre de l'assurance maladie sont ainsi estimées en annexe 8 à 176,2 millions d'euros en crédits de paiement, dont :

- 148,9 millions d'euros au titre des indemnisations dont 141,4 millions d'euros au titre des accidents médicaux ;

- 7,6 millions d'euros de dépenses de personnel ;

- 19,3 millions d'euros de dépenses de fonctionnement dont 6,6 millions d'euros de frais d'avocats et 8,1 millions d'euros d'expertises médicales.

Il convient de souligner enfin que les dépenses de l'Oniam excédant ses recettes, l'Office montre un **résultat comptable largement négatif, qui devrait atteindre en 2021 - 45,09 millions d'euros.**

Les prévisions de solde comptable et de niveau du fonds de roulement ne sont pas précisées pour 2022.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Concernant le volet relatif au soutien à l'investissement en santé, **la rapporteure regrette le manque de lisibilité persistant sur les participations de la sécurité sociale au titre d'avances au plan de relance européen.** Elle s'interroge en outre sur la clé de répartition entre la branche maladie et la branche autonomie, quand plus d'un tiers de l'enveloppe de 6 milliards d'euros est destiné au secteur médico-social.

Surtout, la rapporteure émet de **vives réserves quant à la construction et l'utilisation de cet outil rénové qu'est censé être le FMIS. Ainsi, alors que ce fonds devait incarner le financement de projets structurants** et les dotations de la Cades aux établissements de santé la reprise de dettes en finançant des investissements du quotidien, **force est de constater que les missions se sont pour partie inversées, le Gouvernement revendiquant le financement par le FMIS d'investissements du quotidien.**

Aussi, **l'articulation entre l'enveloppe de 13 milliards financée par la Cades et les 6 milliards d'euros pour partie assurés par le FMIS apparaît imprécise et la dissociation des deux vecteurs d'une pertinence douteuse.** Par ailleurs, la distinction des outils peut paraître d'autant plus surprenante que ce sont bien dans les deux cas les agences régionales de santé qui assurent l'essentiel du pilotage.

Un seul et même instrument au service du financement de l'investissement hospitalier **aurait sans doute été de nature à assurer une meilleure lisibilité et une cohérence renforcée** des efforts financiers consentis.

Sous ces réserves, la commission approuve les dotations proposées au présent article.

Cependant, **en cohérence avec sa position lors de l'examen de la proposition de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale¹**, la commission a, à l'initiative conjointe de la rapporteure générale et de la rapporteure pour l'assurance maladie, adopté **un amendement n° 231 prévoyant que les dotations de l'assurance maladie aux différents opérateurs sanitaires sont déterminées annuellement par la loi et fixant ces montants pour 2022.**

Il s'agit notamment de **fixer la dotation de l'agence nationale de santé publique** (ANSP ou Santé publique France) ainsi que des autorités sanitaires que sont la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

La détermination de ces dotations en loi de financement permettra de mieux suivre **l'évolution parfois très dynamique de crédits d'agences qui relevaient précédemment du budget général.**

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 54 bis (nouveau)

Rapport sur le FIR

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à modifier le rapport annuel remis au Parlement concernant le fonds d'intervention régional.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé

A. Le FIR comme outil de territorialisation de la santé

Créé en 2012², **le fonds d'intervention régional (FIR) est un outil de financement piloté par les agences régionales de santé** qui décident des projets qu'elles entendent soutenir.

Le fonds a un périmètre d'action défini par la loi, le code de la santé publique prévoyant à son article L. 1435-8 les cinq items suivants :

¹ Voir le rapport n° 825 (2020-2021) de M. Jean-Marie Vanlerenberghe, déposé le 15 septembre 2021, sur le texte n° 782 (2020-2021).

² Article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

- la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;

- **l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;**

- **la permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;**

- l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;

- le développement de la démocratie sanitaire.

Présenté comme un levier de territorialisation des politiques de transformation du système de santé, le FIR devrait représenter en 2021 4,1 milliards d'euros.

En outre, le présent PLFSS prévoit le transfert d'une partie des crédits relatifs aux missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC) au sein du FIR, et ce pour un montant de 400 millions d'euros.

B. Un contenu précisé du bilan annuel sur l'exécution des budgets

Le présent article vise à **modifier les dispositions de l'article L. 1435-10** du code de la sécurité sociale relatif aux crédits du FIR.

Le dernier alinéa de l'article L. 1435-10 prévoit **la remise annuelle au Parlement d'un bilan de l'exécution des budgets et comptes de l'année précédente**. Trois éléments sont précisés à la dernière phrase de cet alinéa quant au contenu de ce bilan :

- **l'analyse du bien-fondé du périmètre** des actions du FIR ;

- **l'évolution du montant des dotations régionales** affectées au fonds ;

- **l'explicitation des critères de répartition** régionale.

Le 1° du présent article **supprime cette dernière phrase**.

Le 2° **complète** lui l'article L. 1435-10 précité afin de **faire figurer au sein de ce bilan** une présentation :

- de **l'évolution des montants et des critères de répartition** – reprenant des items existants –, en précisant la référence à un objectif de **péréquation territoriale** ;

- des financements alloués et les **objectifs atteints dans les différentes missions du fonds** ;

- des démarches d'évaluation en vue d'**améliorer l'allocation des financements**, notamment des expérimentations.

II - La position de la commission

La rapporteure s'interroge sur la nécessité de telles dispositions dans le code de la santé publique et du niveau de détail par lequel le présent article entend préciser le contenu du rapport remis par le Gouvernement au Parlement. En outre, les différents éléments « notamment » mentionnés ouvrent la voie à des compléments annuels peu bienvenus.

Ainsi, la rapporteure considère que cette réécriture, assez symbolique, n'est **pas de nature à améliorer l'information du Parlement sur l'évaluation de la pertinence des dépenses du fonds.**

Surtout, si le suivi des budgets du FIR est particulièrement légitime en cela que ces dépenses sont discrétionnaires et ne relèvent pas d'assurances sociales, la rapporteure estime que ce **travail ne doit pas relever d'un seul rapport au Parlement et doit justifier des actions de contrôle régulières de la part des commissions chargées de la sécurité sociale comme, le cas échéant, des chambres régionales et territoriales des comptes.**

Aussi, la commission a adopté l'amendement de suppression n° 232 et vous demande de supprimer cet article.

Article 55

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

Cet article fixe le montant de l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour le régime général et l'ensemble des régimes obligatoires de base.

En dépit de réserves relatives à la soutenabilité des dépenses d'assurance maladie sur le moyen terme, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Conformément à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe l'objectif de dépense de la branche maladie pour 2021 à :

- 229,6 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base ;
- 228,1 milliards d'euros pour le régime général.

Il convient à titre liminaire de rappeler le **changement substantiel de périmètre opéré en LFSS pour 2021 avec la création de la branche autonomie désormais en charge des dépenses de prestations dont la branche maladie assurait auparavant le financement.**

Concernant les recettes, la création de la branche s'est également accompagnée d'un transfert de CSG réalisé qui modifie la structure des recettes de la branche maladie : **la CSG, qui représentait 45 % des ressources de la branche en 2018, en représentera dorénavant moins du quart.**

Dépenses de la branche maladie

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2021	Prévision 2021 rectifiée (PLFSS 2022)	Prévision pour 2022
Régimes obligatoires de base	219,1	232,2	229,6
Régime général	217,6	230,7	228,1

Si **les dépenses de la branche maladie apparaissent en baisse pour 2022** par rapport à 2021 (- 1,1 % sur l'ensemble des régimes obligatoires de base), il convient de souligner que cette baisse résulte d'une **hypothèse de net ralentissement de l'impact de la crise sanitaire sur les dépenses de soins en 2022.**

- Au regard de la situation sanitaire actuelle et des informations disponibles, une provision de **4,9 milliards d'euros a été intégrée à l'Ondam.**

Aussi, si pour l'année 2022, le PLFSS prévoit un solde amélioré mais toujours préoccupant, à - 19,7 milliards d'euros, **ce redressement tient essentiellement à un rétablissement anticipé des recettes.** En effet, le **niveau des dépenses est maintenu très haut, à 229,6 milliards d'euros,** soit seulement 2,6 milliards de moins que le montant attendu pour 2021.

Recettes, dépenses et soldes de la branche

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2021	Prévision 2021 rectifiée (PLFSS 2022)	Prévision pour 2022
Recettes	195,5	202,2	209,9
Dépenses	219,1	232,2	229,6
Solde	- 23,7	- 30,0	- 19,7

Enfin, deux observations sont à formuler au sein des **dépenses de la branche ne relevant pas de l'Ondam.**

D'une part, après une baisse en 2021, **les dépenses liées aux pensions d'invalidité rebondiraient en 2022 (+ 2,4 %)** du fait d'un effet volume couplé à une inflation dynamique.

Les pensions d'invalidité

(en millions d'euros)

	2019	2020	2021 (p)	2022 (t)
Montants nets	7 619	7 714	7 699	7 882
Progression en valeur	1,7 %	1,2 %	- 0,2 %	2,4 %
dont revalorisation	0,5 %	0,7 %	0,2 %	1,2 %
dont effet volume	1,2 %	0,5 %	- 0,4 %	1,2 %

Source : DSS/SDEPF/6A. Champ : tous régimes

Surtout, d'autre part, **la réforme du congé paternité** conduisant à l'allongement de la durée de 11 à 25 jours, adoptée en LFSS pour 2021, produirait pour la première fois ses effets en année pleine. Cette augmentation des dépenses représenterait la moitié de la progression hors Ondam.

Ainsi, **les indemnités journalières au titre des congés maternité, paternité ou d'accueil du jeune enfant progresseraient dans leur ensemble de 7,9 % sur 2022**. Elles atteindraient près de 3,8 milliards d'euros.

Les indemnités journalières pour congés maternité, paternité et pour accueil de l'enfant

(en millions d'euros)

	2019	%	2020	%	2021 (p)	%	2022 (t)	%
Total indemnités journalières	3 345	1,0	3 277	- 2,0	3 493	6,6	3 771	7,9
IJ maternité	3 102	1,1	3 041	- 2,0	3 087	1,5	3 158	2,3
IJ paternité d'accueil de l'enfant	244	0,4	236	- 3,0	406	72,1	613	50,9

Source : DSS/SDEPF/6A

L'objectif de dépenses de la branche maladie est à distinguer de l'Ondam fixé à l'article 56 :

- les deux reposent sur des concepts de nature distincte : l'Ondam retient une approche économique, interrégimes et interbranches, alors que les dépenses des régimes relèvent d'une approche comptable ;

- leurs champs ne se recoupent pas intégralement : l'Ondam intègre les prestations de soins de la branche AT-MP (pour incapacité temporaire) mais ne prend pas en compte certaines prestations d'assurance maladie. C'est notamment le cas des prestations en espèces de maternité et paternité (indemnités journalières) ou des prestations invalidité-décès, ainsi que de certaines dépenses de prévention.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Cette année encore, les dépenses de la branche maladie portent les conséquences majeures de la crise sanitaire avec, en 2022 encore, une provision relative aux dépenses liées à l'épidémie de covid-19.

Cependant, la rapporteure s'inquiète, sur la trajectoire pluriannuelle décrite dans ce PLFSS, de la soutenabilité financière de la branche maladie sur le long terme.

Elle constate à ce titre que si les hypothèses retenues pour la construction du PLFSS 2022 cessent d'intégrer des dépenses relatives à la crise sanitaire à partir de 2023, **le déficit de la branche se maintiendrait à des niveaux majeurs sur les prochaines années.** Surtout, ces déficits sont déjà anticipés sur une période non couverte par les transferts votés à la Cades, qui n'excède pour le moment pas l'exercice 2023.

Le Gouvernement constate ainsi dans ce rapport annexé qu' *« aucune mesure en recettes n'étant prévue, la branche maladie resterait déficitaire de près de 15 milliards d'euros en 2025 ».*

Prévisions de recettes et objectifs de dépenses et soldes de la branche maladie (ROBSS)

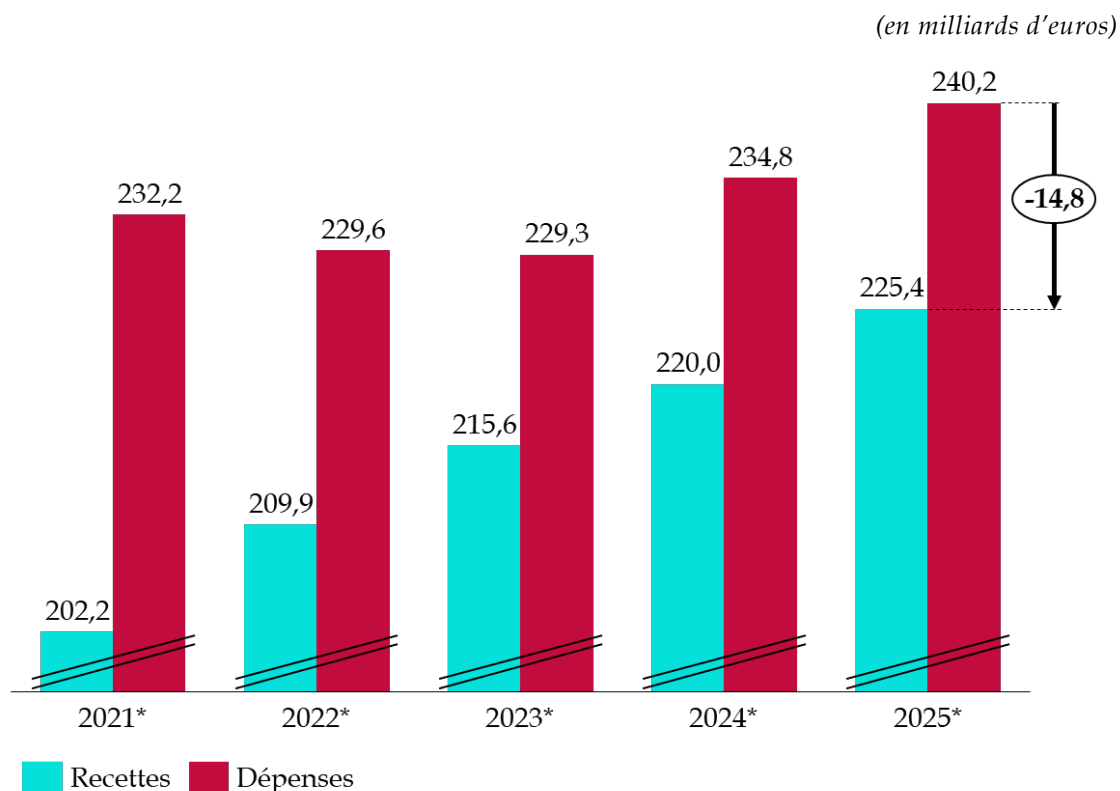
(en milliards d'euros)

	2021	2022	2023	2024	2025
Recettes	202,2	209,9	215,6	220	225,4
Dépenses	232,2	229,6	229,3	234,8	240,2
Solde	- 30	- 19,7	- 13,7	- 14,8	- 14,8

Source : Annexe B au PLFSS

Aussi, ce déficit résulte essentiellement d'un niveau des dépenses maintenu à un niveau très élevé sur les prochains exercices, avec une anticipation de réduction des dépenses liées à la crise. Cette **augmentation durable** est le fait de mesures pérennes issues du Ségur de la santé, avec particulièrement l'impact des revalorisations salariales.

Prévisions de recettes et objectifs de dépenses de la branche maladie (ROBSS)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après l'annexe B au PLFSS

Alors que le contexte d'examen du PLFSS pour 2022 est révélateur d'un grand nombre d'inquiétudes sur la situation de l'hôpital ou de certaines professions de santé, la rapporteure constate comme l'an dernier que la **situation préoccupante de la branche maladie résulte notamment de sous-investissements latents et d'une insuffisante anticipation des transformations nécessaires de notre système de santé.**

Au-delà des réformes structurelles quant à l'organisation et au financement du système de santé que cela appelle, la commission **réaffirme une nouvelle fois dans ce projet de loi de financement sa position quant à la rebudgétisation du financement des agences sanitaires comme Santé publique France** dont l'abondement pour lutter face à l'épidémie en 2020 et, une nouvelle fois en 2021, pèse sur l'assurance maladie alors que ces missions relèvent du domaine régalién.

Sous ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 56
Ondam et sous-Ondam

Cet article propose de fixer, pour 2022, le montant de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) et le montant des sous-objectifs qui le composent.

Sous des réserves concernant la construction de l'Ondam et l'adéquation des dépenses et de leur ventilation aux défis du système de santé, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

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

« D. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

(...) 3° Fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs. »

Les étapes de construction de l'Ondam

La construction de cet objectif de dépenses pour l'année suivante comporte plusieurs étapes :

- l'estimation des dépenses pour l'année en cours (n) corrigée des changements de périmètre ;

- la projection « tendancielle » ou spontanée des dépenses pour l'année suivante (n+1), hors mesure nouvelle, qui intègre la progression estimée des volumes, les provisions pour dépenses nouvelles (comme les revalorisations de tarifs ou mesures catégorielles) et les effets reports des mesures antérieures ;

- la définition des mesures de régulation (économies) et mesures nouvelles permettant de passer de l'évolution tendancielle à l'objectif proposé.

A. Une hausse de l'Ondam hors dépenses liées à la crise sanitaire

1. Un montant anticipé en très légère baisse pour 2022 du fait de moindres dépenses exceptionnelles liées à l'épidémie de covid-19.

• Le présent article propose de fixer l'Ondam pour l'année 2022 à **236,3 milliards d'euros, soit en contraction de - 0,6 %¹** par rapport à 2021 en raison de la baisse prévisionnelle des dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire.

Cependant, le Gouvernement souligne que, dépenses liées à la crise covid mises à part, l'Ondam conserve en 2022 **une progression très dynamique**.

• Ainsi, selon l'annexe 7, **hors surcoûts identifiés en 2021 et 2022 relatifs à la crise sanitaire, les dépenses augmentent de + 3,8 %**. Ces évolutions sont calculées à périmètre constant.

Objectif national de dépenses d'assurance maladie et sous-objectifs pour 2022

(en milliards d'euros et en %)

	2021 rectifié	PLFSS 2022	Progression en 2022
Soins de ville	104,5	102,1	- 2,3 %
Établissements de santé	94,8	95,3	0,5 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14	14,3	2,1 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,5	13,3	6,4 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	4,1	5,9	43,9 %
Autres prises en charge	7,3	5,4	- 26,0 %
Total	237,1	236,3	- 0,3 %

• La construction de l'Ondam 2022 repose, comme le précise l'annexe 7, « *sur l'hypothèse d'une circulation maîtrisée de la covid-19 et d'un retour à une dynamique d'activité des différents acteurs de l'offre de soins comparable aux années pré-crise* ».

¹ Une fois la base remaniée.

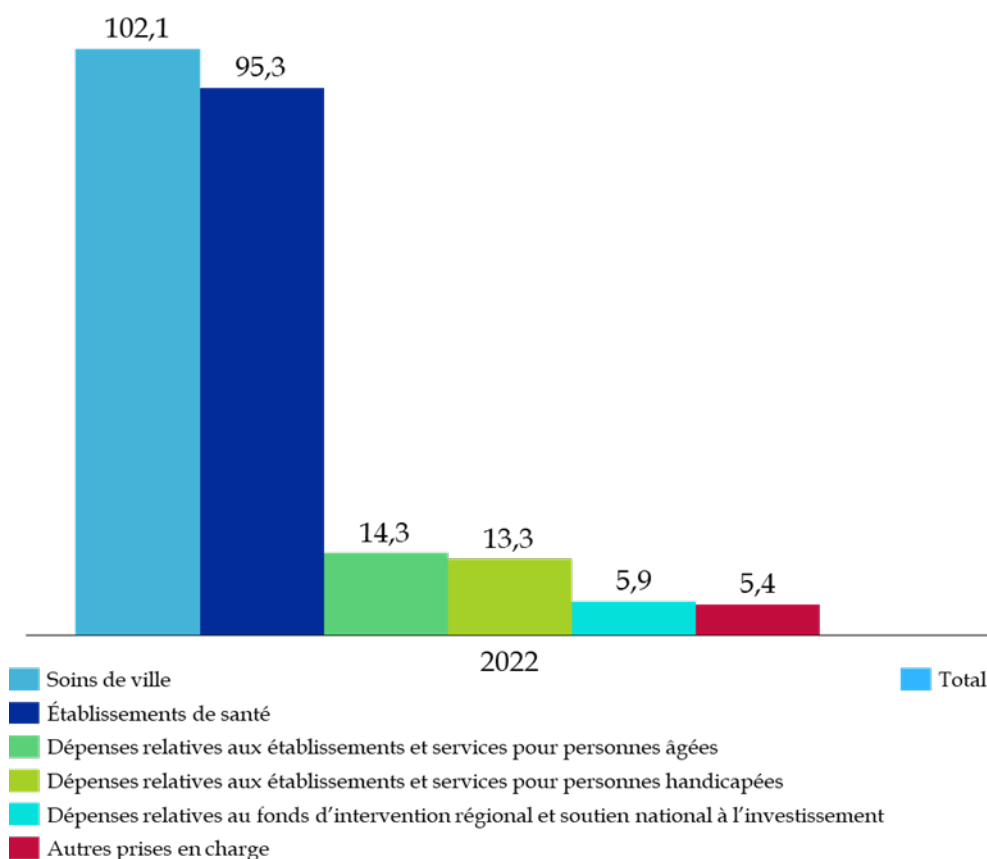
Le Gouvernement précise avoir retenu comme éléments principaux :

- **une trajectoire sous-jacente de progression des dépenses hors Ségur et hors crise sanitaire à hauteur de 2,6 %**, intégrant notamment les efforts à destination des produits de santé à l'issue du CSIS 2021 ;

- **des dépenses consécutives aux accords du Ségur de la santé à hauteur de 12,5 milliards d'euros**, soit 2,7 milliards d'euros supplémentaires par rapport à 2021 ;

- **une provision de 4,9 milliards d'euros au titre des dépenses liées à l'épidémie de covid-19 pour 2022.**

Sous-objectifs de l'Ondam 2022

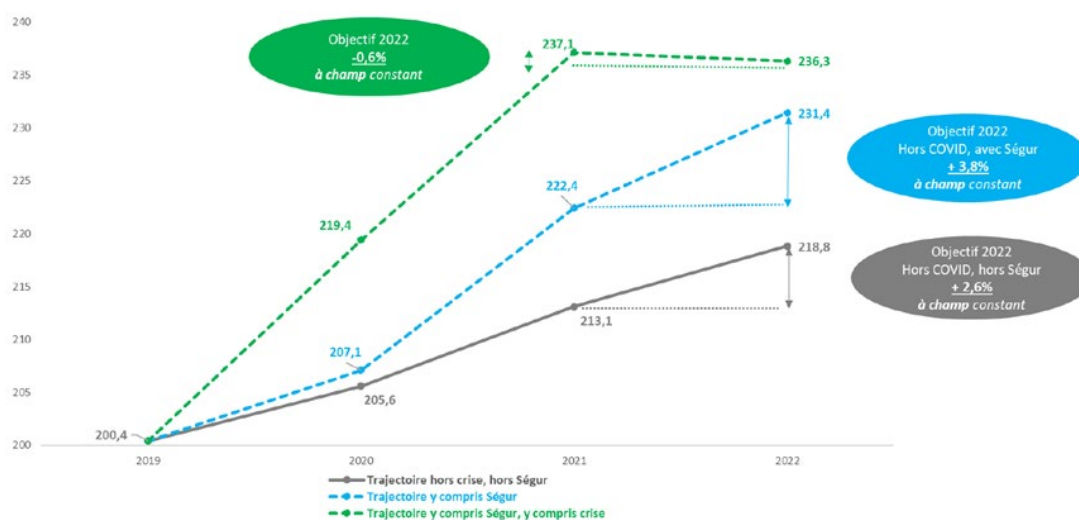


Source : Commission des affaires sociales du Sénat

Considérant **les évolutions substantielles portées aux dépenses d'assurance maladie** depuis 2020, **pour certaines conjoncturelles**, avec les dépenses liées à l'épidémie de covid-19, et **pour d'autres structurelles**, avec particulièrement les revalorisations issues du Ségur de la santé, le Gouvernement a présenté la trajectoire de construction de l'Ondam selon le champ retenu.

Il distingue ainsi l'Ondam 2022 « tout compris » de deux autres trajectoires excluant les dépenses liées à la crise sanitaire pour la première et, retranchées également, les dépenses liées au Ségur pour la seconde.

Principes de construction de l'Ondam 2022



Note de lecture : hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire en 2021, l'augmentation sous-jacente de l'ONDAM est de 3,8% en 2022.

Source : Annexe 7

2. Une base remaniée

L'annexe 7 précise les modifications apportées à la construction de la base de l'Ondam, occasionnant des différences dans les comparaisons pluriannuelles et affectant les trajectoires commentées.

Les principales évolutions concernent, outre les soins de ville, essentiellement les deux sous-objectifs relevant de la branche autonomie.

Objectif national de dépenses d'assurance maladie et sous-objectifs pour 2022

(en milliards d'euros et en %)

	Base 2022	PLFSS 2022	Évolution
Soins de ville	104,5	102,1	- 2,3 %
Établissements de santé	94,8	95,3	0,5 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14	14,3	2,1 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,7	13,3	4,7 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6	5,9	- 1,7 %
Autres prises en charge	7,1	5,4	- 23,9 %
Total	237,7	236,3	- 0,6 %

Construction de la base 2022 à champ constant

Montants en Md€	Objectif 2021	Ecart à l'objectif lié au covid-19	Ecart à l'objectif non lié au covid-19	Ecart à l'objectif lié au Ségur	Changements de périmètre/Transferts	Base 2021 à champ 2022
ONDAM TOTAL	225,4	10,5	1,3	-0,1	0,6	237,7
Soins de ville	98,9	4,4	1,4	-0,2	0,0	104,5
Etablissements de santé	92,9	2,0	-0,1	0,0	-1,3	93,5
Etablissements et services médico-sociaux	26,1	0,3		0,1	0,2	26,6
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	13,6	0,3		0,1	0,0	14,0
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,4	0,0		0,0	0,2	12,7
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	3,8	0,3		0,0	1,9	6,0
Autres prises en charges	3,8	3,5		0,0	-0,2	7,1

Source : Annexe 7

3. Des transferts entre sous-objectifs

Suivant les recommandations du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, le Gouvernement a choisi de procéder à des modifications de périmètre afin de :

- renforcer la visibilité des crédits en faveur de l'investissement au sein de l'Ondam en regroupant dès 2022 une part plus importante des dépenses d'assurance maladie au titre des dispositifs nationaux de soutien au sein d'un même sous-objectif ;

- accroître les leviers financiers dont disposent les ARS dans l'objectif de renforcer la territorialisation.

Deux **modifications de périmètre** sont ainsi opérées avec :

- **les dépenses du FMIS**, aujourd'hui retracées dans le sous-objectif relatif aux dépenses des établissements de santé et dans la branche autonomie, transférées au sein du 5^e sous-objectif relatif à l'investissement ;

- **les dépenses de la CNSA au titre des plans d'aide à l'investissement (PAI)** pour les personnes âgées et les personnes handicapées, rejoignant également le même 5^{ème} sous-objectif.

Ces deux transferts représentent respectivement 1 milliard et 0,6 milliard d'euros.

Dans le même temps, le Gouvernement a entendu « **renforcer la territorialisation des dépenses de santé** » et, à cette fin, souhaite **accroître les crédits du FIR** et donc les leviers financiers disponibles pour les agences régionales de santé (ARS). Un **transfert d'une partie des dépenses relatives aux missions d'intérêt général** et de l'aide à la contractualisation (MIGAC), retracées au sein du sous-objectif relatif aux établissements de santé, est ainsi fait vers le 5^{ème} sous-objectif, pour 0,4 milliard d'euros.

Au total, l'élargissement du 5^{ème} sous-objectif de l'Ondam représenterait 1,9 milliard d'euros en 2022.

Synthèse des évolutions de périmètre

	ONDAM hospitalier	Etablissements pour personnes handicapées	Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	Autres prises en charge	Total
Total	-1 312	197	1 892	-195	583
Total hors Segur	-738	197	768	-195	33
plan aide à l'investissement ESMS (sécur)			450		450
plan aide à l'investissement ESMS (hors sécur)			30		30
FMIS ES (secur)	-574		574		0
FMIS ESMS (Segur)			100		100
FMIS exFMESPP (hors Segur)	-384		384		0
Migac vers 5ème sous-objectif	-354		354		0
Conventionnement ESMS PH Belge		197		-197	0
Opérateur ANSM				3	3

Source : Annexe 7

- Le niveau de l'Ondam est affecté de 600 millions d'euros sur 2022 par les transferts et changements de périmètre.

B. Un impact sensible du Ségur de la santé

1. Des dépenses de soins de ville en hausse de 3,3 %

- Concernant les soins de ville, le Gouvernement indique une **croissance spontanée des dépenses évaluées hors Ségur à 3,5 % pour 2022**, soit le même taux qu'en 2021 et un montant estimé à **3,3 milliards d'euros**.

Cette croissance est notamment portée par des honoraires médicaux et dentaires en hausse d'1,9 %, des honoraires paramédicaux en augmentation de 3,3 % mais aussi par une dynamique soutenue des dépenses de biologie médicale à 3,2 % et des dépenses de produits de santé dont la croissance spontanée est estimée à 3,0 %. Plus forte hausse spontanée attendue, les indemnités journalières seraient en progression de 4,5 % en 2022.

Sur ce secteur, des **mesures de régulation** sont prévues, issues d'une part de protocoles signés avec différentes professions, pour une économie attendue de 200 millions d'euros et, d'autre part, de mesures tarifaires sur les **produits de santé pour 900 millions d'euros de moindres dépenses**.

2. Des dépenses pour les établissements de santé progressant de 4,1 % en 2022

- Le Gouvernement revendique un financement des établissements de santé prévu en hausse de 4,1 % en 2022, soit 3,7 milliards d'euros.

Comme souligné dans l'annexe 7, « *de manière inédite, la croissance de l'Ondam hospitalier hors Ségur sera supérieure au niveau prévu par le protocole, puisqu'elle s'établit à + 2,7 %, en raison notamment de l'absence exceptionnelle d'économies demandées aux établissements hospitaliers* ».

Ce taux d'évolution des ressources courantes est ainsi supérieur au taux de 2,3 % annuel constaté sur la décennie passée, soit **320 millions d'euros supplémentaires**.

- Les mesures de revalorisation du Ségur représentent pour les établissements de santé publics et privés **un surcoût de 6,7 milliards d'euros en 2022** et 7 milliards d'euros en 2023.

Pour 2022, la transformation des métiers et la revalorisation des carrières au titre du Ségur représentent des financements supplémentaires de l'ordre d'1,4 milliard d'euros par rapport à 2021.

Séjour de la santé 2022

en milliards d'euros		Total annuel 2022	dont enveloppe supplémentaire 2022 par rapport à 2021
Pilier 1	Revalorisation socle	6,6	0,0
	Attractivité	0,8	0,6
	Personnels médicaux	0,6	0,0
	Intéressement-qualité & temps de travail	0,7	0,3
	Attractivité internes et étudiants en santé	0,2	0,0
	Revalorisations du secteur médico-social (BAD, extension CTI...)	0,5	0,5
	Nouvelles mesures de revalorisation des rémunérations des métiers de la santé et du médico-social	0,6	0,6
	Total Pilier 1	9,9	2,0
Pilier 2	Transformation, rénovation, équipement et rattrapage numérique en ESMS (5 ans)	0,5	0,0
	Projets hospitaliers prioritaires (5 ans)	0,5	0,0
	Rattrapage numérique en santé (3 ans)	0,7	0,2
	Autres	0,3	0,0
	Total Pilier 2	2,0	0,2
Pilier 4	Mesures pilier 4 (télésanté, exercice coordonné, service d'accès aux soins, inégalités en santé, appui sanitaire aux personnes âgées, accès aux soins des personnes en situation de handicap, offre de soins psychiatrique et psychologique, etc.)	0,7	0,4
Total		12,6	2,7
Total Ondam		12,5	2,7

Note : À périmètre Ondam 2022, c'est-à-dire après intégration à l'Ondam du soutien national à l'investissement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (cf. partie I.1)

Une partie du numérique en santé ne fait pas partie de l'Ondam. Cette sous-partie hors Ondam décroît entre 2021 et 2022.

Source : Annexe 7

Au sein des mesures supplémentaires, 300 millions d'euros sont également destinés au renforcement de l'offre de soins sur des besoins prioritaires et 400 millions d'euros au soutien à la recherche et l'innovation.

Enfin, le Gouvernement souligne que parmi les 3,7 milliards d'euros de financements nouveaux, **plus d'un tiers est dédié au soutien au fonctionnement structurel** des établissements. Ces financements visent à prendre en charge la hausse spontanée de l'activité ou de l'inflation.

Par ailleurs, il convient de souligner que l'année 2022 étant la dernière année d'application de l'actuel protocole de pluriannualité des financements signé entre l'État et les fédérations hospitalières, **aucun engagement sur les évolutions tendanciennes postérieures à 2022 n'a été conclu.**

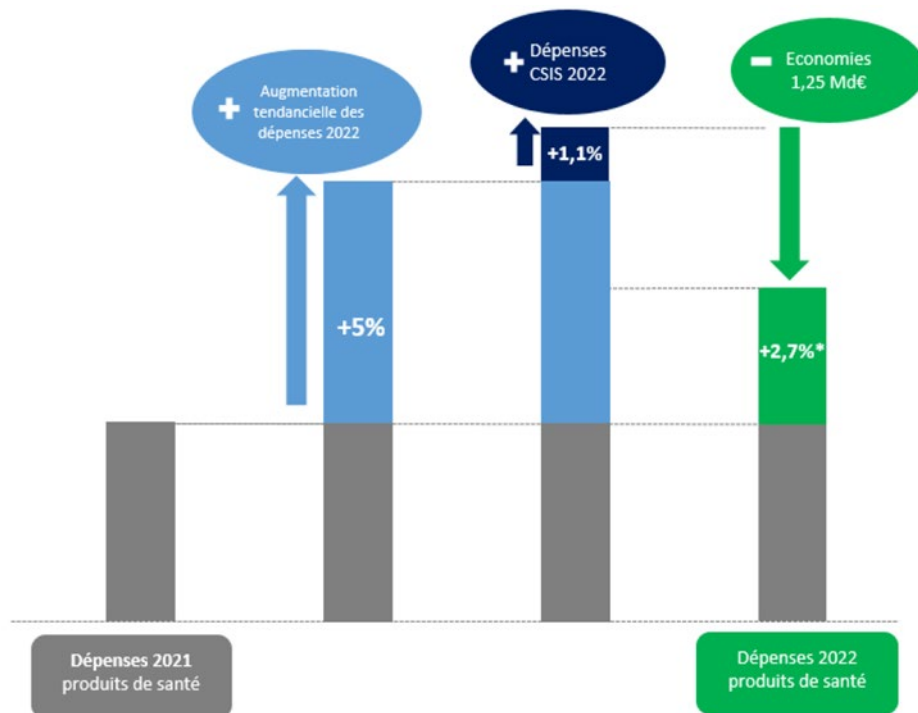
3. L'impact de la concrétisation de mesures du CSIS

Le Président de la République a présenté à l'issue du conseil stratégique des industries de santé (CSIS) 2021 un **plan « Innovation santé 2030 »**, **revendiquant un réinvestissement de 7 milliards d'euros**. Plusieurs des mesures sont reprises au sein du présent PLFSS, notamment le dispositif d'accès direct inscrit à l'article 36.

- Au sein de l'Ondam, plusieurs mesures prévues par le CSIS 2021 engendrent des dépenses supplémentaires, estimées à **410 millions d'euros en 2022.**

Aussi, la construction de l'Ondam 2022 intègre ainsi les efforts financiers consentis par le Gouvernement mais aussi les économies attendues, par baisses de prix d'une part et par le déclenchement de la clause de sauvegarde d'autre part.

Construction de la prévision des dépenses relatives aux produits de santé



*2,4% en moyenne annuelle sur la période 2022-2024

Source : Annexe 7

À ce titre, si la **clause de sauvegarde** constitue un mécanisme de régulation des dépenses de produits de santé visant à contenir la progression des dépenses prises en charge par l'assurance maladie, elle n'en demeure pas moins une taxe, et donc une recette. **La rapporteure regrette, comme la commission le rappelle de manière constante, que des recettes soient intégrées en atténuation de dépenses au sein de l'Ondam, niant les principes budgétaires élémentaires et affaiblissant fortement la construction de la norme de dépenses qu'est l'Ondam.**

4. Une provision au titre des dépenses covid de l'ordre de 5 milliards d'euros en 2022

Comme l'a indiqué la direction générale de la santé à la rapporteure, les deux grandes hypothèses retenues dans la construction du PLFSS 2022 au regard de l'épidémie de covid-19 sont les suivantes :

- une campagne de rappel pour l'ensemble de la population ;
- une campagne de vaccination pour les enfants de 3 ans à 12 ans.

• En 2022, au regard de la situation sanitaire actuelle et des informations disponibles, **une provision de 4,9 milliards d'euros a été intégrée à l'Ondam.**

Cette provision intègre la prise en charge par l'assurance maladie de **la campagne de vaccination et des achats de vaccins pour 3,3 milliards d'euros.** Ces crédits permettent notamment :

- de couvrir l'achat de vaccins en vue des campagnes de rappel à venir ainsi que de diversifier le portefeuille vaccinal estimé à 2,25 milliards d'euros avec les données à date ;

- de couvrir les coûts de la campagne vaccinale Covid 2022 à hauteur de 0,7 milliard d'euros ;

- de verser une provision à Santé publique France à hauteur de 0,35 milliard d'euros (acquisition de matériels d'injection, renouvellement et constitution de stocks, système d'information, réserve sanitaire notamment).

Cette provision comprend en outre le coût des **tests-PCR et antigéniques remboursés sur prescription aux personnes malades et cas contacts pour un montant d'1,6 milliard d'euros.**

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

A. Un Ondam 2022 très haut mais non sans interrogations

1. Un niveau très élevé de dépenses

• Concernant l'Ondam 2022, la rapporteure souligne le très haut niveau de dépenses et la **dynamique élevée de l'Ondam « hors covid » à un taux de 3,8 %**, nettement supérieur à la trajectoire de la loi de programmation des finances publiques.

Sur le contenu des dépenses, la rapporteure **constate les efforts financiers importants, notamment dans le secteur des produits de santé à la suite des engagements du CSIS 2021**, avec la préoccupation d'un soutien à l'industrie du médicament et des dispositifs médicaux. La rapporteure partage les priorités retenues d'un fort soutien à l'innovation et d'une consolidation de la souveraineté sanitaire de notre pays.

Cependant, la rapporteure **s'interroge sur les enjeux propres aux établissements de santé au sein de l'Ondam 2022.** Ainsi, alors que le Gouvernement revendique un Ondam 2022 sans effort pour l'hôpital, la rapporteure constate que **nombre de défis persistent dans la transformation du système de santé.**

Parmi eux, plusieurs urgences semblent à prendre en compte. Ainsi, **les capacités effectives en lits d'hôpital** et les « fermetures de fait » faute de personnels, les **revendications des sages-femmes** comme le mal-être particulier des internes ou encore la problématique de **l'intérim médical** et la situation des urgences sont autant de sujets qui ne manqueront pas d'être relayés durant l'examen du PLFSS 2022 et qui, chacun, nécessitent des moyens adéquats.

En outre, la rapporteure a été interpellée par les fédérations hospitalières sur la **nécessité d'une juste compensation des revalorisations issues du Ségur de la santé**.

Enfin, les **investissements annoncés à l'issue du Ségur de la santé**, à la lisibilité très contestable car répartis sur différents outils d'un pilotage et d'une traçabilité inégaux - FMIS, dotations issues de la Cades... - **trouveraient à être intégralement retracés au sein de l'Ondam afin de mieux apprécier l'effort au service de la modernisation du système de santé et le rattrapage des retards constatés**.

2. Une provision au titre des dépenses covid à anticiper avec précaution

- La rapporteure émet **des réserves quant à la provision inscrite au titre des dépenses liées à la crise sanitaire**.

Aussi, comme le souligne le Haut Conseil des finances publiques dans son avis sur le projet de loi de finances et le projet de loi de financement de la sécurité sociale, « *la prévision de dépenses de 5,0 milliards d'euros pour faire face à la crise sanitaire (achats de vaccins, campagne vaccinale, tests) pourrait se révéler sous-estimée en cas de résurgence de l'épidémie ou de nouvelles campagnes de vaccination, que l'apparition de nouveaux variants ou une perte d'efficacité des vaccins au cours du temps pourraient nécessiter* ». Le HCFP souligne lui aussi à cet égard que les dépenses de tests et de la campagne vaccinale ont dû être réévaluées à plusieurs reprises en 2022.

À ce titre, la rapporteure souligne qu'en cas de besoins conduisant à des dépenses excédant cette provision, la commission estime nécessaire que **le Gouvernement en rende compte devant le Parlement et, en toute hypothèse, présente un projet de loi de financement rectificatif**.

B. Une perspective pluriannuelle à la dynamique non contrôlée

- La rapporteure constate la trajectoire haute maintenue dans les perspectives pluriannuelles, qui appelle plusieurs réserves.

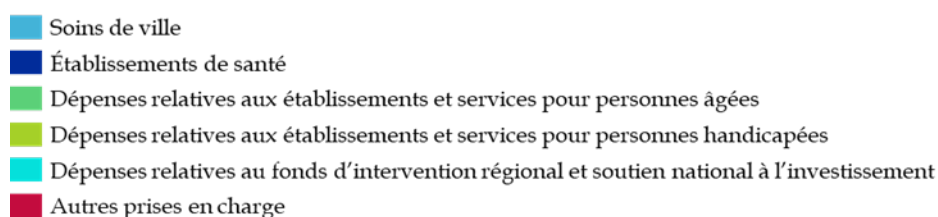
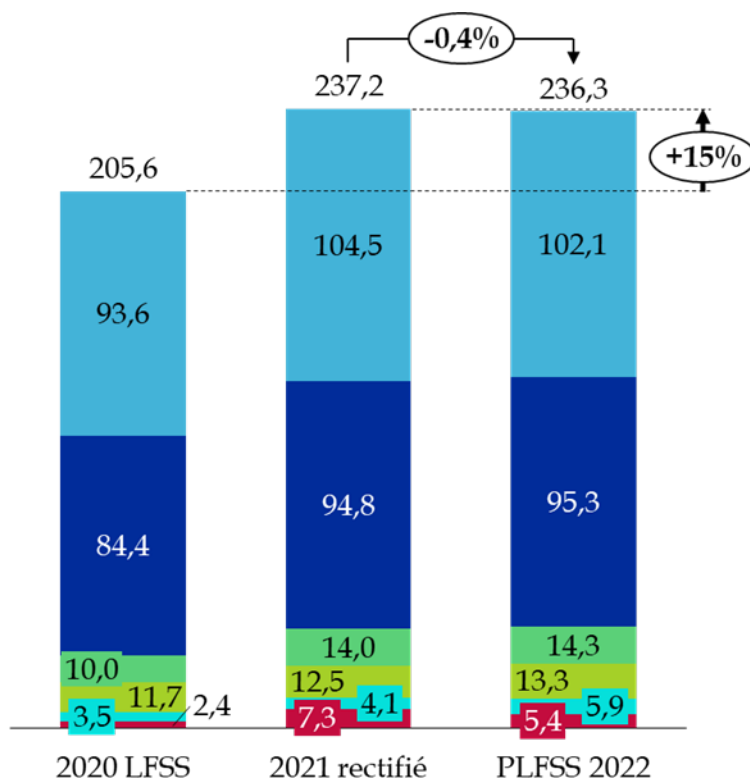
Évolution projetée de l'Ondam

(en %)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ondam	2,6	9,4	7,4	-0,6	2,4	2,3	2,3
Ondam hors covid	2,6	3,3	6,6	3,8	2,4	2,3	2,3

Source : Annexe B

Progression de l'Ondam depuis 2020



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

La rapporteure souligne ainsi qu'au-delà des dépenses exceptionnelles de crise, le « saut » majeur constaté du montant de l'Ondam entre 2022 et 2019 relève surtout du Ségur de la santé et des revalorisations des personnels. Pour justifiées qu'elles soient en matière de reconnaissance à l'égard des soignants et nécessaires au regard du soutien à l'attractivité des métiers, force est cependant de constater que ces revalorisations ne sont pas financées.

Enfin, la rapporteure souligne qu'au-delà de l'Ondam, il convient de s'attacher à regarder le solde financier de l'assurance maladie qui, comme décrit à l'article 55, est hautement préoccupant à horizon 2025. Aussi, au-delà de la norme de dépenses, il convient de s'interroger sur la soutenabilité du financement de notre système de soins.

Ainsi, alors que les mesures de régulation sont limitées, la rapporteure s'interroge sur la crédibilité de l'Ondam et, surtout, sur les efforts que le futur gouvernement n'aura d'autres choix que d'inscrire en 2022 pour les années à venir.

• La rapporteure partage en outre le souci relayé par l'ensemble des acteurs du secteur de l'assurance maladie d'une **plus grande pluriannualité** de l'Ondam et d'une **meilleure prévisibilité des dépenses**.

Elle estime à ce sujet qu'il s'agit tant d'un enjeu pour les établissements de santé ou les industriels du médicament et du dispositif médical que, pour le législateur, d'une **amélioration de ses outils d'anticipation et de suivi des dépenses**.

À ce titre, la loi de programmation des finances publiques comme le cadre organique relatif aux lois de financement doivent permettre, comme la commission le propose et l'appelle de ses vœux, **un renforcement de l'Ondam comme outil de pilotage de l'assurance maladie**.

Sous ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 56 bis (nouveau)
Comité d'alerte de l'Ondam

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à suspendre, dans le cas d'un risque de dépassement de l'Ondam en raison de dépenses liées à l'épidémie de covid, la formulation par l'assurance maladie de mesures de redressement que le comité d'alerte doit évaluer.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté visant à renforcer l'information infra-annuelle du Parlement sur les dépenses relevant de l'Ondam.

I - Le dispositif proposé

A. Un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie visant à assurer le respect de l'Ondam

L'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale prévoit l'existence d'un **Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie** dont la mission est d'alerter le Gouvernement, le Parlement mais aussi les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam), lorsqu'il constate que l'évolution des dépenses d'assurance maladie est incompatible avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) voté.

Ce comité rend différents avis en cours d'exercice :

- au plus tard le 15 avril, sur l'analyse des anticipations de réalisation pour l'exercice passé ;

- **au plus tard le 1^{er} juin et en tant que de besoin, sur l'exercice en cours ;**

- au plus tard le 15 octobre, sur l'élaboration de l'Ondam envisagé pour l'année à venir et, également, sur l'année en cours.

B. Une suspension proposée de certaines dispositions relatives au comité d'alerte de l'Ondam

Le **cinquième alinéa** de l'article L. 114-4-1 précité prévoit une procédure spécifique lorsque le comité estime qu'il existe « *un risque sérieux* » **que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'Ondam de 0,5 %.**

Dans ce cas, le comité notifie le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales et l'Unocam.

Les **trois dernières phrases du cinquième alinéa** prévoient alors que **les caisses nationales d'assurance maladie proposent des mesures de redressement sur l'impact financier, sur lesquelles le comité doit se prononcer.** Le comité rend également un avis sur l'impact des mesures que l'État entend éventuellement prendre. Des mesures de redressement doivent également être formulées par l'Unocam.

Aussi, le présent article 56 *bis*, adopté à l'initiative du Gouvernement, prévoit qu'**il n'est pas fait application de ces trois dernières phrases en 2022 dans le cas où le dépassement de l'Ondam voté serait imputable aux dépenses liées à la crise sanitaire.**

La loi de financement pour 2021 prévoyait déjà¹, à l'initiative du Gouvernement, la même suspension d'application pour l'année en cours, sans limiter cette suspension au cas d'un dépassement résultant de la crise covid.

II - La position de la commission

Lors de l'examen du PLFSS pour 2021, la commission avait constaté la justification d'une telle suspension mais **avait regretté que la suspension de la procédure de redressement n'ait pas été circonscrite aux dépenses liées à l'épidémie de covid-19** et avait en conséquence modifié le dispositif. La rapporteure constate que, si cette modification n'avait pas été retenue l'an dernier par l'Assemblée nationale, elle a **bien été prise en compte dans la rédaction proposée** par le Gouvernement dans le présent texte.

Aussi, il apparaît à votre rapporteure que la question n'est pas tant celle de la procédure de redressement que celle d'une **information du Parlement en temps réel sur l'exécution de l'Ondam et l'écart de la réalisation à la trajectoire votée.** En cela, la remise des avis du comité à partir de juin et des rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale en juin et septembre n'apparaissent pas suffisants.

¹ Article 98 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

En conséquence, la commission a adopté l'**amendement n° 233 de la rapporteure visant à prévoir la transmission trimestrielle aux commissions des affaires sociales d'un état prévisionnel des dépenses d'assurance maladie**, assorti des écarts à la trajectoire qui résulte de l'Ondam voté et, le cas échéant, d'une explicitation de ces écarts.

Enfin, concernant la question du dépassement de l'Ondam et des procédures à déclencher le cas échéant, la rapporteure souligne que **la commission des affaires sociales n'a cessé depuis 2020 de demander dans de telles situations le dépôt d'un projet de loi rectificative** permettant au Parlement d'analyser les raisons du dépassement et de constater la nécessité des dépenses supplémentaires. Or, la rapporteure déplore que sur l'année 2021, l'Ondam a été dépassé une nouvelle fois de plus de **10 milliards d'euros sans que le Gouvernement ne présente de texte rectificatif** devant le Parlement.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 57

Dotation au FIVA, au Fcaata et transferts de la branche AT-MP à la branche maladie et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

Cet article fixe les montants, pour l'année 2022, des contributions de la branche AT-MP du régime général au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP ainsi que les dépenses au titre du dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente d'origine professionnelle et du compte professionnel de prévention.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - La fixation pour 2022 des transferts et dotations à la charge de la branche AT-MP

A. Les dotations aux fonds amiante

Les I et II de l'article 57 fixent les montants des dotations aux fonds destinés à l'indemnisation et à la prise en charge des victimes de l'amiante.

1. Une dotation visant à réduire le fonds de roulement du FIVA

Le I fixe la dotation de la branche AT-MP du régime général au **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) à 220 millions d'euros** pour 2022, soit un montant égal à celui consenti en LFSS pour 2021, alors que la dotation de l'État serait maintenue à 8 millions d'euros

(7,7 millions après mise en réserve)¹. À ces dotations s'ajoutent les recettes issues de l'activité du contentieux subrogatoire du FIVA².

Créé par la LFSS pour 2001³, le FIVA a pour mission d'assurer la réparation intégrale du préjudice supporté par les personnes ayant obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle causée par l'amiante ou qui ont été directement exposées à l'amiante.

Les charges du fonds ont diminué de 22 % en 2020, de 351 à 310 millions d'euros, sous l'effet d'une contraction des dépenses d'indemnisations qui sont passées de 302 à 234 millions entre 2019 et 2020. La crise sanitaire a en effet conduit à une forte contraction des demandes d'indemnisation, reparties à la hausse en 2021, et induisant une remontée des dépenses d'indemnisation prévues à 275 millions pour 2021, et à 310 millions en 2022⁴. Que les dépenses restent relativement stables, à la différence de celles du Fcaata, est dû au fait que certaines maladies liées à l'amiante peuvent se déclarer trente ou quarante ans après l'exposition, y compris sur des personnes retraitées.

La baisse de dotation de 260 à 220 millions d'euros entre 2019 et 2020 avait pour ambition de maintenir un fonds de roulement limité à près de 50 millions d'euros, correspondant à deux mois de dépenses d'indemnisation et considéré comme satisfaisant par ce fonds. Celui-ci est passé, compte tenu du résultat déficitaire du FIVA en 2021, de 143 à 116 millions entre 2020 et 2021. C'est la raison pour laquelle, malgré des dépenses d'indemnisations prévues à hauteur de 310 millions d'euros pour 2022 - accompagnées de charges supplémentaires prévisionnelles de 11 millions - la subvention versée par l'assurance maladie est encore fixée pour 2022 à 220 millions d'euros. Elle se compléterait d'une subvention de l'Etat de 8 millions d'euros, et des recettes tirées du contentieux subrogatoire à hauteur de 31,2 millions d'euros⁵.

Le résultat au titre de l'année 2022 serait déficitaire de 62 millions d'euros, ce qui amènerait le montant du fonds de roulement de 116 à 53 millions d'euros. La dotation prévue pour 2022 paraît donc suffisante, mais si les dépenses du FIVA devaient demeurer dans les années à venir à un niveau comparable à la prévision de 2022, il serait nécessaire de réévaluer à la hausse les dotations de la branche AT-MP.

¹ Cf. projet annuel de performance de la mission « Santé », annexé au projet de loi de finances pour 2022.

² Ces recettes, qui avaient atteint 36,6 millions d'euros en 2019, ont sensiblement baissé en 2020, pour s'élever à 23,7 millions. En 2021, leur montant devrait être de 29,8 millions et en 2022 de 31,2 millions.

³ Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 - Article 53.

⁴ Cf. rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale : Résultats 2020, prévisions 2021 et 2022 (septembre 2021).

⁵ Idem.

Les demandes d'indemnisation adressées au FIVA ont fortement diminué en 2020 (-26,9 % pour les nouvelles victimes et -13,9 %). 14 929 ont été notifiées, soit une baisse de 12,8 % par rapport à 2019. Ainsi, la dépense d'indemnisation a fléchi pour s'établir à 233,9 millions d'euros (-22 %). Celle-ci devrait augmenter pour 2021 de près de 20 % pour atteindre 275 millions d'euros au 31 décembre 2021. Le niveau d'activité mesuré au 30 septembre 2021 était en effet en forte hausse, avec 14 023 demandes d'indemnisation, contre 10 750 en 2020 sur la même période¹.

2. La dotation d'équilibre versée au Fcaata

Le **II** fixe la dotation de la branche AT-MP du régime général au **Fonds de cessation anticipée des victimes de l'amiante (Fcaata)** à **327 millions d'euros** pour 2022, après 468 millions d'euros en LFSS pour 2021.

Créé par la LFSS pour 1999², le Fcaata verse l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata) qui permet à certains salariés exposés à l'amiante de bénéficier d'une retraite anticipée.

La dotation est calibrée afin de dégager un déficit de 49 millions d'euros et ainsi d'**aboutir à un équilibre du résultat cumulé du fonds**, après le résultat excédentaire de 53 millions d'euros³ qui serait enregistré en 2021.

Les charges du Fcaata continueraient en effet à baisser en 2022 pour s'établir à 377 millions d'euros, en diminution par rapport à la prévision d'exécution pour 2021 de 415 millions⁴ (contre 464 millions d'euros versés en 2020 et 517 millions en 2019).

Ainsi, **la décrue du poids des fonds amiante dans les charges de la branche AT-MP se poursuit**, en cohérence avec la baisse tendancielle du nombre des travailleurs y ayant été exposés au cours de leur carrière.

B. Le transfert à la branche maladie du régime général pour sous-déclaration des AT-MP

L'assurance maladie supporte des dépenses liées à des accidents ou à des affections dont l'origine est professionnelle mais qui n'ont pas été déclarés comme tels. En compensation des sommes indûment mises à sa charge du fait de cette sous-déclaration, la branche maladie du régime général bénéficie chaque année depuis 1997, conformément à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, d'un versement de la branche AT-MP.

¹ Réponse du FIVA au questionnaire envoyé par la commission des affaires sociales.

² Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 – Article 41.

³ Et un résultat cumulé, donc, de 49 millions d'euros.

⁴ Rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale : Résultats 2020, prévision 2021 et 2022 (septembre 2021), données de la Direction de la Sécurité sociale.

En application de l'article L. 176-2 du même code, **une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes est chargée d'évaluer, tous les trois ans, le coût réel de la sous-déclaration des AT-MP** dans un rapport remis au Parlement et au Gouvernement. La commission AT-MP de la CNAM rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement et au Gouvernement avant le 1^{er} juillet de l'année considérée. Le dernier rapport de la commission d'évaluation, rendu en juin 2021, situait ainsi le coût de cette sous-déclaration dans une fourchette comprise entre 1 230 et 2 110 millions d'euros¹ - là où elle avait été évaluée dans un intervalle compris entre 815 et 1 530 millions d'euros. Cette augmentation s'expliquerait essentiellement par la disponibilité d'études épidémiologiques plus nombreuses et plus récentes, donc de meilleure qualité, que précédemment.

La sous-déclaration des pathologies psychiques

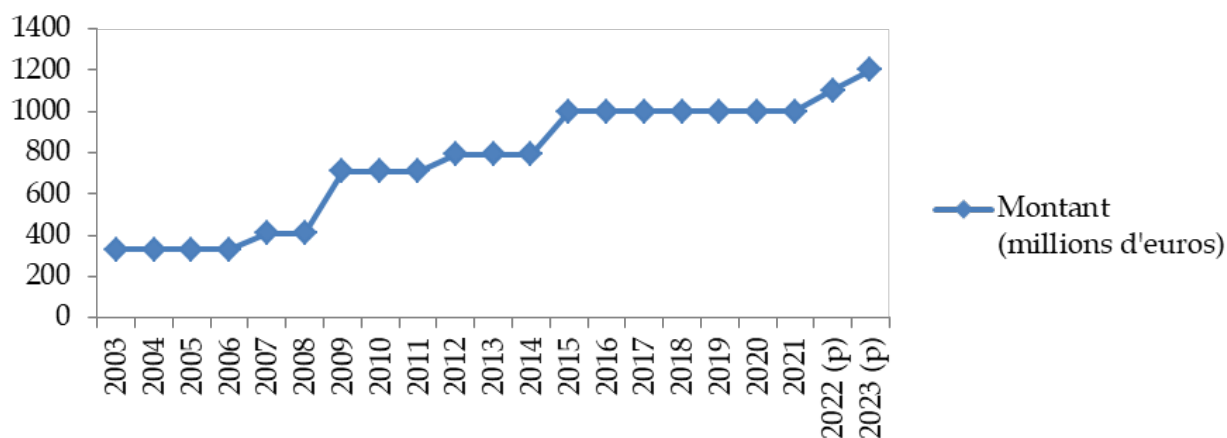
Si le nombre d'affections psychiques reconnues par les CPAM en AT-MP est connu, celui des pathologies qui auraient dû être déclarées et qui auraient pu, dans ce cas, être reconnues, est plus délicat à établir. La commission prévue à l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale avait donc fait le choix, en 2017, de ne pas intégrer les maladies psychiques dans le champ de la sous-déclaration. Celle qui s'est réunie en 2021 a toutefois estimé qu'une première estimation du coût de la sous-déclaration de ces pathologies, connaissant une forte augmentation, était envisageable, compte tenu des études épidémiologiques les plus récentes. En adjoignant aux 50 000 **troubles dépressifs sévères et syndromes de stress post-traumatique** qui auraient dû être reconnus en AT-MP le « *burn out* », qui, dans la majorité des cas, constitue une pathologie grave susceptible de dépasser le seuil minimal de 25 % d'incapacité permanente requis au titre de la procédure de reconnaissance hors tableaux de maladies professionnelles, la commission estime que le nombre de cas de pathologies psychiques non déclarés en 2019 s'élève à 77 900. Elle en déduit que **le coût potentiel de la sous-déclaration des pathologies psychiques serait compris entre 73 et 287 M€ en 2020**. Les fragilités méthodologies d'une telle évaluation, liées au caractère plurifactoriel de ces pathologies, ont toutefois conduit la commission à ne pas intégrer ce montant dans l'évaluation du coût global de la sous-déclaration des AT-MP.

En conséquence, le **montant du versement à l'assurance maladie** correspondant à cette sous-déclaration **augmente de 100 millions d'euros** cette année, après sept années à un milliard d'euros, **pour atteindre 1,1 milliard d'euros**.

L'horizon que s'est fixé le Gouvernement est d'atteindre un transfert d'1,2 milliard d'euros en 2023, soit la fourchette basse de l'estimation.

¹ Estimation du coût réel pour la branche maladie, de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. Rapport au Parlement et au Gouvernement par la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, 30 juin 2021.

Montant des versements de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

C. Les dépenses engendrées par la prise en compte de la pénibilité

Depuis le 1^{er} juillet 2011, les assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % reconnu au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail « ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle » peuvent bénéficier d'un départ en retraite anticipée à 60 ans en application de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites¹. L'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale prévoit que la branche AT-MP finance chaque année les dépenses supplémentaires générées par ce dispositif.

La même contribution intègre en outre le financement des dépenses supplémentaires engendrées par le compte professionnel de prévention (C2P)².

Pour 2022, le **IV** de l'article 57 prévoit un versement au titre de ces deux dispositifs à la branche vieillesse du régime général de **123,6 millions d'euros**, après 176 millions d'euros en 2021 (- 29,8 %).

¹ Art. L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale.

² Art. L. 4163-1 du code du travail.

Selon les informations communiquées par la DSS, les dépenses supplémentaires engendrées pour la branche AT-MP par ces dispositifs se décomposent comme suit :

- **93,6 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente**, en augmentation de 44 % par rapport à 2021 (65 millions d'euros) – augmentation qui s'expliquerait par une meilleure information délivrée aux assurés quant à l'existence de ce dispositif¹ ;

- **30 millions d'euros au titre du C2P**, en baisse de 73 % par rapport à 2021 (111 millions d'euros) – baisse qui s'expliquerait par une montée en charge du dispositif plus lente que prévue.

Le même **IV** prévoit un montant total des dépenses au titre des deux dispositifs pour la branche AT-MP du régime des salariés agricoles à 8,7 millions d'euros pour 2022, contre 10,6 millions d'euros en 2021.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission : minorer le montant du versement à la branche maladie

La commission des affaires sociales s'interroge sur la pertinence de l'augmentation de 100 millions d'euros de la contribution de la branche AT-MP à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP, après des versements annuels d'un montant d'un milliard consentis les sept années précédentes. Alors que ces deux branches déploient depuis plusieurs années de nombreux efforts dans l'amélioration du repérage de l'origine professionnelle de certaines pathologies, l'augmentation de ce transfert laisse entendre que les progrès réalisés sur cette question ont été minimes, alors même qu'ils sont bien réels².

Dans ces conditions, le maintien de cette dotation à un niveau aussi élevé s'apparente de plus en plus à un détournement des excédents cumulés de la branche AT-MP au profit du rééquilibrage de la branche maladie. Il convient de rappeler que le montant de ce versement n'a jamais diminué depuis sa création en 1997, malgré une sinistralité en baisse tendancielle.

¹ Depuis juillet 2021, une information sur ce dispositif figure dans le courrier de notification d'attribution initiale ou de révision des rentes AT-MP.

² L'accès à la formation aux risques professionnels a été facilité par la création du dispositif de certification périodique en juillet 2021, en réaction au recul des inscriptions aux demandes de formation continue en matière de risque professionnel de la part des médecins prescripteurs, et l'information auprès des professionnels de santé et des assurés a été renforcée sur le site Ameli.

À l'initiative du rapporteur, la commission des affaires sociales a donc adopté un **amendement tendant à réduire le versement pour 2021 à l'assurance maladie** à son montant précédent d'un milliard. Pendant toute la durée où le versement atteignait ce montant, la fourchette basse de l'estimation fournie par la commission d'évaluation - celle-là même que le Gouvernement se propose d'atteindre en 2023 - était fixée ou bien à 695 millions (de 2015 à 2017) ou bien à 815 millions (de 2018 à 2021). Si l'on s'était alors conformé au critère de la fourchette basse que semble avoir adopté le Gouvernement, il s'en serait suivi un gain **moyen de 236 millions par an**. Or le coût de la sous-déclaration a précisément été évalué en 2021 à un montant compris entre 1 230 et 2 112 millions d'euros. Il est donc proposé de rattraper ce manque à gagner moyen, en faisant passer le transfert de 1 100 millions à 996 millions d'euros, arrondis à 1 milliard d'euros (**amendement n° 234**).

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 58

Objectif de dépenses de la branche AT-MP

Cet article fixe les objectifs de dépenses pour 2022 de la branche AT-MP de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du régime général en particulier.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Le regain financier de la branche en 2021

Après sept années d'excédents, la branche AT-MP du régime général s'est trouvée, pour la première fois depuis 2012, déficitaire en 2020, avec un solde de - 0,2 milliard d'euros. Elle connaîtrait en 2021 un excédent de **0,6 milliard d'euros**, soit une prévision sensiblement meilleure que celle retenue en LFSS pour 2021.

**Évolution des prévisions des dépenses
et des recettes de la branche AT-MP pour 2021**

(en milliards d'euros)

<i>Régime général</i>			
	Dépenses	Recettes	Solde
LFSS 2020	12,3	13,7	1,4
LFSS 2021	12,7	12,8	0,2
PLFSS 2022	12,5	13,1	0,6
<i>Régimes obligatoires de base</i>			
LFSS 2020	13,9	15,3	1,4
LFSS 2021	14,1	14,4	0,3
PLFSS 2022	13,9	14,6	0,7

Source : LFSS pour 2020 et 2021 (Annexe B), PLFSS pour 2022

En effet, en 2021, les produits de la branche devraient s'élever à 13,1 milliards d'euros¹. Cette augmentation de 8,8 % par rapport à 2020 est due à la reprise économique, qui tire la masse salariale (+ 6,2 %) sur laquelle sont assises les cotisations sociales – qui augmentent de 7,3 % – et qui corrige le recul, en 2020, des cotisations liées à l'activité des secteurs à forte sinistralité comme le BTP.

Les dépenses devraient atteindre 12,5 milliards d'euros². Cette faible hausse, de 2,1 % par rapport à 2020, serait principalement due à l'augmentation des accidents d'origine professionnelle, entraînée mécaniquement par la reprise d'activité. Parmi les dépenses les plus dynamiques figurent les indemnités journalières (+ 7 %), étroitement corrélées à l'activité. La montée des dépenses de prévention doit être notée, en particulier à destination du fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FNPAT) dont les dépenses nettes ont représenté 376 millions en 2020, et augmenteraient à hauteur de 484 millions en 2021³.

Le solde de la branche devrait confirmer sa hausse en 2022 pour atteindre 1,3 milliard d'euros (1,4 milliard tous régimes confondus).

¹ 14,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

² 13,9 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

³ Réponse de la Direction de la sécurité sociale au questionnaire de la commission.

Soldes des branches AT-MP des régimes obligatoires de base de 2012 à 2021

(en millions d'euros)

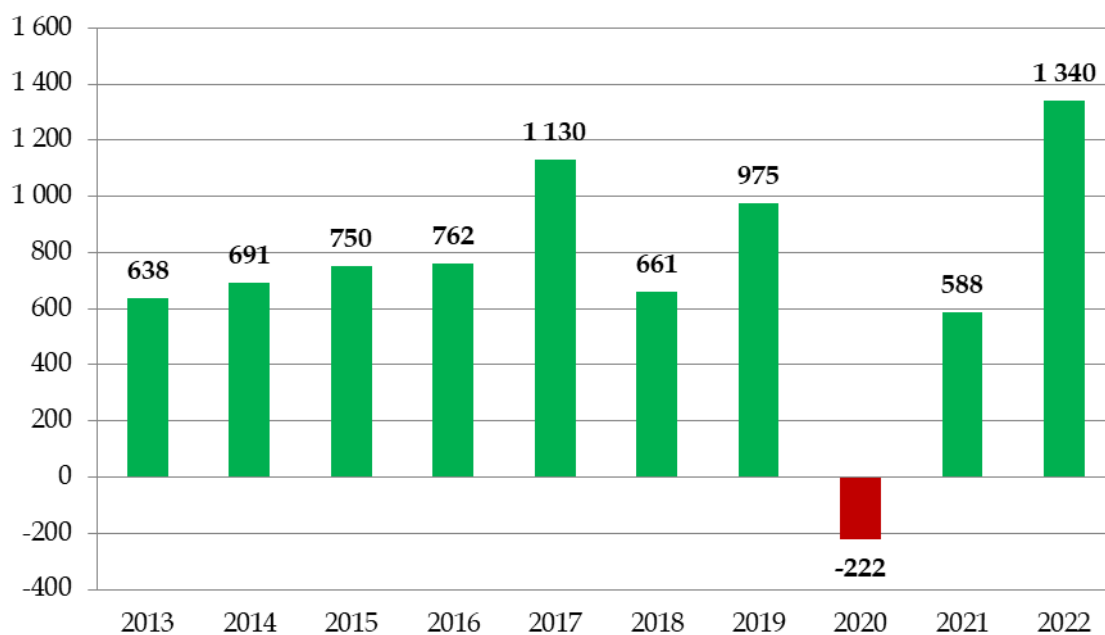
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 (p)
Solde tous régime	- 581	685	711	753	806	1 202	723	1 056	- 148	676
Solde RG	- 174	638	691	750	762	1 130	661	975	- 222	587
Solde autres régimes de base	- 407	47	20	4	44	72	62	81	74	89
<i>Dont régimes agricoles</i>	- 33	22	0	- 22	16	44	40	61	55	63
<i>Dont fonds dédiés (FATIACL, FCAT*, FCATA*)</i>	- 313	25	20	25	27	26	22	19	19	26
<i>Dont autres régimes spéciaux</i>	- 1	- 1	0	0	2	1	0	0	1	0

Source : DSS et PLFSS pour 2022

* Pour mémoire, la LFSS pour 2018 a supprimé le FCAT et le FCATA, dorénavant combinés dans les comptes des branches AT respectivement du régime général et du régime agricole.

Soldes nets de la branche AT-MP du régime général depuis 2013

(en millions d'euros)

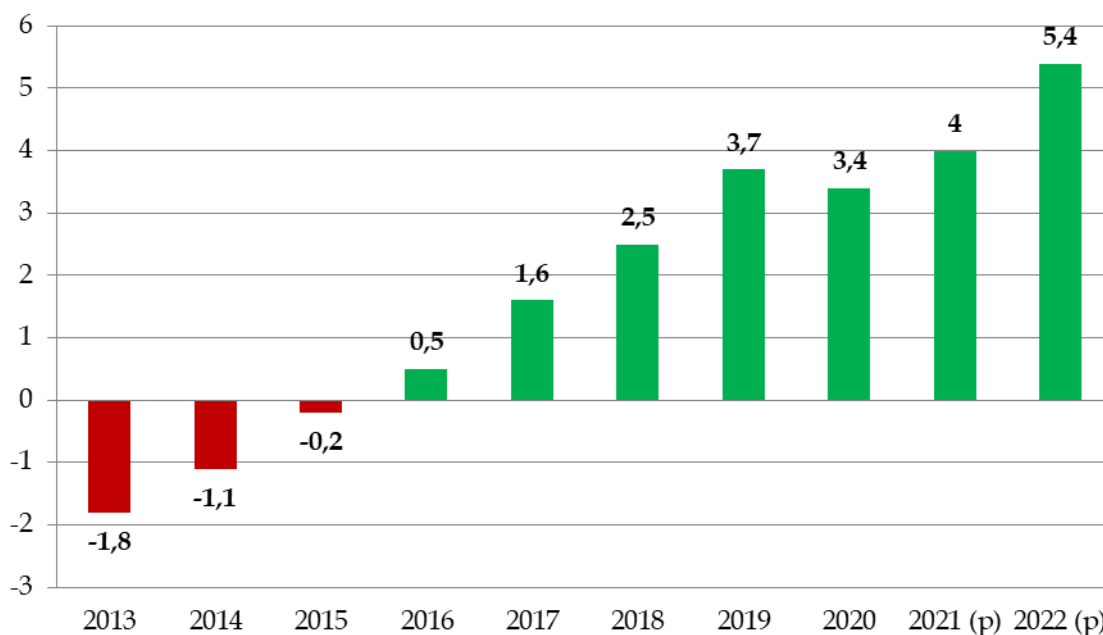


Source : Réponses du ministère des solidarités et de la santé au questionnaire de la commission des affaires sociales du Sénat

L'année 2020 ayant été déficitaire, l'excédent cumulé de la branche a reculé lors de cet exercice, atteignant 3,4 milliards d'euros. Il devrait s'élever à 4 milliards fin 2021 avant de culminer, compte tenu de l'excédent prévisionnel de cet exercice, à 5,4 milliards en 2022.

Excédents cumulés de la branche AT-MP

(en milliards d'euros)



Source : Direction de la sécurité sociale

B. Une baisse des recettes plus forte que celle des dépenses en 2020 sous l'effet de la crise sanitaire et des confinements successifs

Les **produits** de la branche AT-MP du régime général ont atteint **12,1 milliards d'euros¹ en 2020**, en baisse de 8,8 % par rapport à 2019. Versées par les employeurs, qui bénéficient d'un régime de responsabilité sans faute², et assises sur les rémunérations des salariés du secteur privé, les cotisations sociales, en baisse de 7,4 % par rapport à 2019, ont pâti de la contraction de la masse salariale du secteur privé (- 5,7 %) et de la baisse du taux moyen de cotisation en raison de la faible activité des secteurs à forte sinistralité (BTP notamment).

¹ 13,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

² Loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail.

En revanche, les **charges** de la branche AT-MP du régime général sont demeurées stables, à **12,3 milliards d'euros** pour 2020 (+ 0,3 % par rapport à 2019)¹. Si parmi les prestations sociales relevant du champ de l'Ondam, la hausse des indemnités journalières est restée soutenue (+ 3,7 %)², de même que celle des prestations exécutées en établissement (+ 9,5 %) en raison des revalorisations salariales du Ségur de la Santé, les prestations en nature ont connu une forte baisse (- 9,2 %) due à la raréfaction des accidents du travail³. Parmi les prestations ne relevant pas du champ de l'Ondam, la mise en place d'une subvention « prévention Covid » de 50 millions d'euros, à destination des entreprises de moins de 50 salariés et versée entre mai et décembre 2020 et dont ont bénéficié 33 000 entreprises et 4 000 travailleurs indépendants⁴, doit être mentionnée.

Ces chiffres ne doivent toutefois pas faire oublier la variété des accidents et maladies reconnus en 2020 : bien que le nombre de maladies professionnelles ait diminué de 19 % entre 2019 et 2020, certaines, comme les maladies psychiques, étaient en forte hausse, suivant d'ailleurs en cela une dynamique ancienne et continue. De nouvelles maladies professionnelles, comme la covid-19, sont également apparues (tableaux n° 100 et 60 des maladies professionnelles du régime général et du régime agricole), permettant aux personnels et travailleurs concernés - qui sont à 80 % des soignants⁶ - de bénéficier d'une indemnisation selon les règles AT-MP du régime de sécurité sociale dont ils relèvent, couvrant à la fois les frais de santé, l'incapacité temporaire et, le cas échéant, l'incapacité permanente ou le décès (*via* l'indemnisation des ayants droit). De même, la diminution du nombre des accidents de trajet et du travail ne doit pas faire oublier la recrudescence de la sinistralité dans les centrales d'achat, les métiers de l'ambulance et de la vente à distance⁵.

L'année 2020 au prisme des affections psychiques

Sans qu'il puisse être formellement établi de lien avec la période d'état d'urgence sanitaire, un trait marquant de l'année 2020 est celui de l'augmentation des affectations psychiques examinées - et reconnues - par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

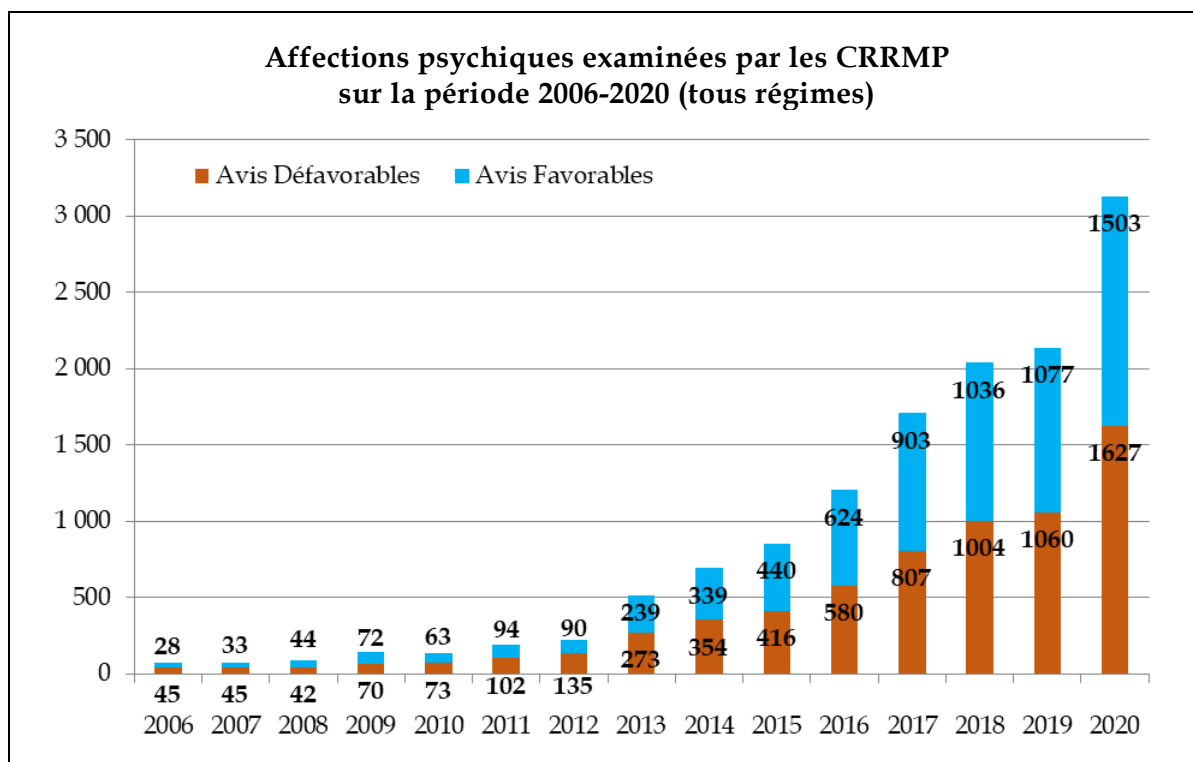
¹ En ce qui concerne l'ensemble des régimes obligatoires de base, elles atteignaient 13,6 milliards d'euros.

² Elle est particulièrement forte depuis le 1^{er} juillet 2018, date à laquelle les modalités de prise en charge des maladies professionnelles ont été avancées à la date du premier constat de la maladie (DPCM) par un médecin, plafonnées à 2 ans maximum (Compte rendu de l'audition de Mme Anne Thiébauld, 27 octobre 2021).

³ Diminution de 17,7 % des accidents du travail et de 19,7 % des accidents de trajet.

⁴ Compte rendu de l'audition de Mme Anne Thiébauld, 27 octobre 2021.

⁵ Compte rendu de l'audition de Mme Anne Thiébauld, 27 octobre 2021.



Enfin, les charges de gestion courante (900 millions d'euros) ont augmenté de 6,9 % en raison de l'intégration des personnels de l'ex-RSI au régime général, dont les charges afférentes sont désormais ventilées entre les branches AT-MP et maladie. Elles se sont alourdies des charges liées au non-recouvrement, représentant en 2020 un manque de 420 millions d'euros.

C. Les objectifs pour 2022

L'article 58 fixe les objectifs de dépenses de la branche AT-MP en 2022 à :

- **14,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base**, en hausse de 1,4 %¹ par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2021² et de 3,7 % par rapport aux dépenses constatées en 2020³ ;

- **12,7 milliards d'euros pour le seul régime général**, en progression de 1,6 % par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2021⁴ et de 3,3 % par rapport aux dépenses constatées en 2020⁵.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

¹ Si tant est que l'on puisse établir des évolutions aussi précises en pourcentage sur des chiffres aussi approximatifs.

² Fixé à 13,9 milliards d'euros à l'article 7 du PLFSS.

³ Établies à 13,6 milliards d'euros à l'article 1^{er} du PLFSS.

⁴ Fixé à 12,5 milliards d'euros à l'article 7 du PLFSS.

⁵ Fixé à 12,3 milliards d'euros à l'article 1^{er} du PLFSS.

III – La position de la commission : des mesures attendues pour mieux ajuster les recettes aux besoins de financement de la branche

Le calibrage des recettes de la branche AT-MP reste déconnecté à long terme de ses besoins de financement. Le taux d'adéquation des recettes aux dépenses pour la branche serait en hausse de **six points** en 2022, pour s'établir à 110 %. Il atteindrait 111 % en 2023, 114 % en 2024 et 116 % en 2025 en l'absence de mesure nouvelle. Il suffit de soustraire 100 % pour obtenir le rapport entre le solde et les recettes de la branche, indicateur privilégié cette année dans le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale annexé au PLFSS.

Évolution du rapport entre le solde et les recettes de la branche AT-MP

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)	Objectif
Recettes (en milliards d'euros)	12,3	12,6	12,6	12,9	12,7	13,2	12,1	13,1	14,0	14,5	15,0	15,6	Équilibre
Dépenses (en milliards d'euros)	11,7	11,9	11,8	11,7	12,0	12,2	12,3	12,5	12,7	13,0	13,0	13,2	
Solde (en milliards d'euros)	0,7	0,7	0,8	1,1	0,7	1,0	- 0,2	0,6	1,3	1,5	2,1	2,4	
Solde / Recettes	6 %	6 %	6 %	9 %	5 %	7 %	- 2 %	4 %	10 %	11 %	14 %	16 %	

Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale de la branche AT-MP annexé au PLFSS pour 2022

Si votre commission ne méconnaît pas les efforts de prévention déployés par la branche (programme TMSPros depuis 2014, formation des salariés par l'Institut national de recherche et de sécurité), leurs effets positifs l'invitent à envisager, dans le cadre de la prochaine convention d'objectifs et de gestion (2023-2027) et conformément à l'accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020 sur la santé au travail, **d'augmenter les dépenses de prévention**¹ – notamment à travers des aides et des incitations financières à destination des entreprises –, et de poursuivre dès que possible l'ajustement à la baisse des cotisations, en cohérence avec la tendance à la baisse de la sinistralité.

Votre commission insiste tout particulièrement sur ce point : il importe, pour rééquilibrer la situation de la branche, de diminuer les cotisations versées par les entreprises et, en gage, d'exiger d'elles qu'elles mènent des actions de prévention plus conséquentes, notamment grâce à l'excédent cumulé par la branche.

Sous ces réserves, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

¹ Par exemple d'un montant de 100 millions d'euros, équivalant à la baisse du transfert de la branche AT-MP à la branche maladie demandée par votre commission (article 57 du présent projet de loi).

Article additionnel après l'article 58

Mesures de redressement des comptes de la branche vieillesse

Cet article vise à prévoir le report à 64 ans de l'âge légal de départ en retraite et l'accélération de l'allongement à 172 trimestres de la durée d'assurance requise pour l'obtention du taux plein.

La commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

I - Le déficit de la branche vieillesse devrait atteindre 10 milliards d'euros d'ici 2025

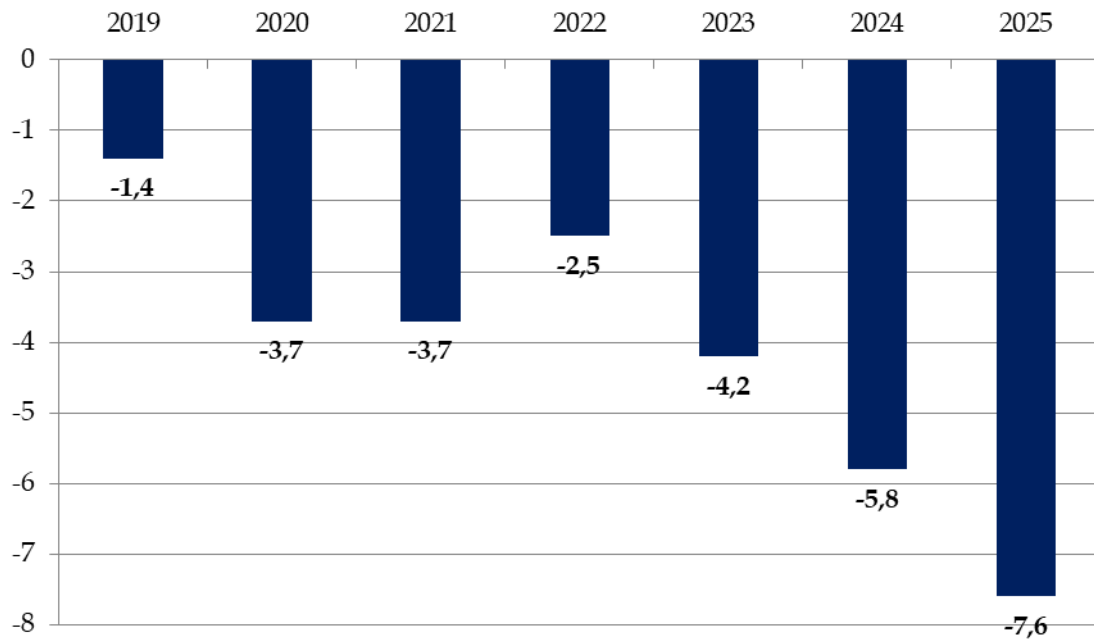
Malgré une amélioration conjoncturelle entre 2020 et 2022, liée à la progression du produit des cotisations recouvrées du fait de la reprise économique et du versement des cotisations reportées en 2020 et en 2021, les déficits de la branche vieillesse du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base devraient de nouveau **se dégrader à compter de 2023**.

En effet, à partir de cette date, **les dépenses croîtraient à un rythme plus soutenu que celui des recettes** en raison d'une inflation plus vigoureuse (1,5 % en 2023, 1,6 % en 2024 et 1,8 % en 2025) et du vieillissement démographique, tandis que la croissance du PIB ralentirait (1,6 % en 2023 et 1,4 % en 2024 et en 2025), de même que celle de la masse salariale du secteur privé (3,9 % en 2023 et 3,4 % en 2024 et en 2025), affaiblissant la dynamique d'accroissement du produit des cotisations.

Aussi le déficit de la branche vieillesse du régime général augmenterait-il de 2,5 à 7,6 milliards d'euros entre 2022 et 2025, celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base de 3,6 à 9,7 milliards et celui de la branche vieillesse (régimes obligatoires de base et Fonds de solidarité vieillesse) de 5,2 à 10 milliards.

Évolution du solde de la branche vieillesse du régime général de 2019 à 2025

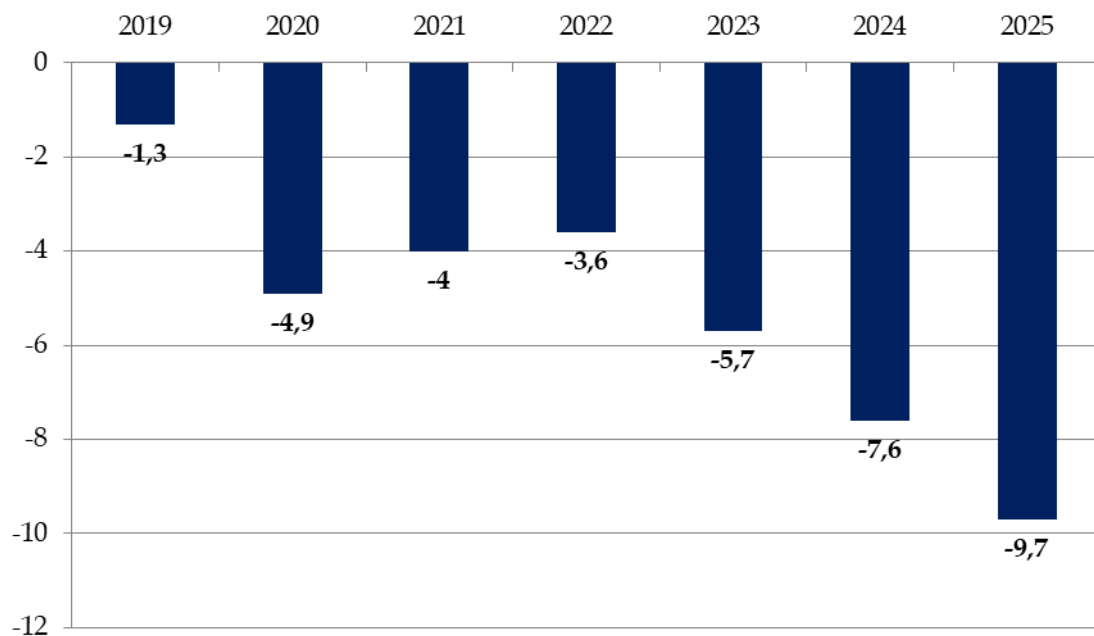
(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les LFSS pour 2021 et PLFSS pour 2022

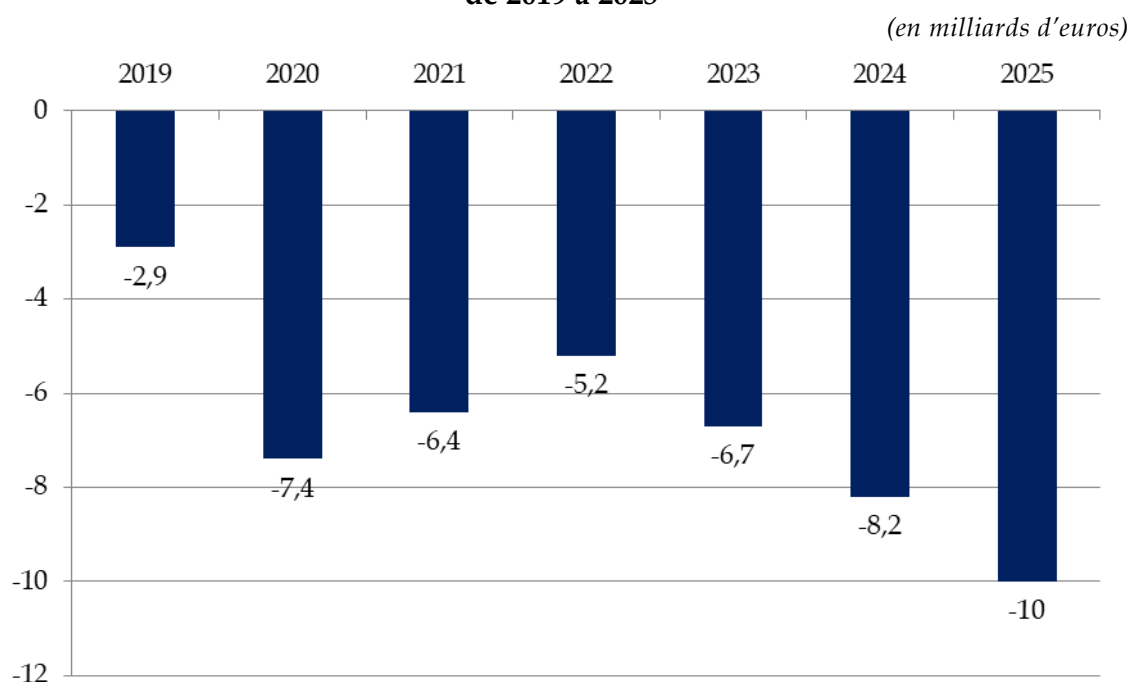
Évolution du solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base de 2019 à 2025

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les LFSS pour 2021 et PLFSS pour 2022

Évolution du solde de la branche vieillesse (régimes obligatoires de base et FSV) de 2019 à 2025



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les LFSS pour 2021 et PLFSS pour 2022

Cette tendance devrait se prolonger longtemps au-delà de 2025. Le déficit de la branche vieillesse du régime général devrait ainsi atteindre **74,2 milliards d'euros à l'horizon 2070**.

Évolution du solde de la CNAV et du FSV de 2030 à 2070

(en milliards d'euros)

	2030	2040	2050	2060	2070
CNAV	- 11,5	- 17,0	- 29,5	- 46,1	- 74,2
FSV	1,0	1,8	2,8	5,8	13,8
CNAV + FSV	- 10,5	- 15,2	- 26,7	- 40,3	- 60,4

Source : COR 2021 (scénario productivité + 1,3 % par an et taux de chômage de 7 %)

II - Seules des mesures paramétriques permettront à la branche vieillesse de tendre vers l'équilibre financier

Dans cette perspective, le Conseil d'orientation des retraites (COR) a calculé, en fonction de plusieurs hypothèses, l'âge de départ à la retraite permettant d'équilibrer structurellement le système de retraite chaque année jusqu'en 2070 *via* ce seul levier.

Tableau 2.16 – Ajustement de l'âge conjoncturel pour équilibrer structurellement le système de retraite chaque année jusqu'à 2070

Convention	Scénario	2020	2025	2030	2040	2050	2060	2070
EEC	Ref.	62,4 ans	62,9 ans	63,3 ans	63,9 ans	63,9 ans	64,1 ans	63,9 ans
	1,8%	0 an	+0,1 an	+0,1 an	-0,8 an	-1,8 an	-2,9 ans	-3,2 ans
	1,5%	0 an	+0,1 an	+0,2 an	-0,5 an	-1,1 an	-2,0 ans	-2,3 ans
	1,3%	0 an	+0,1 an	+0,2 an	-0,3 an	-0,7 an	-1,5 ans	-1,6 ans
	1,0%	0 an	+0,1 an	+0,2 an	+0,1 an	-0,1 an	-0,6 an	-0,7 an
TCC	Ref.	62,4 ans	62,9 ans	63,3 ans	63,9 ans	63,9 ans	64,1 ans	63,9 ans
	1,8%	0 an	+0,5 an	+0,7 an	+0,1 an	-0,8 an	-1,8 an	-2,1 ans
	1,5%	0 an	+0,5 an	+0,7 an	+0,4 an	-0,2 an	-0,9 an	-1,3 ans
	1,3%	0 an	+0,5 an	+0,7 an	+0,6 an	+0,2 an	-0,4 an	-0,7 an
	1,0%	0 an	+0,5 an	+0,8 an	+0,9 an	+0,8 an	+0,4 an	+0,2 an
EPR	Ref.	62,4 ans	62,9 ans	63,3 ans	63,9 ans	63,9 ans	64,1 ans	63,9 ans
	1,8%	0 an	+0,4 an	+0,5 an	0 an	-0,4 an	-1,0 an	-1,2 ans
	1,5%	0 an	+0,4 an	+0,5 an	+0,3 an	+0,2 an	-0,2 an	-0,4 ans
	1,3%	0 an	+0,4 an	+0,5 an	+0,5 an	+0,5 an	+0,3 an	+0,1 ans
	1,0%	0 an	+0,4 an	+0,5 an	+0,7 an	+1,0 an	+1,0 an	+0,9 ans

Lecture : dans le scénario 1,3 % et dans la convention TCC, pour assurer l'équilibre financier du système de retraite en 2070 sans remettre en cause l'évolution spontanée (à législation inchangée) du taux de prélèvement global et de la pension moyenne relative, il faudrait que l'âge moyen conjoncturel de départ à la retraite soit de 63,2 ans, soit 0,7 an de moins que sa valeur projetée en 2070 à législation inchangée.

Champ : ensemble des régimes de retraite français légalement obligatoires, y compris FSV, hors RAFF. Retraités ayant au moins un droit propre de retraite.

Source : projections COR – juin 2021.

Ainsi, par exemple, dans le scénario 1,3 % en convention TCC, pour équilibrer structurellement le système de retraite chaque année jusqu'en 2070 *via* le seul levier de l'âge de départ, **il serait nécessaire de porter cet âge à 64 ans en 2030** (soit 0,7 an de plus qu'à législation inchangée) et **il serait possible de le ramener à 63,2 ans en 2070** (soit 0,7 an de moins qu'à législation inchangée).

À défaut de diminuer le niveau des pensions ou d'augmenter celui des cotisations, le report de l'âge légal de départ en retraite, associé à un allongement de la durée d'assurance nécessaire pour l'obtention d'une pension au taux plein, constitue **la seule solution permettant d'assainir la situation financière de la branche vieillesse sans diminuer le niveau de vie des retraités et des actifs cotisants.**

Une telle mesure se justifie d'autant plus que l'âge moyen de départ en retraite est significativement moins élevé en France que dans d'autres grands pays européens. Comme le rappelait récemment la Cour des comptes¹, l'âge moyen de cessation d'activité (incluant les retraites anticipées) s'établissait à **61,9 ans en France en 2019, contre 64,3 ans en Allemagne, 64,4 ans au Royaume-Uni et 65,3 ans en Suède.**

¹ Cour des comptes, Continuer à adapter le système de retraite pour résorber les déficits et renforcer l'équité, *Les enjeux structurels pour la France*, octobre 2021.

Or, le présent projet de loi ne prévoit ni de mesure paramétrique, ni d'autre mesure de redressement des comptes de la branche vieillesse. Lors de son allocution du 12 juillet dernier, le Président de la République a en effet déclaré qu'une éventuelle réforme du système de retraite n'aurait pas lieu « *tant que l'épidémie ne sera pas sous contrôle et la reprise bien assurée* ». Toutefois, **la gravité de la situation de la branche vieillesse n'accorde au législateur aucun délai pour adopter les mesures nécessaires au redressement de sa trajectoire financière.**

Par conséquent, le présent article confie à **une conférence sur l'équilibre et le financement des retraites** réunissant des représentants des organisations syndicales de salariés et des employeurs, ainsi que des représentants de l'État, la charge de formuler des propositions en vue d'atteindre l'équilibre financier de l'ensemble des régimes de retraite de base en 2030 (I). Pour ce faire, ladite conférence pourrait proposer d'agir, **dans la limite du besoin de financement nécessaire au rétablissement de l'équilibre**, sur :

- l'âge d'ouverture des droits à retraite ;
- les conditions d'âge et de durée d'assurance requises pour l'obtention du taux plein ;
- les modalités de décote et de surcote ;
- l'affectation de recettes à l'assurance vieillesse ;
- et la mobilisation du Fonds de réserve pour les retraites (FRR).

Dans le cas où la conférence de financement ne parviendrait pas à formuler des propositions ou si celles-ci ne suffisaient pas à ramener les régimes de retraite de base à l'équilibre en 2030, des mesures paramétriques seraient applicables, à savoir :

- le **report de l'âge légal de départ en retraite¹ de 62 à 64 ans à l'horizon 2030**, avec une augmentation progressive de trois mois par génération pour aboutir à l'âge de 64 ans à compter de la génération 1966 (1° du II) ;

- **l'accélération de la mise en œuvre de la réforme dite « Touraine » de 2014²**, qui porte progressivement la durée de cotisation nécessaire pour l'obtention du taux plein³ à 172 trimestres, soit 43 annuités, d'ici 2035 pour la génération 1973. Aux termes du présent article, cette durée s'appliquerait dès la génération 1966, qui atteindra l'âge de 64 ans en 2030 (2° du II) ;

- le maintien de l'âge d'obtention automatique du taux plein⁴ à 67 ans (3° du II).

¹ Article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale.

² Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, article 2.

³ Article L. 161-17-3 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 351-8 du code de la sécurité sociale.

Dans un souci d'équité, **les régimes spéciaux¹ convergeraient vers ces paramètres avant le 1^{er} janvier 2030**, selon des modalités et un calendrier fixés par décret en Conseil d'État (III).

Ces mesures entreraient en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2023 afin de permettre à la conférence de financement de proposer, dans l'intervalle, des mesures de redressement et au législateur, le cas échéant, de les adopter en loi de finances pour 2023 en lieu et place des mesures mentionnées au présent article (IV).

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet par l'amendement n° 235.

Article 59

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse

Cet article tend à fixer les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2022.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : une progression des dépenses inférieure à celle des recettes

A. En 2021, le déficit de la branche vieillesse a reculé de 900 millions d'euros, malgré l'augmentation des dépenses

En 2021, les dépenses des régimes obligatoires de base s'élèveraient à 250,4 milliards d'euros, soit 4,3 milliards supplémentaires par rapport à 2020. Cette évolution serait due à l'augmentation des charges de pensions (+ 1,7 %), malgré une revalorisation des pensions limitée par la faiblesse de l'inflation (+ 0,4 % après + 0,8 % en 2020).

En leur sein, le régime général verrait ses dépenses augmenter de 139,6 à 143,7 milliards d'euros, en partie du fait du rebond du transfert de compensation démographique (+ 24,8 %) causé par la forte augmentation de la masse salariale du secteur privé, après la contraction engendrée par la baisse des cotisations perçues par le régime au regard des autres régimes de retraite en 2020 (- 16,2 %).

En parallèle, les recettes des régimes obligatoires de base augmenteraient de 5,2 milliards d'euros, pour atteindre 246,4 milliards en 2021. Celles du régime général, en particulier, croîtraient de 4,1 milliards d'euros, s'établissant à 140 milliards. Cette tendance s'explique par la progression des cotisations sociales (+ 7 % au régime général), portées par

¹ Article L. 711-1 du code de la sécurité sociale.

le rebond de la masse salariale et la régularisation des cotisations des travailleurs indépendants reportées de 2020 à 2021.

Au total, les régimes obligatoires de base afficheraient un déficit de 4 milliards d'euros en 2021, en recul de 900 millions d'euros par rapport à 2020, un solde largement inférieur aux prévisions de la LFSS pour 2021, qui l'établissaient à - 9 milliards d'euros. Celui du régime général se stabiliserait à - 3,7 milliards.

B. Peu de mesures du PLFSS pour 2022 auraient une incidence sur l'équilibre de la branche vieillesse

1. L'assouplissement des règles de cumul emploi-retraite pour les professionnels de santé pendant la crise sanitaire (article 3)

La possibilité de cumuler intégralement, à titre dérogatoire, une pension de retraite avec les revenus tirés d'une activité poursuivie ou reprise en qualité de professionnel de santé durant les mois d'octobre 2020 à décembre 2021 devrait concerner **2 366 assurés, dont seulement 200 ayant spécifiquement repris une activité en qualité de renfort**. L'étude d'impact estime que deux tiers d'entre eux en bénéficieront effectivement en raison du caractère quérable du droit dérogatoire au cumul intégral sur la période d'octobre 2020 à mars 2021. **Le gain individuel par assuré est évalué à 1 200 euros par mois sur la période d'octobre 2020 à décembre 2021 pour un coût total de 28,8 millions d'euros**, tous régimes confondus.

2. La modification du droit de communication bancaire pour optimiser les investigations (article 15)

L'extension aux agents des Urssaf et des caisses de MSA de la faculté d'exercer par voie dématérialisée le droit de communication dont disposent ces organismes dans le cadre de leurs missions de contrôle du recouvrement des cotisations sociales et de recouvrement des prestations versées indûment devrait **générer 1,4 million d'euros de gains d'efficacité** pour la branche vieillesse.

3. La sécurisation des droits à retraite des travailleurs indépendants affectés par les fermetures administratives (article 51)

110 000 micro-entrepreneurs et 40 000 autres travailleurs indépendants seraient concernés par le mécanisme de sécurisation des droits à retraite au titre de 2020. En 2021, les travailleurs éligibles seraient moitié moins nombreux. Le coût de la mesure pour le régime général s'élèverait à **81 millions d'euros, dont 54 au titre de l'année 2020 et 27 au titre de 2021**. Il convient d'y ajouter **4 millions d'euros** en faveur des 25 000 artistes-auteurs potentiellement éligibles, dont **2,6 millions en 2020 et 1,3 million en 2021**.

Il est toutefois prévu que **le FSV compense le coût de cette mesure**.

4. L'extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux (article 53)

Sur 1,6 million de salariés en convention de forfait en jours, 0,32 % sont âgés de plus de 60 ans. 15 % de ces derniers travaillent à temps réduit et pourraient donc être éligibles au dispositif de retraite progressive étendu, qui résulte d'une décision du Conseil constitutionnel¹. D'après l'étude d'impact, le taux de recours, qui s'établit à 16 % en 2019, pourrait atteindre 28 % en 2025. **550 salariés en convention de forfait jour réduit bénéficieraient alors de la retraite progressive en 2022 et 2 200 en 2025, pour un coût évalué à 4,9 millions d'euros (2,8 pour la CNAV et 2,1 pour l'Agirc-Arrco) en 2021 et à 20,1 millions d'euros à l'horizon 2025 (11,5 pour la CNAV et 8,6 pour l'Agirc-Arrco).**

C. L'exercice 2022 devrait être le dernier à voir une amélioration du solde de la branche vieillesse

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2022 :

- à **256,6 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base au 1° ;**
- à **147,8 milliards d'euros pour le régime général au 2°.**

Les dépenses des régimes obligatoires de base augmenteraient ainsi de 2,5 % entre 2021 et 2022 et celles du régime général de 2,9 %.

Cette progression serait due à **une revalorisation des pensions plus importante que les années précédentes (+ 1,1 %)**, en raison d'une inflation plus soutenue.

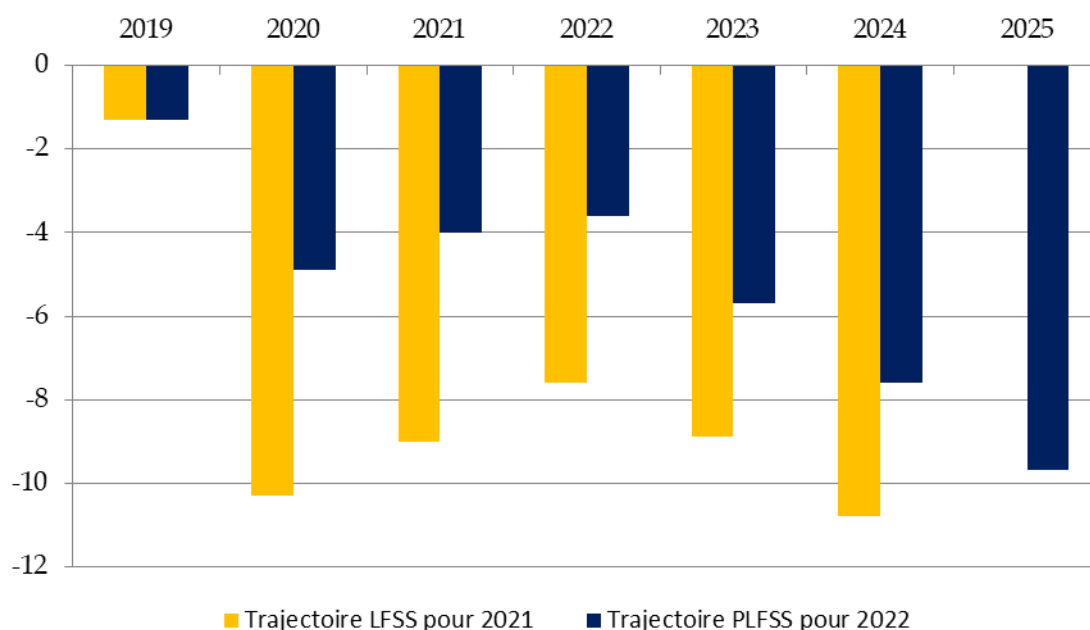
La reprise économique, en favorisant l'accroissement de la masse salariale et du produit des cotisations sociales, soutiendrait la croissance des recettes du régime général (145,3 milliards d'euros, soit + 3,8 %) et de l'ensemble des régimes obligatoires de base (253,1 milliards, soit + 2,7 %).

Il en résulterait une amélioration du solde du régime général, qui s'établirait à - 2,5 milliards d'euros, comme de celui des régimes obligatoires de base (- 3,6 milliards).

Notons cependant que les années ultérieures devraient être marquées par une évolution des dépenses plus rapide que celle des recettes, en raison de perspectives d'inflation plus soutenues et du vieillissement démographique, tandis que la croissance du PIB et celle de la masse salariale du secteur privé devraient ralentir. **Le déficit du régime général se dégraderait alors à partir de 2023 pour atteindre 7,6 milliards d'euros à l'horizon 2025.**

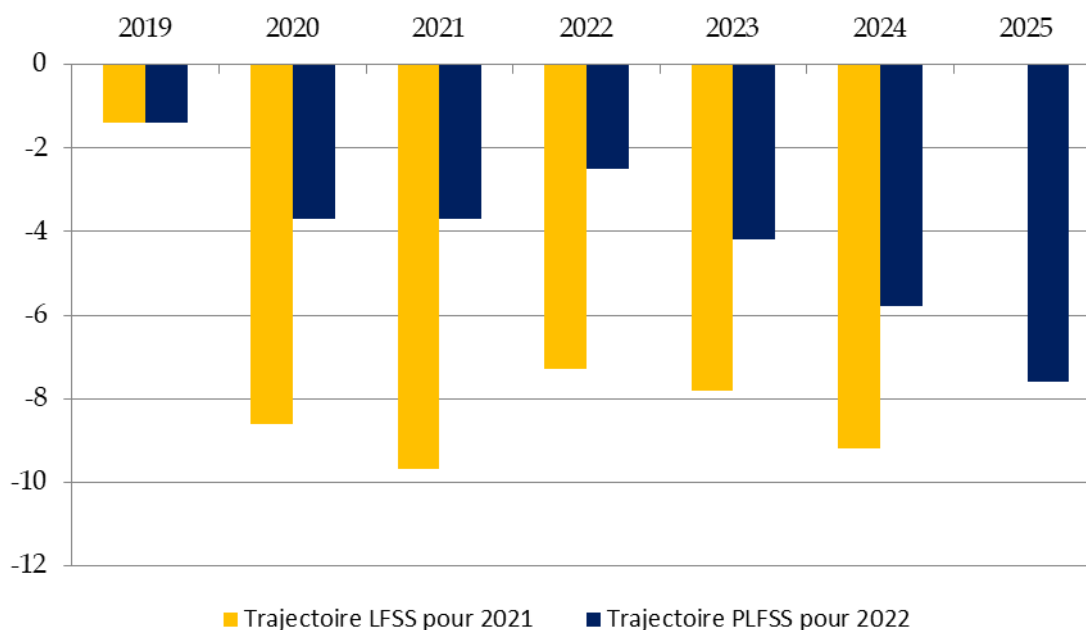
¹ DC n° 2020-885 QPC du 26 février 2021.

Évolution du solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base de 2019 à 2025 (en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les LFSS pour 2021 et PLFSS pour 2022

Évolution du solde de la branche vieillesse du régime général de 2019 à 2025 (en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les LFSS pour 2021 et PLFSS pour 2022

II - La position de l'Assemblée nationale : une adoption sans modification

Cet article a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission : une adoption conforme assortie de réserves relatives aux perspectives financières de la branche

La commission prend acte des prévisions de dépenses pour la branche vieillesse pour l'exercice 2022.

Elle rappelle que, malgré l'amélioration prévisible du solde de la branche vieillesse d'ici 2023, les perspectives d'évolution pour les années ultérieures font état d'une dégradation sensible et regrette qu'aucune mesure ne soit proposée par le Gouvernement pour permettre à la branche de tendre vers l'équilibre financier.

La commission vous propose donc d'adopter par ailleurs un amendement portant article additionnel visant à mettre en œuvre des mesures permettant de rétablir l'équilibre de la branche.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 60

Objectif de dépenses de la branche famille

Cet article fixe l'objectif de dépense de la branche famille à 49,7 milliards d'euros pour 2022.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

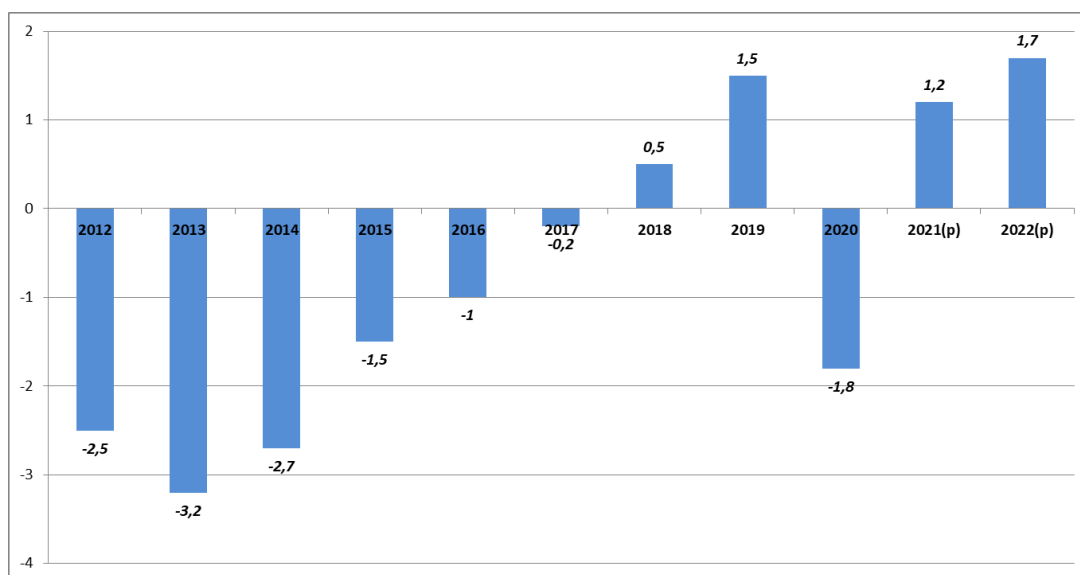
En application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le présent article fixe l'objectif de dépense de la branche famille à **49,7 milliards d'euros pour 2022**.

Après un exercice 2020 déficitaire en raison de la crise sanitaire (- 1,8 milliard d'euros), **le solde de la branche famille devrait retrouver en 2021 un excédent de 1,2 milliard d'euros**.

La reprise économique et l'appel reporté à 2021 des cotisations des travailleurs indépendants au titre de l'année 2020 permettraient ce rétablissement des comptes de la branche famille grâce à un rebond important des produits des cotisations sociales (+ 6,3 %) et de la CSG (+ 5,9 %). **En 2021, les recettes de la branche devraient s'élever à 50,5 milliards d'euros**, soit une augmentation de 7,6 % en neutralisant l'effet périmètre provoqué par la réaffectation d'une partie de la taxe sur les salaires pour compenser le transfert de la dépense de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) à la nouvelle branche autonomie.

Les dépenses devraient atteindre **49,4 milliards d'euros, soit une hausse de 1,1 % à périmètre constant**. En 2021, les prestations d'entretien se contracteraient de 2,6 % en répercussion de la revalorisation exceptionnelle de l'ARS l'année précédente. Les dépenses d'accueil du jeune enfant seraient les plus dynamiques (+ 4,5 %) en raison du retour à la normale du recours aux gardes d'enfants après les confinements successifs de 2020. Les dépenses d'action sociale progresseraient de 3,7 %.

Les transferts aux autres branches progresseraient (+ 2,3 %) sous l'effet de l'allongement du congé de paternité de 11 à 25 jours, dont 7 jours obligatoires, décidé en LFSS pour 2021¹.



Source : Commission des affaires sociales

L'exercice 2022 afficherait un excédent de **1,7 milliard d'euros**. Les recettes de la branche progresseraient de 3,6 % pour atteindre 51,4 milliards d'euros.

Les dépenses resteraient quasiment stables (+0,2 %) en 2022, le présent article fixant l'objectif de dépenses de la branche famille à **49,7 milliards d'euros**. Les prestations d'entretien augmenteraient notamment (+ 0,9 %) sous l'effet de la revalorisation annuelle de 1,6 % au 1^{er} avril 2022 de la base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF).

¹ Article 73 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

**Évolution des prévisions des dépenses et des recettes
de la branche famille pour 2022**

<i>(en milliards d'euros)</i>	Dépenses	Recettes	Solde
LFSS 2021	49,7	51,3	1,6
CCSS septembre 2022	49,7	52,4	2,7
PLFSS 2022	49,7	51,4	1,7

La commission des comptes de la sécurité sociale prévoyant un solde hors mesures nouvelles à 2,7 milliards d'euros (voir tableau *supra*), **les mesures du PLFSS auraient un effet de - 1,0 milliard d'euros sur le solde de la branche famille.**

Cet effet serait dû au **transfert ponctuel pour 2022 d'une fraction de taxe sur les salaires (- 7,75 points représentant un milliard d'euros) à destination de la branche maladie** afin de financer le coût lié aux indemnités journalières dérogatoires pour garde d'enfant mises en place pendant la crise sanitaire. La mise en œuvre de la systématisation de l'intermédiation financière des pensions alimentaires (IFPA) aurait un effet marginal en 2022 (- 2 millions d'euros) lié à la hausse des dépenses d'allocation de soutien familial (ASF).

**Impact des mesures prévues par le PLFSS 2022
sur le solde de la branche famille (en milliards d'euros)**

Solde tendanciel	2,7
Transfert à la branche maladie (indemnités journalières pour garde d'enfant)	-1,0
Dépenses d'ASF dues à l'IFPA	-0,002
Solde PLFSS 2022	1,7

Source : PLFSS 2022

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission : une adoption conforme

Après un déficit ponctuel en 2020, le rapporteur se félicite du **rétablissement rapide du solde de la branche famille en 2021 porté par le dynamisme des recettes.** Sous réserve d'un contexte économique et sanitaire favorable, les perspectives financières de la branche sont rassurantes pour 2022.

Toutefois, le rapporteur rappelle que la tendance excédentaire de la branche famille, qui devrait s'accroître dans les années à venir, est le résultat de plusieurs années d'économies réalisées au détriment des familles comme la modulation du montant des allocations familiales selon les ressources du foyer depuis 2015 ou la sous-revalorisation des prestations familiales en 2019 et 2020.

Le rapporteur est convaincu de la nécessité de saisir l'opportunité de **l'amélioration du solde de la branche afin d'engager une relance ambitieuse de la politique familiale.**

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 61

Objectif de dépenses de la branche autonomie

Cet article fixe un objectif de dépenses de la branche autonomie pour 2022 à 34,2 milliards d'euros.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Une situation financière fragilisée depuis la crise sanitaire

1. Les comptes de la CNSA sont déficitaires depuis 2020

Alors que les comptes de la CNSA présentaient un excédent de 100 millions d'euros en 2019, ils sont devenus déficitaires en 2020, le solde accusant un résultat négatif de 600 millions d'euros. Cette dégradation s'explique essentiellement par des dépenses exceptionnelles et des recettes de contributions moindres du fait de la crise sanitaire.

Au chapitre des dépenses exceptionnelles, les prestations ont crû de 14 % en 2020. Les dépenses de matériel, de réorganisation des établissements, de prise en charge de tests diagnostiques, de primes et d'indemnisation des heures supplémentaires du personnel et de compensation de moindres recettes d'hébergement ont dépassé de 2 milliards d'euros l'objectif initial. La contribution de la CNSA aux dépenses départementales d'APA et de PCH ainsi que les dépenses de financement des MDPH et des conférences de financeurs, tirées par le dynamisme de l'APA, ont en outre progressé de près de 10 %.

Les produits ont, eux, progressé de 10,6 %. La dotation de l'assurance maladie au titre de l'Ondam médico-social a été augmentée de 2,4 milliards d'euros par rapport à l'objectif initial pour compenser les dépenses supplémentaires et limiter le déficit de la CNSA, tandis que les recettes propres de la CNSA, essentiellement assises sur les revenus d'activité du secteur privé, chutaient de 5,4 %.

2. En 2021, une branche autonomie créée en déséquilibre

En vertu de la loi du 7 août 2020¹, la CNSA gère la cinquième branche du régime général depuis le 1^{er} janvier 2021. Aux dépenses dont elle avait déjà la charge ont été ajoutées les dépenses d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), précédemment financées par la CNAF. Le financement des établissements médico-sociaux dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD) est désormais intégralement pris en charge par la CNSA, alors qu'il l'était auparavant en grande partie par la CNAM, *via* l'Ondam médico-social. En contrepartie, la CNSA s'est vu affecter une fraction de CSG en provenance de la CNAM et du FSV.

En 2021, le déficit de la caisse, que la LFSS pour 2021 estimait à 400 millions d'euros, a été réévalué, dans le rapport de septembre de la commission des comptes de la sécurité sociale, à 900 millions d'euros.

Hors charges d'AEEH, les dépenses de la CNSA au titre de 2021 sont en hausse de 3,5 %. Elles seraient tirées par la montée en charge des accords du Ségur de la santé et les dépenses liées à la crise sanitaire. Les crédits d'investissement augmenteraient fortement de 100 millions en 2020 à 600 millions d'euros en 2021. De plus, l'aide aux aidants croîtrait fortement pour passer de 15 à 93 millions d'euros. Les transferts aux départements ralentiraient, eux, de 3,1 % avec l'achèvement de la montée en charge du concours de la CNSA aux dépenses d'APA 2 : le concours aux départements au titre de l'APA demeurerait stable, et celui au titre de la PCH baisserait de 2,8 %.

Les recettes progressent de 8,7 %. Les recettes de CSG bénéficient de la reprise économique et représentent depuis la création de la branche sa principale recette, mais la crise pèse sur le recouvrement de la CSG sur les revenus d'activité, augmentant conjoncturellement les restes à recouvrer et accroissant en conséquence les provisions pour dépréciation de ces créances – d'où le transfert d'une fraction de taxe sur les salaires prévu à l'article 6 du présent PLFSS. La contribution solidarité autonomie progresserait en revanche de 5 %, dépassant ainsi son niveau d'avant crise. Enfin, la CNSA bénéficie d'un transfert en provenance de la CNAM destiné à financer les crédits d'investissement pour personnes âgées programmés dans le cadre du Ségur de la santé, pour 550 millions d'euros.

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

B. Une hausse poursuivie des dépenses en 2022

1. Des dépenses tendanciellement dynamiques

En septembre 2021, la commission des comptes de la sécurité sociale prévoyait un redressement du déficit de la caisse à 500 millions d'euros. Les recettes croîtraient de 5 %, plus rapidement que les charges. Les prestations d'OGD progresseraient de 2,2 % avant mesures nouvelles, tandis que l'AAEH serait en forte hausse, de près de 10 %, et les transferts aux départements augmenteraient dans des proportions même légèrement supérieures, en raison du versement de 200 millions d'euros destiné à compenser la création de la PCH parentalité, annoncée en LFSS pour 2021. Au total, l'évolution tendancielle des dépenses de la branche autonomie devait les porter à 33,4 milliards d'euros.

Évolution des charges et des produits nets de la CNSA

	En millions d'euros						
	2019	2020	%	2021 (p)	%	2022 (t)	%
CHARGES	25 875	29 369	13,5	32 134	9,4	33 356	3,8
PRESTATIONS SOCIALES	22 337	25 510	14,2	27 639	8,3	28 407	2,8
Prestations OGD (*)	22 336	25 495	14,1	26 381	3,5	26 950	2,2
OGD - Personnes âgées	10 592	13 125	23,9	13 944	6,2	14 088	1,0
OGD - Personnes handicapées	11 744	12 369	5,3	12 438	0,6	12 862	3,4
AAEH				1 246		1 363	9,4
Aide aux aidants	1	15	++	12	-21,0	94	++
TRANSFERTS	3 507	3 823	9,0	4 333	13,4	4 766	10,0
Subventions d'investissement (dont numérique)	128	142	10,3	584	++	586	0,4
Transferts entres organismes de sécurité sociale	0	0		0		0	
Subventions fonctionnement / Dépenses d'animation, prévention et études (hors charges de gestion courante)	18	5	--	9	++	9	-6,0
Subventions aux fonds, organismes et départements	3 360	3 676	9,4	3 741	1,7	4 171	11,5
Participation aux dépenses du FIR	153	164	7,3	168	2,5	168	-0,3
Concours versés aux départements	3 135	3 372	7,6	3 419	1,4	3 716	8,7
Autres subventions	72	140	++	153	9,8	286	++
CHARGES DE GESTION COURANTE	31	37	20,0	161	++	184	14,3
AUTRES CHARGES NETTES	0	0		0		0	
PRODUITS	25 986	28 743	10,6	31 237	8,7	32 811	5,0
Cotisation, impôts et produits affectés	5 050	4 772	-5,5	30 687	++	32 261	5,1
CSG brute	2 280	2 110	-7,4	28 332	++	29 241	3,2
CSG sur revenus d'activité	2 280	2 110	-7,4	19 188	++	19 928	3,9
CSG sur revenus de remplacement	0	0	-11,5	6 381	++	6 426	0,7
CSG sur revenus du capital	0	0	22,1	2 762	--	2 888	4,5
CSA brute	2 050	1 988	-3,0	2 087	5,0	2 204	5,6
CSA assise sur revenus d'activité	2 049	1 988	-3,0	2 087	5,0	2 204	5,6
CSA assise sur revenus du capital	1	0	--	0		0	
CASA Brute	762	761	-0,1	777	2,1	800	3,0
Prélèvement social sur les revenus du capital	8	-4	--	0	--	0	
Cotisations prises en charges par l'Etat	18	36	++	41	12,4	25	-39,5
Taxe sur les salaires	0	0		0		202	
Charges nettes liées au non recouvrement	-69	-120	++	-549	++	-211	--
TRANSFERTS	20 935	23 970	14,5	550	--	550	0,0
Dotation ONDAM	20 935	23 970	14,5	0	--	0	
Financement des dotations aux établissements santé pour le soutien de l'investissement				550	++	550	0,0
Autres produits	1	1	-43,1	0	--	0	
RESULTAT NET	111	-627		-896		-545	

Source : CCSS, septembre 2021

2. Un objectif de dépenses fixé à 34,2 milliards d'euros pour 2022

L'article 61 du présent PLFSS fixe l'objectif de dépenses de la branche autonomie pour 2022 à 34,2 milliards d'euros.

Ces hausses résultent principalement des revalorisations salariales mises en œuvre dans le cadre du Ségur de la santé et de son extension à d'autres personnels non médicaux des établissements et services sociaux et médico-sociaux, et de l'instauration d'un tarif national minimal de référence de 22 euros pour l'ensemble des services à domicile – porté à 25 euros dans certaines conditions, après l'adoption à l'Assemblée nationale d'un amendement du Gouvernement à l'article 30.

Le présent PLFSS prévoit en outre deux mesures destinées à améliorer la couverture sanitaire en Ehpad, pour un coût de 50 millions d'euros : d'une part, la possibilité donnée aux Ehpad de devenir « centre de ressources territorial » en exerçant de nouvelles missions d'appui aux professionnels du territoire, ainsi qu'il est prévu à l'article 31 ; d'autre part, de nouveaux recrutements de personnels en établissement sont planifiés dès 2022, afin de porter le temps de médecin coordonnateur à deux jours de présence par semaine au minimum dans tous les Ehpad et à assurer une astreinte infirmière de nuit dans tous les Ehpad d'ici 2023.

Mesures nouvelles pour 2022 et impact sur les comptes de la branche

Mesures nouvelles	Recettes	Dépenses	Solde
Commission des comptes - septembre 2021	32,8	33,4	- 0,5
Réaffectation de taxe sur les salaires	0,5		
Dépenses relevant de l'ONDAM médico-social, dont : <i>Extension des revalorisations du Ségur au secteur médico-social</i>		0,6	
<i>EHPAD centres de ressources</i>		0,42	
<i>Amélioration de la présence des soignants en EHPAD</i>		0,02	- 0,4
Réforme du financement et de l'organisation des services à domicile		0,05	
Système d'information unique pour la gestion de l'APA		0,25	
Objectif de dépenses PLFSS 2022	33,3	34,2	- 0,9

Source : Annexe 4

Outre le financement de ces diverses revalorisations, sur le champ des personnes âgées, 10 % de l'ensemble des mesures nouvelles, soit 102 millions d'euros, sont consacrés à l'augmentation des dotations soins relative à l'actualisation des « coupes Pathos », qui permettent d'évaluer le besoin en soin des résidents d'Ehpad.

S'agissant du domicile, il est notamment prévu de financer l'intervention de psychologues en Ssiad, mesure issue des Assises de la santé mentale. Dans le secteur du handicap, 67 millions d'euros de crédits sont prévus pour financer la création de places au titre de différents plans déjà notifiés aux agences régionales de santé. Les autres mesures nouvelles concernant les personnes en situation de handicap correspondent aux engagements pris lors du Comité interministériel du handicap (CIH) de juillet 2021 - 60 millions d'euros sont par exemple destinées à financer des solutions d'accueil et d'accompagnement.

3. Des perspectives pluriannuelles pas totalement rassurantes

L'annexe B du PLFSS prévoit une branche toujours dégradée sur le plan financier, du moins jusqu'en 2024. La perspective du retour à l'équilibre à cette date grâce à l'apport de 0,15 point de CSG, en application de la loi du 7 août 2020, peut n'être pas complètement remise en cause par la dégradation des comptes de la caisse due à la crise sanitaire mais, dans un contexte de besoins non encore satisfaits et de vieillissement de la population, la question de l'équilibre de la branche ne cessera pas de se poser sans création de ressources nouvelles.

Perspectives pluriannuelles des comptes de la branche autonomie

(en milliards d'euros)

	2021	2022	2023	2024	2025
Recettes	31,8	33,3	34,2	37,6	38,5
Dépenses	32,2	34,2	35	36	36,8
Solde	-0,4	-0,9	-0,8	1,6	1,7

Source: Annexe B du PLFSS pour 2022

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

L'an dernier, à l'occasion de l'examen du PLFSS pour 2021, la commission avait regretté que « les conséquences de la création d'une nouvelle branche n'aient pas été pleinement tirées, qui auraient dû conduire à doter la CNSA d'un rôle de pilotage plus étendu », et que « les améliorations opérationnelles de la prise en charge du grand âge soient une fois de plus renvoyées à l'examen d'une hypothétique future loi grand âge et autonomie, dont le financement est rien moins qu'assuré ».

Le constat doit en réalité être cette année plus pessimiste encore, puisque non seulement le périmètre de la branche autonomie reste inchangé, et les assurés sociaux n'ont tiré aucun bénéfice de la création de la branche autonomie, mais en plus la loi « Générations solidaires » annoncée à de nombreuses reprises n'a finalement pas vu le jour, laissant la réforme du secteur à l'abandon.

L'effort financier consacré à l'autonomie est louable mais, d'une part, il ne s'accompagne d'aucune visibilité à moyen terme, et d'autre part, il ne s'appuie toujours pas sur la création de cette nouvelle branche de sécurité sociale pour engager une transformation des différents modes d'intervention en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Les parlementaires ne sauraient se plaindre de la visibilité légèrement meilleure dont ils disposent désormais sur les dépenses dont la CNSA a la charge, mais les assurés restent fondés, eux, à se demander : une branche autonomie, pour quoi faire ?

En dépit de ces réserves, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 62

Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

Cet article tend à fixer la prévision des charges du Fonds de solidarité vieillesse.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : des dépenses stables

A. En 2021, un déficit stable résultant d'une augmentation symétrique des recettes et des dépenses

Entre 2020 et 2021, le déficit du FSV reculerait de 100 millions d'euros, passant de -2,5 à -2,4 milliards d'euros. Après l'importante dégradation survenue au début de la crise sanitaire (le déficit du FSV a augmenté de 900 millions d'euros entre 2019 et 2020), le solde du Fonds tendrait donc à se stabiliser en 2021.

Cette situation résulte toutefois d'un équilibre financier différent de celui de 2020 : les recettes du FSV ont augmenté, sur la période, de 500 millions d'euros, atteignant 17,2 milliards en 2021, tandis que ses dépenses progressaient d'autant pour s'établir à 19,6 milliards.

En effet, en dépit de l'amélioration de la conjoncture économique, **les prises en charge de prestations et de cotisations augmenteraient globalement de 2,6 %**, plus particulièrement en ce qui concerne les prises en charge de cotisations au titre des périodes de chômage (+ 5,3 %). **Les prises en charge de prestations au titre du minimum vieillesse ne progresseraient que de 0,6 % en 2021**, après + 11,3 % en 2019 et + 9,7 % en 2020, en raison de la fin de la revalorisation exceptionnelle de l'allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA), portée, pour une personne seule, de 833 à 903 euros entre 2018 et 2020.

Dans le même temps, malgré une perte d'opportunité de 200 millions d'euros liée à la réaffectation d'une part de CSG sur les revenus du capital à la CNSA et, en contrepartie, d'une part de CSG sur les revenus de remplacement au FSV, **le produit de la CSG sur les revenus du capital connaîtrait, sous l'effet de la reprise économique, une augmentation importante (+ 8,5 %)**, compensant largement la diminution du produit de la CSG sur les revenus de remplacement (- 1,1 %) suscitée par le recul progressif de l'activité partielle.

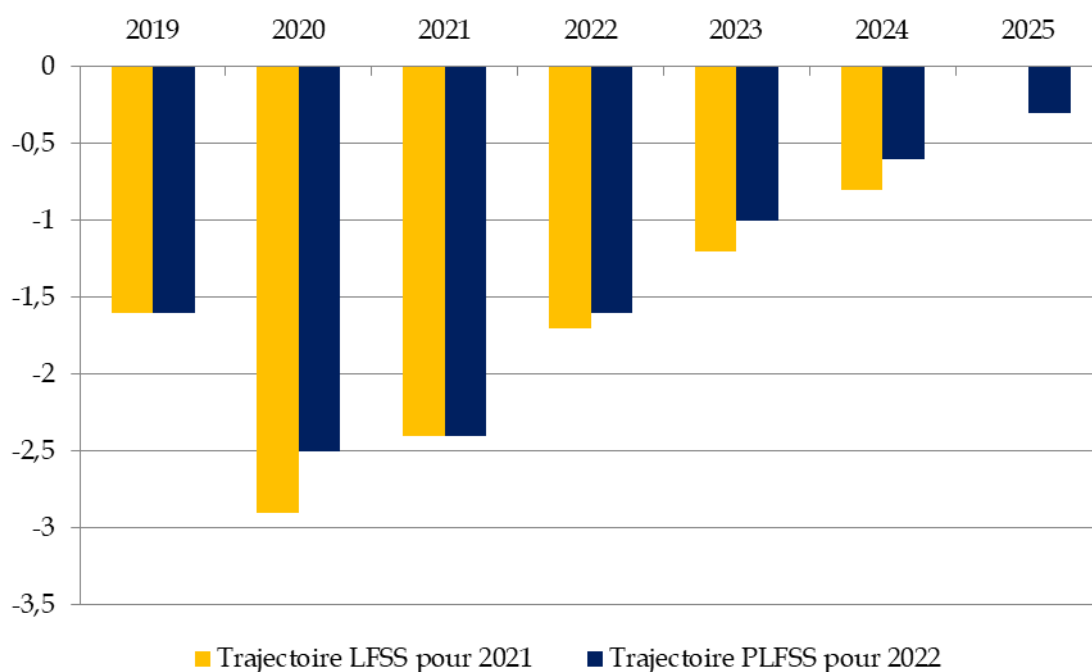
B. En 2022, une amélioration du solde amorçant un retour vers l'équilibre

Le présent article fixe la prévision des charges du FSV à 19,5 milliards d'euros, en recul de 100 millions d'euros par rapport à 2021. De fait, l'amélioration de la conjoncture économique permettrait de réduire le niveau des prises en charge de cotisations à hauteur de - 1,3 %.

En parallèle, la forte croissance des produits issus de la CSG (+ 4,1 %), notamment sur les revenus du patrimoine (+ 8,4 %), porterait les recettes du Fonds à 17,9 milliards d'euros, en hausse de 700 millions d'euros. **Il en résulterait un recul du déficit de l'ordre de 800 millions d'euros, ramenant le solde global à - 1,6 milliard.**

À plus long terme, l'accroissement continu des recettes du FSV, qui devraient atteindre 19,7 milliards d'euros à l'horizon 2025, associé à la stabilité de ses dépenses (20 milliards d'euros en 2025), conduirait à un retour progressif vers l'équilibre financier. **Le déficit du Fonds serait ainsi ramené à 300 millions d'euros d'ici 2025.**

Évolution du solde du FSV de 2019 à 2025 (en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les LFSS pour 2021 et PLFSS pour 2022

II - La position de l'Assemblée nationale : une adoption sans modification

Cet article a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission : une adoption conforme

La commission prend acte de la prévision des charges du FSV pour l'exercice 2022.

Les perspectives de retour progressif à l'équilibre des comptes du Fonds doivent se concrétiser, alors que la CADES doit, aux termes de la loi organique et de la loi du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie¹, reprendre ses déficits cumulés de 2016 à 2019 à hauteur de 9,9 milliards d'euros, ainsi que ses déficits prévisionnels cumulés de 2020 à 2023, qui devraient atteindre 7,5 milliards.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

¹ Loi organique n° 2020-991 et loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie.

TRAVAUX DE LA COMMISSION - EXAMEN DU RAPPORT

Réunie le mercredi 3 novembre 2021, sous la présidence de Mme Catherine Deroche, présidente, la commission procède à l'examen du rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 : Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale en charge des équilibres financiers généraux, Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie, MM. René-Paul Savary, rapporteur pour l'assurance vieillesse, Olivier Henno, rapporteur pour la famille, Mme Pascale Gruny, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles et M. Philippe Mouiller, rapporteur pour l'autonomie.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Je vous rappelle que l'article 23 bis du Règlement relatif à la présence obligatoire des sénateurs aux réunions législatives du mercredi, suspendu pendant la crise sanitaire, est à nouveau applicable.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022 s'inscrit dans un contexte tendu à l'hôpital, marqué par des fermetures de lits et un manque de personnel. Il s'agit également d'un texte de fin de mandat, à différents titres.

À titre liminaire, je tiens à saluer le travail accompli par Jean-Marie Vanlerenberghe. Je sais pouvoir compter sur son expérience et sur l'acuité de son regard pendant l'examen de ce texte.

Le PLFSS nous invite à approuver les comptes de l'exercice écoulé, puis à rectifier les prévisions de l'année en cours, avant d'examiner les recettes et les dépenses de la sécurité sociale pour l'exercice à venir. En outre, l'annexe B donne une vision à la fois comptable et stratégique de la sécurité sociale jusqu'en 2025. C'est ici que le bât blesse...

Nous avons déjà longuement évoqué l'année 2020, en particulier lors de l'examen du rapport de Jean-Marie Vanlerenberghe sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) en juillet dernier. Après avoir enregistré un déficit de près de 30 milliards d'euros en 2010, les comptes sociaux se sont rétablis jusqu'à approcher l'équilibre en 2019. Avec la pandémie, et comme l'officialise l'article 1^{er} du PLFSS, la sécurité sociale, qui a joué pleinement son rôle d'amortisseur, a enregistré en 2020 le déficit le plus élevé de son histoire à 39,7 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV). L'année 2021 ne s'annonce guère meilleure...

La branche maladie, touchée par un important effet ciseaux de baisse des recettes et de hausse des dépenses concentre, avec 30,5 milliards d'euros, l'essentiel de ce déficit, mais l'ensemble des branches est concerné, y compris la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), dont les comptes étaient créditeurs depuis 2013.

Dans ce contexte inédit, qui a abouti à un relèvement sans précédent de l'autorisation de financement à court terme de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) à 95 milliards d'euros et à l'autorisation de nouveaux transferts à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) d'un montant de 136 milliards d'euros, le Parlement n'a pas été saisi d'un projet de loi de financement rectificative, ce qui pose le problème de la normativité des LFSS. Nous nous en étions plaints.

Pour l'année 2021, le PLFSS se fonde sur l'hypothèse d'une vigoureuse reprise économique - 6 % de croissance, chiffre qui devrait être révisé à 6,25 % - et d'un rebond de la masse salariale de 6,2 %, grâce, notamment, à la nette diminution du recours à l'activité partielle. Pour autant, malgré ce contexte favorable, la situation financière demeure préoccupante. En effet, le déficit des Robss et du FSV devrait s'établir à 34,8 milliards d'euros, soit le second déficit le plus élevé de l'histoire de la sécurité sociale.

Comme en 2020, la branche maladie connaît la situation la plus dégradée avec un déficit estimé à 30 milliards d'euros. La branche vieillesse, avec un déficit de 4 milliards d'euros, n'améliore qu'à peine son résultat, l'augmentation de ses recettes ordinaires ayant été compensée par l'absence de la recette extraordinaire qu'a représenté pour elle, en 2020, le versement de la soulte de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG). Quant à la nouvelle branche autonomie, pourtant construite à l'équilibre, elle devrait enregistrer un déficit de 0,4 milliard d'euros. Cela paraît quelque peu préoccupant... En revanche, la branche famille et la branche AT-MP devraient retrouver un excédent.

La prévision de solde est pratiquement identique à ce que prévoyait la LFSS pour 2021, mais elle a subi depuis une augmentation des recettes comme des dépenses d'un peu moins de 12 milliards d'euros : la reprise économique accroît les recettes, tandis que les dépenses évoluent au gré d'une nouvelle augmentation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), du fait de la prolongation de la crise sanitaire et du recalibrage des crédits sur les tests et la campagne vaccinale. La consultation du Parlement en cours d'exercice aurait été préférable...

Les déficits considérables des années 2020 et 2021 se sont bien entendu traduits par une augmentation significative de l'endettement de la sécurité sociale, qui a rompu avec le désendettement net enregistré au cours de la dernière décennie.

La dette sociale est portée à la fois par la Cades, dont c'est l'objet, mais aussi, de manière significative, par l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) Caisse nationale qui ne peut contracter de dette d'une durée supérieure à douze mois et n'est censée gérer que des flux de trésorerie. Ainsi, à la fin de l'année 2021, l'Urssaf Caisse nationale devrait

supporter environ 50 milliards de déficits cumulés des différentes branches, malgré les transferts à la Cades effectués en application de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, soit 20 milliards d'euros en 2020 et 40 milliards d'euros en 2021.

À l'issue de deux années bouleversées par la crise, l'évolution des finances sociales se joue dès le PLFSS pour 2022. Or, il apparaît, à cet égard, inquiétant.

Le déficit de la sécurité sociale devrait s'améliorer assez nettement, pour revenir à 22,6 milliards d'euros au niveau des Robss et du FSV – ce qui reste considérable. Cette évolution favorable, qui pourrait l'être davantage à l'issue de la révision en cours des hypothèses macroéconomiques, n'est due qu'à l'embellie économique : seules les recettes, tirées par la hausse de 4 % du PIB et de 6,1 % de la masse salariale, comblent en partie le déficit des années 2020 et 2021. En revanche, aucune mesure nouvelle, notamment en dépenses, ne contribue à cette amélioration. L'annexe 4 du PLFSS montre, au contraire, qu'elles dégradent le solde de 500 millions d'euros, avant l'examen du texte par l'Assemblée nationale. Nous avons demandé, sur ce point, des précisions au ministre.

Je peux cependant comprendre ce choix pour l'année à venir. Outre les échéances électorales, la France reste fragile d'un point de vue économique et social : il importe de ne pas briser la reprise, d'autant que nul ne sait comment va évoluer l'épidémie.

Mes inquiétudes portent sur un avenir plus lointain. Le PLFSS comprend une annexe B relative aux quatre exercices suivants. Or, celle-ci ne dessine aucune stratégie de retour à l'équilibre : il n'y a nul signe de dégrisement après le « quoi qu'il en coûte ».

Malgré le rebond économique de 2021 et 2022, la trajectoire des comptes de la sécurité sociale tranche nettement avec ce qui a été observé lors de la crise financière de 2008 : non seulement le décrochage initial est plus élevé – augmentation du déficit de 38 milliards d'euros en 2020 contre 16 milliards en 2009 –, mais, surtout, le déficit des Robss et du FSV devrait atteindre un plateau dès 2023 à un niveau d'une quinzaine de milliards d'euros. Devenue structurelle, la dette sociale n'apparaît pas maîtrisable.

À partir des hypothèses du Gouvernement, le cumul des déficits de la sécurité sociale postérieurs à l'année 2019, transférables à la Cades aux termes de l'article 1^{er} de loi d'août 2020, devrait dépasser le plafond de 92 milliards d'euros dès 2022. Surtout, la poursuite de l'accumulation de déficits importants conduira à excéder ce plafond de plus de 51 milliards d'euros d'ici 2025.

En l'absence de stratégie de retour à l'équilibre, il n'y a aucune raison que les déficits se résorbent spontanément à partir de 2026. La dette sociale apparaît comme un puits sans fond qui se creuserait chaque année presque dans les mêmes proportions que ce que la Cades amortirait, soit 17 milliards d'euros environ. La trajectoire financière décrite par l'annexe B et l'absence de mesure de retour à l'équilibre font peser une hypothèque sur notre capacité à léguer notre système de protection sociale aux générations futures.

Notre commission doit afficher un message clair en rejetant le rapport annexé, même si le Gouvernement l'amendait pour tenir compte de la révision en cours des prévisions de croissance pour 2021 et 2022, et en formulant plusieurs propositions concrètes de responsabilité financière sans freiner la reprise.

Il faut d'abord ne faire assumer à la sécurité sociale que les coûts qui lui incombent – je pense notamment aux 4 milliards d'euros de Santé publique France et aux 13 milliards d'euros de dette hospitalière. Ensuite, dans la continuité de nos propositions en loi organique, Corinne Imbert proposera de retrouver le contrôle des multiples dotations que la sécurité sociale, en particulier la branche maladie, verse à divers organismes. Enfin, René-Paul Savary, évoquera des évolutions paramétriques en matière de retraite.

Notre commission devra montrer sa cohérence pour préserver à long terme la solidité de notre modèle social.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Nous vous remercions pour votre présentation.

M. Bernard Jomier. – Votre exposé, très pédagogique, nous montre que des choix politiques doivent être effectués.

Avec ce PLFSS, nous poursuivons la logique de la loi du 7 août 2020 qui aboutit à ce que les comptes sociaux soient obligés de porter une dette qui ne concerne pas la sécurité sociale, mais, en grande partie, relève de décisions du Gouvernement. Je partage à cet égard les inquiétudes de notre rapporteure générale.

Un choix politique pourrait consister à laisser les comptes sociaux se dégrader, afin de prouver – et d'infuser l'idée dans l'opinion publique – que le modèle n'est pas durable et qu'il doit être abandonné...

Certes, il s'agit d'un budget de fin de quinquennat, mais comment prévoir l'avenir d'une cinquième branche dont nous ne connaissons ni le périmètre ni le financement ? Actuellement, ce dernier ne pèse que sur des cotisations salariales, alors que pourraient être mobilisés les successions ou le capital. Nous devrions en débattre, même si nos propositions divergent. De fait, les prévisions pour cette branche à l'horizon 2025 s'avèrent impossibles.

Ce texte ne propose aucune stratégie pour l'avenir. Le périmètre de la sécurité sociale n'est pas davantage respecté et les charges indues n'ont pas été supprimées. Parallèlement, rien n'est envisagé pour répondre aux difficultés de l'hôpital après la pandémie. Comment pouvons-nous travailler sérieusement ainsi ? Sans compter qu'un amendement du Gouvernement en séance publique pourrait venir modifier les prévisions.

M. Alain Milon. – Je souscris en partie à cette analyse. Après la crise de 2008 – 29 milliards d'euros de déficit enregistrés en 2009 – les déficits ont été réduits grâce à une diminution de la dépense, pas en mobilisant de nouvelles recettes. Cette stratégie a lourdement pesé sur l'hôpital et sur la médecine de ville.

Notre message de responsabilité doit tenir compte du besoin de recettes supplémentaires, issues notamment de l'industrie pharmaceutique, des mutuelles et du capital, et de réduction des dépenses grâce à une lutte soutenue contre la fraude. En l'état, je ne puis voter un tel budget.

Mme Laurence Cohen. – *Le PFLSS pour 2022 montre que le Gouvernement n'a tiré aucune leçon de la crise sanitaire. Notre système de santé est à genou en raison de la politique de réduction des dépenses de santé, qui se poursuit derrière l'écran de fumée que représentent les mesures du Ségur de la santé et affecte la qualité des soins. Nous déplorons tous, dans nos départements, des fermetures de lits en raison du départ des soignants de l'hôpital public. Ce PLFSS poursuit cette logique.*

Notre système de santé a extraordinairement bien résisté à la crise sanitaire. Il convient désormais de le fortifier avec des nouvelles recettes. Cessons également la politique des exonérations de charge qui ne fonctionne pas. Le déficit des Robss devrait s'établir à 21 milliards d'euros en 2022, mais n'oublions pas que le fonds de solidarité et l'activité partielle ont coûté 70 milliards d'euros, dont 50 % à la charge de la sécurité sociale. Il convient donc de relativiser...

Nous étions hostiles à la création d'une cinquième branche, estimant que la vieillesse relève de l'assurance maladie. À compter de 2024, elle bénéficiera d'un financement supplémentaire avec les recettes de contribution sociale généralisée (CSG) de la Cades. La branche sera intégralement fiscalisée, ce qui ne fonctionne pas.

M. Daniel Chasseing. – *Je remercie notre rapporteure générale pour son exposé. La sécurité sociale constitue le socle de notre démocratie ; nous devons la préserver.*

Certes, le coût des revalorisations salariales du Ségur apparaît élevé, mais ces mesures étaient indispensables pour le personnel concerné. La sécurité sociale a également dû prendre en charge les dépenses liées à l'épidémie de covid : 18 milliards d'euros en 2020, 15 milliards d'euros en 2021, 5 milliards d'euros en 2022.

Le PLFSS pour 2022 comprend d'indéniables avancées, notamment en matière de rémunérations. Cependant, il conviendra de prendre des mesures pour éviter que le déficit ne perdure après 2025. Il faut, à cet égard, respecter davantage le périmètre de la sécurité sociale.

L'amortissement de la dette de la Cades s'établit à 18 milliards d'euros. Le « quoi qu'il en coûte » a sauvé nos entreprises, leur permettant de régler les cotisations nécessaires au fonctionnement de la sécurité sociale. Nous pouvons dès lors nous montrer optimistes sur la capacité du système à rembourser la dette.

M. Dominique Théophile. – *Votre projection aurait mérité de prendre en compte, pour les neutraliser, les dépenses liées à la pandémie et au Ségur de la santé. Après la crise de 2008, le déficit de la sécurité sociale atteignait 30 milliards d'euros. Un effort considérable a été réalisé pour le réduire, jusqu'à ce qu'intervienne la crise sanitaire en 2020. Le déficit de la sécurité sociale est souvent en dents de scie : 19 milliards d'euros en 2012, 7 milliards d'euros en 2016. Sans neutralisation des dépenses exceptionnelles, il semble difficile de faire des propositions de réduction structurelle du déficit.*

Considérant que les dépenses de la crise sanitaire pèseront encore pendant sept à huit ans sur les comptes sociaux, il faudra soit augmenter les recettes, soit réduire les dépenses. La quasi-totalité du déficit porte sur l'assurance maladie. Veillons à ne pas forcer le retour à l'équilibre sans prendre en compte les effets financiers de la pandémie, au risque de dégrader la situation de nos concitoyens.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – *Je salue la présentation très claire de notre rapporteure générale.*

Je ne partage pas l'analyse de Bernard Jomier sur l'action du Gouvernement. À mon sens, il ne cherche nullement à fragiliser notre système social. En revanche, il ne donne aucune trajectoire de retour à l'équilibre.

Je ne crois pas qu'il faille juger une seule branche coupable du déficit des comptes sociaux. Certes, l'assurance maladie se trouve dans une piètre situation financière, mais les projections de la branche vieillesse n'apparaissent guère optimistes. Seules les branches famille, AT-MP et autonomie se trouvent à l'équilibre, voire présentent un léger excédent, signe que cette perspective demeure envisageable. Il convient, pour cela, de faire des propositions en matière de recettes, notamment en compensant les exonérations de charges, de lutte contre la fraude – politique que les caisses semblent avoir engagé – et de pertinence des actes médicaux dont 20 % à 30 % seraient redondants. À cet égard, le dossier médical partagé (DMP) pourra constituer un outil efficace, bien qu'insuffisant. Le plan de retour à l'équilibre ne pourra faire l'impasse d'une réflexion sur les soins. Ayons une vision juste et responsable.

M. Alain Duffourg. – *Je félicite à mon tour notre rapporteure générale. Le pouvoir d'achat représente un sujet de préoccupation majeur pour les Français. Je suis, pour ma part, favorable à une augmentation du salaire minimum pour inciter au retour à l'emploi et répondre au manque de main-d'œuvre dans certains secteurs d'activité. À cet effet, il convient de réduire les charges sociales, qui atteignent 23 % en France contre, par exemple, 6 % en Espagne. Certains ont-ils travaillé sur le sujet ?*

M. Martin Lévrier. – *Je remercie Élisabeth Doineau pour sa présentation dynamique. Je partage l'analyse de nos collègues Alain Milon, Dominique Théophile et Daniel Chasseing. Au printemps, nous craignons une crise sociale sans précédent qui aurait mis à bas notre modèle, mais le « quoi qu'il en coûte » a sauvé la sécurité sociale.*

Je porte un regard plus positif que le vôtre sur le déficit, car une grande partie est liée aux nécessaires revalorisations salariales décidées par le Ségur et à la pandémie.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Monsieur Jomier, il faut effectivement faire des choix politiques. Nous ne nous en sommes d'ailleurs pas privés... Cela étant, reconnaissons qu'il n'était pas aisé, pour le Gouvernement, de gérer une telle crise. Notre système de sécurité sociale a tenu grâce aux taux bas qui nous ont permis d'emprunter. La dette sociale française ne fait pas peur à l'étranger, mais jusqu'à quand ? Nous devons rester vigilants et déployer une stratégie de retour à l'équilibre.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) apportera une rigueur de gestion à la cinquième branche, mais il faut admettre qu'il est regrettable de commencer par un exercice déficitaire alors que les rapports commis par Dominique Libault et Myriam El Khomri font état de besoins considérables. Une loi pour l'autonomie me semble indispensable.

Les exonérations doivent être compensées à la sécurité sociale et son périmètre respecté. À titre d'illustration, Santé publique France coûte 4 milliards d'euros à la sécurité sociale, alors que ses missions de constitution de stocks et de stratégie vaccinale relèvent du domaine régalién. Sur cette somme, la sécurité sociale n'a reçu de l'État qu'un remboursement de 150 millions d'euros.

Le retour à l'équilibre des comptes sociaux était fixé en 2033. Finalement, le déficit parviendra à un palier à 15 milliards d'euros par an à compter de 2025 : nous n'atteindrons pas nos objectifs constitutionnel et européen. L'avenir paraît ainsi durablement compromis. Nous devons réfléchir à un autre modèle social dans la perspective de conditions d'emprunt moins favorables.

La santé représente une préoccupation majeure des Français. Aussi, les dépenses d'investissement paraissent incontournables, au bénéfice des hôpitaux, des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et des soignants.

Monsieur Milon, le déficit a été réduit depuis 2010, mais cela s'est fait au détriment des plus vulnérables, bien que la réforme systémique des retraites ait également contribué à cette évolution.

Madame Cohen, notre système de santé a effectivement résisté à la crise. Conservons donc ce qui fonctionne et réformons le reste. L'endettement de l'Unedic atteint le niveau insurmontable de 64,7 milliards d'euros, ce qui nécessite d'agir.

Monsieur Chasseing, les décisions du Ségur devaient être prises, après plusieurs années sans revalorisation salariale. Mais la crise ayant exténué les professionnels de santé, ces mesures leur apparaissent insuffisantes. Les dépenses ainsi créées, soit 10 milliards d'euros par an, sont pérennes, ce qui explique, monsieur Théophile, le déficit structurel des comptes sociaux après 2025.

Monsieur Vanlerenberghe, il faut agir sur la pertinence des soins et sur la fraude –j'attends des éléments chiffrés sur le sujet de la part du ministre.

Monsieur Duffourg, n'oublions pas les mesures déjà prises sur les charges applicables aux bas salaires. Il me semble compliqué d'aller plus loin : il faut bien payer notre modèle social ! Pour autant, les recettes ainsi perçues doivent être convenablement utilisées, afin que les charges soient ressenties comme justes.

Enfin, Monsieur Lévrier, le « quoi qu'il en coûte » doit désormais entrer dans une phase de dégrèvement.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – *Le PLFSS pour 2022 est le dernier de cette législature et le second depuis le début de la pandémie. Aussi, les dispositions de ce texte et la trajectoire financière de la branche maladie sont profondément marquées par la persistance de la crise sanitaire.*

De fait, il nous présente pour 2022 et les années suivantes des dépenses à un niveau particulièrement élevé. Ainsi, l'Ondam devrait atteindre 236,3 milliards d'euros, soit un montant en très léger repli par rapport à la rectification pour 2021. Mais, hors dépenses liées à l'épidémie, il progresserait de 3,8 %, soit une dynamique particulièrement forte.

Ce chiffre appelle plusieurs observations et, malgré l'euphorie qu'il pourrait susciter, m'oblige à formuler des réserves substantielles sur les aspects financiers de la branche maladie. Tout d'abord, ce niveau élevé de dépenses doit collectivement nous interroger sur la bonne allocation des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie, alors que nous constatons dans nos territoires des situations parfois alarmantes dans les hôpitaux et que le malaise de certaines professions de santé apparaît préoccupant.

Considérant que le soutien à l'investissement issu du Ségur de la santé n'est que partiellement retracé dans l'Ondam, l'évolution observée depuis 2019 tient essentiellement aux revalorisations salariales du Ségur qui, pour justifiées qu'elles soient, grèvent de 10 milliards d'euros par an, et de manière pérenne, les comptes de l'assurance maladie.

Surtout, alors que le Gouvernement revendique fièrement un Ondam 2022 sans économies majeures, ce niveau de dépenses n'est pas tenable sur le long terme. Ainsi, alors que la perspective de l'annexe B anticipe un déficit annuel de 15 milliards d'euros, la question de la soutenabilité financière de la branche se pose.

Quid des 63 milliards d'euros de déficits cumulés entre 2021 et 2025 quand les transferts à la Cades n'excèdent pas l'exercice 2023 et que les dépenses exceptionnelles de crise sont réputées cesser après 2022 ? Quid d'un retour à l'équilibre qui ne semble pas envisagé ni envisageable avant dix ans ? Si nous voulons investir et transformer notre système de santé pour garantir un haut niveau de qualité des soins, le prochain gouvernement n'aura d'autres choix, faute de recettes supplémentaires, que de faire des économies sur certains secteurs.

Enfin, l'Ondam 2022 comprend une provision au titre de l'épidémie à hauteur de 4,9 milliards d'euros établie sur l'hypothèse d'une absence de rebond épidémique fort et d'une campagne vaccinale intégrant une dose de rappel pour la population éligible et un élargissement de la vaccination aux 5-11 ans. Je rappelle que l'Ondam 2021, calibré sur des hypothèses optimistes, a finalement été relevé de près de 12 milliards d'euros en raison des troisième et quatrième vagues de l'épidémie.

Le PLFSS pour 2022 comprend un nombre considérable d'articles à l'issue de son passage en première lecture à l'Assemblée nationale et la partie relative à l'assurance maladie n'échappe pas à cette tendance, passant de vingt-cinq à cinquante articles.

Un premier ensemble de mesures concerne l'hôpital. Elles se bornent à ajuster les réformes structurelles du financement des activités dans des phases de transition bouleversées par la crise sanitaire et incompatibles avec les garanties de financement maintenues en 2021.

Dans le cadre de la réforme de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation, les mécanismes initiaux sont modifiés, à l'article 25, au profit d'une dotation de sécurisation et d'un nouveau coefficient de transition avec un calendrier de réévaluation prolongé. Pour ce qui concerne le financement des urgences, à l'article 26, le Gouvernement reporte la mise en œuvre de la participation forfaitaire due par les patients, qui devait entrer en vigueur au second semestre 2021, et rectifie certains cas d'exonération. Il ajuste enfin la prise en charge des cotisations des soignants libéraux.

Concernant les soins de ville, le PLFSS comporte plusieurs articles destinés à faciliter l'accès à certains soins dispensés par des auxiliaires médicaux, en supprimant la prescription médicale préalable. Nous pouvons légitimement nous interroger sur la recevabilité, dans une loi de financement de la sécurité sociale, de dispositions relatives aux compétences des professionnels de santé. Il apparaît, en effet, difficile d'apprécier l'incidence sur les comptes sociaux de mesures que nous aurions sans doute accueillies favorablement dans une loi sur l'organisation des soins, d'autant que plusieurs ont été introduites à l'Assemblée nationale sans qu'il soit possible d'en estimer l'impact financier.

L'article 40, qui organise un accès direct aux orthoptistes pour la réalisation de bilans visuels et la prescription de dispositifs correcteurs, a suscité des inquiétudes de la part de certaines organisations d'ophtalmologistes qui craignent d'éventuelles pertes de chance pour les patients. Je vous proposerai de mieux encadrer les modalités de cet accès direct.

Je vous suggérerai également des garanties de même nature, motivées par l'exigence de qualité et de pertinence des soins, pour les articles 41 quinquies et 41 sexies expérimentant un accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes.

Au-delà de ces mesures ponctuelles d'accès à certaines professions de santé, je vois, dans la prise en charge de séances d'accompagnement psychologique, une mesure bien plus structurante. L'article 42 bis traduit une des principales annonces du Président de la République en clôture des assises de la santé mentale et de la psychiatrie. Plusieurs conditions sont prévues pour encadrer le dispositif, notamment une prescription médicale préalable et l'instauration d'une forme de numerus clausus territorialisé des psychologues habilités à réaliser ces séances.

Afin d'encourager une dynamique de coopération et de coordination entre les professionnels médicaux et les psychologues, leur intervention doit s'inscrire dans le cadre du projet territorial de santé mentale, lorsque celui-ci existe. Au regard de l'importance prise par les risques psychosociaux dans la santé au travail, je vous proposerai de permettre au médecin du travail d'adresser un travailleur dont il assure le suivi à un psychologue afin de lui permettre de bénéficier de ces séances d'accompagnement psychologique.

Sur le volet du médicament et du dispositif médical, ce PLFSS 2022 se revendique comme celui de la mise en œuvre des mesures du conseil stratégique des industries de santé (CSIS) 2021 et du plan « Innovation santé 2030 » qui en découle.

Deux articles doivent particulièrement attirer notre attention. Le premier, à l'article 36, propose la création d'un nouveau dispositif de prise en charge dérogatoire. Il s'agit, par un dispositif dit d'« accès direct », de compléter la réforme de l'accès précoce que nous avons votée l'an dernier. Ainsi, quand l'accès précoce vise des maladies graves et invalidantes et sans alternative thérapeutique, l'accès direct serait ouvert, après autorisation de mise sur le marché (AMM) et avis de la Haute Autorité de santé (HAS), à des médicaments innovants sous réserve d'un service médical rendu suffisant et d'une amélioration au moins mineure. Si je partage l'intention de cet article, il n'est pas sans interroger sur ses conséquences et sur sa bonne articulation avec les récentes réformes prometteuses. Nous devons nous assurer de cela en séance, le Gouvernement ayant annoncé des ajustements à venir.

Le second, à l'article 38, prévoit la possibilité de prise en compte de l'empreinte industrielle lors de la fixation des prix des médicaments et dispositifs médicaux et favoriser la localisation sur le territoire européen de chaînes de production. Il restera à vérifier la portée effective de cet article peu contraignant et sa capacité à renforcer notre souveraineté sanitaire et à assurer la sécurité des approvisionnements.

Enfin, d'autres articles procèdent à des ajustements visant, au détour de régularisations ou de nouvelles pratiques, à réaliser des économies parfois tout à fait justifiées. Je pense ici à la prise en charge à l'article 34 des « AMM miroirs » pour les spécialités utilisées en association hors de leur autorisation de mise sur le marché, ou encore au retour à l'article 37 de la possibilité de substitution des médicaments biologiques par des biosimilaires, que le Gouvernement avait choisi d'abroger en 2020...

Je me félicite de la création, à l'article 24, d'un régime de prise en charge de droit commun des dispositifs médicaux numériques de télésurveillance et, à l'article 33, d'un accès à une prise en charge anticipée pour ceux qui présenteraient un caractère innovant. Ces mesures structureront en France un écosystème favorable au développement des thérapies numériques dont le marché pourrait augmenter de plus de 1 000 % au cours des cinq prochaines années.

Mes amendements à ces deux articles s'articulent autour de deux exigences : garantir l'interopérabilité des données collectées et exportées par les dispositifs médicaux numériques et renforcer le conditionnement de la prise en charge à l'utilisation effective par le patient du dispositif dans le cadre d'une activité de télésurveillance médicale.

Enfin, sur le volet de la prévention, le PLFSS comprend une série de mesures disparates qui consistent essentiellement à généraliser ou à prolonger des expérimentations. À l'article 42, nous nous réjouissons de la généralisation de l'expérimentation « Mission : retrouve ton cap ! », dans la prévention du surpoids et de l'obésité chez les enfants, et de l'expérimentation « Au labo sans ordo », pour le dépistage du VIH.

L'épidémie de covid-19 nous a rappelé l'urgence à déployer une politique résolue de lutte contre l'obésité dès le plus jeune âge. Pour que cette politique soit pleinement opérante, il me semble néanmoins indispensable de reconnaître le rôle déterminant des services de santé scolaire et de protection maternelle et infantile (PMI) dans la prévention du surpoids.

Enfin, s'agissant de l'extension de la gratuité de la contraception à toutes les femmes de moins de 26 ans à l'article 44, j'ai un regret. Encore une fois, on tend à faire peser sur les seules femmes la responsabilité de la contraception. Le Gouvernement a écarté, dans ses arbitrages, l'extension aux hommes de la gratuité de la contraception, alors même que cette gratuité aurait pu favoriser le développement de nouvelles méthodes de contraception masculine. À cela s'ajoute le fait que le préservatif masculin n'est encore remboursé qu'à hauteur de 60 % par l'assurance maladie.

Diverses dispositions relèvent de la prise en charge des frais de santé et des prestations en espèces. Je me félicite de l'attribution automatique du droit à la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) et de la facilitation de l'accès à ce droit pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), prévus à l'article 45. J'approuve également tant l'harmonisation du régime indemnitaire prévue dans le secteur agricole par l'article 48 que le renforcement des droits des travailleurs indépendants qui découle de l'article 47.

En revanche, je déplore le blanc-seing que le Gouvernement sollicite une nouvelle fois du Parlement à l'article 46. Non seulement il prolonge jusqu'au 31 décembre 2022 des mesures dérogatoires en matière de prise en charge des frais de santé et de bénéfice des prestations, mais il demande en outre une habilitation à légiférer par ordonnance dans ces domaines.

J'aurai l'occasion de développer différents autres sujets à l'occasion de la présentation des amendements. Cependant, je tiens à préciser que, si j'avais pu admettre l'an dernier, compte tenu du caractère très spécial de l'année 2020, l'introduction en LFSS pour 2021 de mesures relatives à l'isolement et à la contention de certains patients qui font l'objet d'une prise en charge psychiatrique, je vous propose de supprimer l'article 28. Ce sujet, important pour les droits des patients, justifie un examen plus approfondi et non une disposition examinée à la hâte alors qu'il s'agit de répondre, pour la seconde fois, à une censure du Conseil constitutionnel.

Sous réserve de mes amendements, je vous propose d'adopter ce projet de loi de financement dans son volet assurance maladie.

Mme Florence Lassarade. – *Merci pour cet exposé très clair. Les pédiatres m'ont alertée sur le risque de créer un circuit parallèle non médical en instaurant un accès direct aux orthophonistes et aux orthoptistes. Renonce-t-on définitivement à avoir des spécialistes médicaux ? Faut-il inscrire dans la loi que les paramédicaux peuvent faire aussi des diagnostics ? Nous devons trouver un équilibre entre ces deux systèmes.*

Les psychiatres hospitaliers sont également inquiets de la lourdeur de certaines mesures imposées. Après avoir réussi à calmer un patient difficile, ils seraient obligés de le réveiller toutes les six à huit heures pour lui expliquer ses droits. Si cette solution est intéressante en théorie, elle mobilise des psychiatres supplémentaires sur le terrain.

Mme Laurence Cohen. – *Lors de la séance publique, je présenterai mon analyse politique du traitement de la branche maladie dans ce PLFSS.*

Je remercie Corinne Imbert pour ses remarques, dont je partage la plupart. Pourriez-vous nous donner davantage de précisions sur l'allègement de la contribution vente en gros des spécialités pharmaceutiques à l'article 4 ? Cet article, qui pourrait passer inaperçu, nous semble être un cadeau fiscal aux entreprises du secteur, avec une perte de recettes de 35 millions d'euros en 2021 puis 27 millions en 2022, non compensée par l'Assurance maladie. Il est peu pertinent de réduire encore les recettes. Et dans cette somme, 5 millions d'euros reviendraient aux grands laboratoires pharmaceutiques, qui n'ont pas besoin de ce cadeau supplémentaire...

Je partage également l'avis de Corinne Imbert sur l'accès direct. Parlementaires, nous n'avons pas à avoir d'analyse sur la pertinence de tel ou tel professionnel de santé à intervenir. Avec l'accentuation des déserts médicaux, il faut trouver des solutions. L'essentiel est de savoir surtout si c'est la même qualité de soins qui est offerte aux patients.

L'accès direct aux orthophonistes et aux kinésithérapeutes n'entre pas dans le même cas de figure : ce sont des professions paramédicales.

Vous avez tous reçu une multitude de courriels de psychologues – ce n'est certes pas la meilleure méthode pour faire entendre sa voix... Ils ne sont pas des paramédicaux, et ne travaillent pas sur prescription médicale. Ne mélangeons pas les genres. Ils ne peuvent pas travailler de cette façon.

Ce PLFSS, finalement, est un fourre-tout où des articles s'additionnent. Alors qu'il faudrait une grande loi sur la psychiatrie et la pédopsychiatrie, tout d'un coup le Gouvernement dépose un article sur le sujet. Il en est de même pour l'autonomie : faute d'une grande loi, il dépose un article sur les Ehpad, sans cohérence nationale ni vision précise, hormis de réduire les dépenses.

M. Bernard Jomier. – *La façon dont est construit le budget de la santé est à bout de souffle. L'Ondam, datant de 1995, visait à limiter la hausse continue et libre des dépenses de santé. Le Parlement a voulu l'encadrer. Cet arbitrage budgétaire est nécessaire, mais il n'est pas normal que l'Ondam soit déterminé sans partir des besoins de santé identifiés dans les territoires. Nous sommes saisis de l'Ondam quinze jours avant d'en délibérer, mais sa construction nous échappe. Certains souhaitent une régionalisation de l'Ondam – nous n'y sommes pas favorables. Le Sénat vient d'adopter une proposition de loi organique prévoyant une loi d'évaluation budgétaire au printemps. Partons donc d'une analyse des besoins de santé incluant les instances locales pour ensuite construire l'Ondam.*

Ce PLFSS illustre l'épuisement et l'inadaptation de la logique de la construction de l'Ondam à celle du budget santé.

Corinne Imbert n'a pas évoqué la dette des hôpitaux. Le Premier ministre Édouard Philippe avait annoncé avec force trompettes une reprise historique de la dette des hôpitaux. Or dans ce texte, il n'y a rien ! Les contrats entre les agences régionales de santé (ARS) et chaque hôpital sont reportés en 2028 ou 2030.... Cette reprise est conditionnée à des « investissements structurants » dont on ne sait rien ; condition à laquelle notre rapporteure était défavorable auparavant... C'est donc un recul !

Le sujet des soins de ville a fait irruption au dernier moment. Le Gouvernement aurait pu l'inclure dans le projet de loi initial, ce qui aurait permis un examen par le Conseil d'État avec une étude d'impact. Il a préféré soit déposer des amendements à l'Assemblée nationale, soit les laisser déposer par le rapporteur général – ce qui revient au même...

Le Gouvernement a voulu reporter après l'élection présidentielle la négociation de la convention sur la valeur des actes et le parcours de soins. Il a ainsi empêché les partenaires de négocier et bouleverse, par voie d'amendement, les relations entre les professionnels, alors qu'ils sont éreintés. C'est une méthode délétère. Il fait la même chose avec les soins de ville...

Sur la pertinence des actes, en principe, celui qui prescrit ne délivre pas. Une exception peu glorieuse existe pour les actes d'imagerie, avec des redondances souvent inutiles. Là, on parle des pharmaciens qui pourraient délivrer des substituts nicotiques. Ce n'est pas la même chose que la contraception ! Un sevrage tabagique ne consiste pas juste à prescrire un médicament, il faut un test clinique.

La moindre des choses est de respecter les négociations avec les professionnels de santé.

Le fait de légiférer alors que la convention a été reportée est le parfait symbole de cette verticalité et de cet autoritarisme. Le résultat est le bricolage qui figure dans ce PLFSS.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Madame Lassarade, oui, nous prévoyons de renforcer les conditions de réalisation de certains actes par les paramédicaux, en particulier les dépistages chez les enfants. Nous vous proposons de prévoir une modification, en conséquence, du décret d'application.

En ce qui concerne la psychiatrie, j'ai été alertée par la lourdeur de certaines prises en charge, mais certaines mesures ont été prises en réaction aux censures du Conseil constitutionnel. Il est nécessaire d'organiser la prise en charge des patients placés en soins psychiatriques. Compte tenu de l'ampleur des questions soulevées par le sujet, cela ne doit pas se faire en catimini, raison pour laquelle je propose la suppression de l'article. Il faut une analyse plus approfondie, de sorte que les psychiatres jouent leur rôle dans de meilleures conditions, dans l'intérêt des patients.

Madame Cohen, l'allègement ne porte pas directement sur l'industrie pharmaceutique : les bénéficiaires en sont les grossistes-répartiteurs, à savoir ceux qui assurent l'acheminement logistique du médicament entre l'industrie pharmaceutique et les pharmacies d'officine. Il y va de leur santé financière – ils n'ont pas été bien traités ces dernières années. Or ils sont, au quotidien, un maillon indispensable de l'acheminement des médicaments, et, aujourd'hui, du vaccin contre la covid. Ils assurent cette mission de service public avec de fortes contraintes logistiques, qui ne sont pas compensées. D'autres mesures complémentaires de nature réglementaire interviendront pour restaurer les marges des grossistes, maillon intermédiaire de la chaîne du médicament que peu connaissent.

Mme Laurence Cohen. – Je l'ai bien compris quand j'ai reçu leurs représentants dans le cadre de notre proposition de loi portant création d'un pôle public du médicament. J'attire l'attention sur la baisse de recettes qui en résultera pour la sécurité sociale.

Je suis d'accord : les grossistes assurent une mission de service public et ne doivent pas être oubliés. Au reste, les « short liners », francs-tireurs très décriés dans la profession, sont-ils concernés ?

Mme Catherine Deroche, présidente. – Leur sort fera l'objet d'un amendement.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les « short liners » ne possèdent pas le stock de médicaments qu'ils livrent. Effectivement, ils ne remplissent pas de mission de service public.

Une petite part des 5 millions d'euros est destinée à l'industrie pharmaceutique, mais ce montant est minime par rapport au reste.

Concernant l'accès direct aux professionnels de santé, l'enjeu est la qualité des soins, la responsabilité.

La branche maladie du PLFSS est-elle un fourre-tout ? Pour être très honnête avec vous, quand j'ai découvert le texte, j'ai eu l'impression de vivre un grand moment de solitude...

Monsieur Jomier, la plupart des mesures d'organisation des soins de ville et l'accès direct auraient très clairement pu être envisagés dans le cadre de la « loi Rist ». Je partage votre constat sur l'absence de concertation avec les professionnels médicaux, et je vous proposerai d'imposer l'association des conseils nationaux professionnels concernés à l'élaboration des modalités d'application : cela me paraît indispensable pour certaines professions.

Pour ce qui concerne la reprise de dette, Madame la rapporteure générale proposera un amendement de suppression de l'article 5. Le dispositif proposé dans le PLFSS n'est pas clair. On ne s'y retrouve plus. Même les directions de l'État ne tiennent pas un discours clair. On le voit aussi au sein des conseils territoriaux de santé, dans l'attribution des financements et des projets de restructuration qui concernent les hôpitaux.

M. Philippe Mouiller, rapporteur pour la branche autonomie. – *La branche autonomie achève en cette fin d'année son tout premier exercice. Son jeune âge n'appelle toutefois aucune bienveillance. Après la crise sanitaire que nous avons vécue dans le secteur médico-social, je serais même tenté de dire : au contraire ! Ce budget rencontre d'abord notre frustration de n'avoir pas été saisi d'un projet de loi consacré à l'autonomie, que l'on nous promet depuis le lancement de la concertation grand âge et autonomie, il y a... trois ans. À cette frustration succède à présent la déception. Elle tient moins à un manque d'effort financier qu'à un manque de courage politique.*

Première observation : aucune conséquence de la création d'une nouvelle branche de sécurité sociale n'a encore été tirée. Nous sommes appelés, pour la deuxième année, à voter un objectif de dépenses qui inclut les dépenses de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et celles de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). La visibilité des parlementaires en a sans doute été – un peu – améliorée ; les assurés, eux, n'y ont pour l'instant pas gagné grand-chose.

Deuxième observation : nous n'avons toujours pas de vision à moyen ou long terme sur la politique de l'autonomie. Nous savons que la démographie appellera des ressources supplémentaires pour financer des dépenses croissantes. Certes, la loi du 7 août 2020, qui a créé la branche, a aussi prévu de lui transférer, en 2024, 0,15 point de CSG qui alimente pour l'heure la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Mais, pendant ce temps, il faut bien financer le déficit de la branche, qui atteindra déjà 900 millions d'euros, et je ne dis rien de ce que sont devenues les perspectives d'apurement de la dette sociale.

L'objectif de dépenses de la branche pour 2022 s'élève à 34,2 milliards d'euros, ce qui est 800 millions d'euros au-dessus de la tendance de dépense pour 2022 calculée par la commission des comptes de la sécurité sociale. Cette somme, qui n'est pas négligeable, finance essentiellement deux nouveautés, qu'il faut saluer.

D'abord, l'extension des revalorisations salariales issues du Ségur de la santé aux agents de la fonction publique hospitalière, ainsi qu'aux agents exerçant comme soignants, aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie sociale et accompagnants éducatifs et sociaux des établissements financés au moins en partie par l'Ondam. C'est un large pan, mais ce n'est pas le tout du champ médico-social. Le problème est toutefois que ces revalorisations successives, par cercles excentriques, de l'hôpital vers le secteur social, sont incompréhensibles sur le terrain, voire de l'administration elle-même, et elles déstabilisent un secteur dont les statuts sont très hétérogènes : les professionnels des services non concernés par les revalorisations sont aspirés par ceux qui en bénéficient, et nombreuses sont les structures associatives qui menacent à présent de fermeture. Dans le secteur du handicap, l'alerte est extrêmement sérieuse.

Ensuite, l'article 30 crée un tarif plancher national pour les services d'aide à domicile, dont le pouvoir réglementaire devrait fixer la valeur à 22 euros. Cet article engage aussi la réforme des structures, en prévoyant la fusion des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) dans une entité unique baptisée « services autonomie à domicile ». C'est clairement le dispositif le plus ambitieux du texte pour la branche autonomie, qui reprend de nombreuses recommandations faites depuis quelques années. Il est toutefois regrettable que l'ensemble des acteurs du domicile n'aient pas été intégrés à cette réforme et que nous n'ayons pas profité de cette opportunité pour évoquer le mode mandataire ni l'emploi direct ainsi que les prestataires de santé à domicile.

Le Gouvernement a même complété le texte à l'Assemblée nationale en ajoutant une « dotation qualité » de 3 euros finançant des services s'engageant par contrat avec les départements à respecter certaines contraintes – large amplitude horaire, intervention chez des publics fragiles ou isolés, etc. C'est une avancée notable vers la rationalisation de l'offre et l'amélioration du financement de ces structures.

À ces deux innovations, il faut ajouter, dans le texte initial du Gouvernement, la création d'un système d'information national pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la possibilité donnée aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) de jouer un rôle de plateforme de ressources.

Le Gouvernement annonce enfin quelques dizaines de millions d'euros appelés à généraliser les infirmières de nuit en Ehpad, à augmenter légèrement le temps de médecin coordonnateur en Ehpad, même s'il est aujourd'hui extrêmement difficile d'en recruter, mais aussi, dans le champ du handicap, à financer des places nouvelles, à poursuivre le plan autisme, à déployer les Communautés 360... De toutes ces annonces, on est réduit à craindre qu'elles prolongent les plans engagés précédemment, et qu'elles ne soient que du saupoudrage.

Ces mesures vont pour la plupart dans la bonne direction, mais elles illustrent les limites de la méthode consistant à retoucher ce qui peut l'être en loi de financement, faute d'avoir pu faire aboutir la concertation, pourtant bien engagée, de la loi autonomie : la vision d'ensemble est quasi absente, la concertation préalable

avec les professionnels ou les départements a été faible, mais la complexité s'accroît à chaque dispositif nouveau – songez que les concours de la CNSA aux départements transiteront désormais par une dizaine de tuyaux différents...

À ces dispositifs d'intérêt variable, les députés ont ajouté, à l'initiative du Gouvernement ou du groupe majoritaire et à l'exclusion des rapports, huit autres articles d'un intérêt, si je puis dire, plus variable encore.

Il y a d'abord, à l'article 30 bis, l'expérimentation d'une carte professionnelle pour les salariés du domicile : je ne crois pas la méthode opportune dans un contexte extrêmement tendu pour les salariés et vous proposerai de le supprimer.

L'article 31 bis propose d'expérimenter dans trois régions volontaires des plateformes d'appui gériatrique aux établissements et services médico-sociaux afin d'organiser la coordination des acteurs. Il ne faut pas décourager les bonnes volontés, mais il est douteux qu'un énième mode de coordination expérimental bouleverse la prise en charge.

L'article 32 bis se prévaut des avancées de la feuille de route « MDPH 2022 » pour élargir la mission de la CNSA auprès des maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH) et des maisons départementales de l'autonomie (MDA) aux départements eux-mêmes. Ce faisant, elle étendrait toutefois son rôle au-delà du conseil et de l'accompagnement, puisque l'article lui donne un rôle d'audit et d'évaluation... Je ne crois pas qu'il faille aller si loin pour faire mieux dans nos territoires.

L'article 32 ter transcrit en droit interne le mécanisme européen de remboursement entre institutions pour les sommes versées au titre de l'APA et de la prestation de compensation du handicap (PCH) : soit ! L'article 32 quater crée une procédure d'accréditation des organismes évaluant les établissements et services médico-sociaux (ESMS) : fort bien !

L'article 32 quinquies vise à faciliter la prise en charge par l'assurance maladie des aides techniques destinées aux personnes handicapées : c'est un sujet fondamental et assez complexe ; il faudra veiller à assouplir au maximum la procédure confiée à la Haute Autorité de santé.

L'article 32 sexies renforce les allocations journalières de proche aidant (AJPA) et de présence parentale (AJPP), en les portant au niveau du Smic, et en assouplissant une condition d'attribution du congé de proche aidant : c'est opportun.

L'article 32 septies prolonge l'expérimentation du relais des proches aidants, créée par la loi pour un État au service d'une société de confiance de 2018 : c'est entendu.

En 2003, la canicule avait donné lieu à la création de la CNSA, à l'instauration d'une journée de solidarité et au lancement d'un plan pour le grand âge. Derrière ces dispositifs plus ou moins connus du grand public, il y avait quelques idées simples : un début de réflexion stratégique sur les politiques de

l'autonomie, animées par une caisse à la gouvernance innovante ; un effort de création de ressources nouvelles ; un début de vision pluriannuelle.

Dix-huit ans plus tard, après un traumatisme social au moins égal en intensité, que propose le Gouvernement ? La transformation de la CNSA en caisse de sécurité sociale, sans l'accompagner d'aucune conséquence opérationnelle, la création d'innombrables missions et groupes de travail, dont peu d'enseignements sont tirés, et, en guise de mesures nouvelles, à présent : un effort financier pour revaloriser, quoiqu'en ordre dispersé, les rémunérations des professionnels, un tarif plancher pour l'aide à domicile et des expérimentations marginales. Nous prenons ce que l'on nous donne, mais il faut reconnaître que ces efforts ne sont pas à la hauteur des attentes.

Il est impératif de maintenir les questions d'autonomie à l'agenda politique, pour qu'enfin des décisions de financement soient prises. C'est pourquoi je vous proposerai, outre quelques modifications, sur le fond, de certains dispositifs, d'institutionnaliser le dialogue entre les différents partenaires, sous forme d'une conférence annuelle des générations et de l'autonomie, alimentant le travail du Parlement. Puisse-t-elle jouer le rôle de la conférence nationale du handicap pour faire progresser la prise en charge des plus fragiles.

Mme Michelle Meunier. – *Le ton est donné : le rapporteur a parlé de « frustration », de « déception ». Lors des nombreuses auditions qu'il a menées, nous n'avons pas entendu autre chose de la part des professionnels.*

J'y insiste, nous assistons à un vrai désarroi dans le secteur médico-social. Au-delà des postes non pourvus, des revalorisations très inégales et disparates, c'est la question du sens de leur travail qui est posée. Ce que nous avons entendu ne peut que nous inquiéter pour l'avenir. L'indispensable accompagnement humain des personnes vulnérables va faire défaut.

Toutes les mesures qui ont été énumérées ne font pas une loi. L'absence de vision, de cadre général est vraiment problématique. Comme le dit Bernard Jomier, on bricole... Bien sûr, certaines mesures vont dans le bon sens, mais elles ne permettent pas aux plus vulnérables, que sont les personnes âgées et les personnes handicapées, de se projeter.

La carte professionnelle m'a fait penser à la « bébé box » par laquelle le Gouvernement a répondu au grand malaise des sages-femmes... Nous voterons aussi l'amendement de suppression de notre rapporteur.

M. Daniel Chasseing. – *Je félicite Philippe Mouiller pour son rapport. Je suis globalement d'accord avec lui.*

Si la prise en charge de la covid a été très bien gérée par le Gouvernement, notamment avec le passe sanitaire et la vaccination dans les Ehpad, on peut dire que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale marque un renoncement concernant la cinquième branche de l'assurance maladie, dont j'avais voté la création en 2020 avec enthousiasme. Il n'y a pas de vision à long terme. On ne fait que tableer sur le transfert d'une partie de la CSG en 2024.

L'extension des mesures du Ségur de la santé va certainement progresser au 1^{er} janvier, mais, jusqu'à présent, les salaires n'ont pu être augmentés de 300 euros que dans certains établissements.

En ce qui concerne les Ehpad, un rapport de 2007 évoquait un rapport d'un pour un lorsque le GIR moyen pondéré (GMP) serait à 800, comme dans le secteur du handicap. On n'en est qu'à 0,6. Or la branche de l'assurance maladie ne permet pas de création d'emplois en Ehpad : les 200 millions d'euros correspondent, en moyenne, à 1,5 emploi dans chacun des 8 000 Ehpad. On ne trouvera pas d'infirmières de nuit, on ne trouvera que très peu de médecins coordonnateurs... On a besoin de bras pour gérer, le jour, les personnes très dépendantes, puisque le GMP atteint désormais 750 dans presque tous les Ehpad.

Comment ouvrir les Ehpad sur l'extérieur sans création d'emploi ? Si l'intention est bonne, on ne trouve pour l'instant ni le financement ni la vision pluriannuelle que demandent les directeurs, les employés et les syndicats.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – *Je n'ai pas grand-chose à ajouter à ce qu'a dit notre collègue Michelle Meunier. Je souscris également à une grande partie des propos de notre rapporteur.*

Avec Laurence Cohen, nous n'étions pas favorables à la création d'une cinquième branche ne bénéficiant d'aucune gouvernance et prise sur l'assurance maladie. Nous voulions la grande loi sur l'autonomie qui nous avait été plus ou moins promise par le Gouvernement. Cette loi est complètement morte dans l'œuf, puisque l'on discutera du sujet en moins d'une journée lors de l'examen de la branche maladie. On ne peut que regretter le renoncement du Gouvernement sur cette question qui nous concerne tous.

Dans un courrier qu'ils m'ont adressé, les représentants du Ssiad du Calaisis me disent qu'ils devront fermer la porte si des mesures ne sont pas prises sur la base de l'avenant 43 et qu'ils tiendront, au mieux, quatre à cinq mois. Si aucun financement n'est octroyé aux Ssiad, nous allons connaître de grandes difficultés sur les territoires. Que vont devenir les familles des 200 personnes qu'ils soignent tous les jours ? Nous savons tous que les Ssiad sont surbookés. Que vont devenir les salariés ?

La fuite des personnels m'inspire de grandes craintes. Les personnels en ont assez de ne pas être pris en considération. Vu ce qu'ils gagnent, il est normal qu'ils aillent voir ailleurs dès qu'on leur propose quelques dizaines d'euros en plus ! Au reste, ils sont parfois tellement fatigués qu'ils arrêtent le métier.

Mme Raymonde Poncet Monge. – *Il est vrai que l'on prend ce que l'on nous donne, mais ce bricolage pose tellement de problèmes que, pour l'instant, sur le terrain, c'est la panique. Cette façon de procéder, alors qu'une grande loi articulant les points de réforme aurait permis de la cohérence, va vraiment désorganiser le terrain.*

Voilà trois ans que l'on comble les trous dans la raquette. Au reste, des trous, il y en a encore – je pense aux CCAS, qui ne sont pas aujourd'hui concernés par la prime Ségur, ou encore aux établissements médico-sociaux, qui sont financés par les départements, et non par l'assurance maladie. En trois ans, on a désarticulé

et désorganisé tous les secteurs, alors que les opérateurs étaient déjà beaucoup trop nombreux. C'est vrai qu'il y a une fuite du personnel. Certains partent et n'atterrissent nulle part !

L'absence d'une grande loi est une déception. C'est la non-tenue d'une promesse. C'était pourtant le chantier de ce gouvernement, qui a trouvé le temps de multiplier les lois identitaires et sécuritaires...

Les acteurs se sentent méprisés. Ils en ont ras-le-bol : voilà vingt ou trente ans qu'on leur parle de la cinquième branche, qu'on empile les rapports et que l'on ne fait rien. La crise d'attractivité ne sera pas résolue. Il en est de la transition démographique comme de la transition écologique : on va droit dans le mur. Pendant que l'on attend la loi, les personnes continuent à vieillir...

On peut se réjouir de l'inscription du virage domiciliaire, que les rapports demandent depuis vingt ans, mais le primat accordé à l'établissement revient parfois de manière quasi réflexe, comme dans le centre de ressources territorial. Que des dispositifs puissent tout autant partir du domicile que de l'établissement n'est pas encore culturellement ancré.

Bien sûr, on prend en compte le prix plancher. Avec les 3 euros, on arrive à 25 euros, coût hors Ségur qui fait consensus depuis deux ans. C'est très bien, mais l'absence de la loi a des effets délétères, de désarticulation sur le secteur et d'aggravation de la non-attractivité.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – *Je regrette moi aussi l'absence d'une loi, notamment pour clarifier la gouvernance entre la CNSA et les départements.*

Ne nous abusons pas. La CNSA existe et gère un budget de 34 milliards d'euros pour la cinquième branche. Il y a d'autres intervenants. On aurait aimé pouvoir l'acter à travers une loi, mais ce PLFSS esquisse un virage domiciliaire à travers des mesures financières encore un peu légères, mais importantes. 1,5 milliard d'euros de plus seront consacrés à la cinquième branche entre 2021 et 2022, et 2,5 milliards d'euros sont annoncés pour l'investissement. A-t-on des précisions sur les perspectives en la matière, notamment au niveau des Ehpad ?

On nous annonce 2,3 ou 2,4 milliards d'euros supplémentaires en 2024, avec l'affectation de 0,15 point de la CSG. On arrive donc à environ 6,5 milliards d'euros. Le rapport Libault avait chiffré les besoins à 8 à 10 milliards d'euros en 2029-2030. J'ai l'impression que nous sommes sur la bonne voie, même si j'aurais apprécié une vision à beaucoup plus long terme – nous n'avons pas de perspectives après 2024.

J'ai bien noté les questions que se pose Monsieur le rapporteur, notamment sur les articles qui suivent l'article 32, dont certains me paraissent effectivement un peu légers.

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – Monsieur Vanlerenberghe, je pars du principe que, globalement, les acteurs et nos gouvernants ont une vraie volonté de trouver des solutions. Or il y a un problème de méthode : aujourd'hui, faute de texte global, on ne fait que compléter l'existant et apposer des pansements là où les plaies sont les plus à vif. Tous les efforts proposés, y compris sur le domicile, sont finalement annulés du fait de ce manque de vision globale autour de l'enjeu de l'autonomie.

L'effort supplémentaire du Gouvernement sur la cinquième branche s'élève à 800 millions d'euros. Le reste est le fruit des mesures bienvenues issues du Ségur de la santé, lesquelles portent principalement sur les salaires, mais également sur l'investissement, sur l'utilisation duquel nous ne disposons pas pour l'instant de planification précise.

Concernant la trajectoire financière, on a évoqué l'apport de la CSG à partir de 2024. Nous disposons aujourd'hui d'une estimation à environ 9 milliards d'euros concernant les personnes âgées. En revanche, aucune étude n'a été réalisée s'agissant des personnes handicapées. Les quelques indicateurs dont nous disposons aboutissent pratiquement à un chiffre de l'ordre de 10 milliards d'euros. Autrement dit, les besoins nouveaux sont de l'ordre de 18 à 20 milliards d'euros, alors que la trajectoire nous apporte 2,5 milliards d'euros supplémentaires annuels. Au-delà des sommes, la difficulté porte à la fois sur les recettes nouvelles, sur l'efficacité des politiques et, surtout, sur une véritable stratégie globale pour savoir où l'on va et suivant quelle planification.

Force est de reconnaître qu'un effort important est consenti pour améliorer les rémunérations, mais on a créé une telle distorsion entre salariés que l'effet bénéfique en est gommé.

Lors des auditions, même les acteurs chargés des politiques financières nous ont semblé perdus : ils ne pouvaient préciser exactement qui était concerné, entre le Ségur 1, le Ségur 2, l'avenant 43, le Laforcade 1, le Laforcade 2... Il faudra bien à un moment réaliser des tableaux récapitulatifs.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Oui !

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – Dans un même bâtiment, des salariés peuvent être concernés par la mesure d'avenant, quand leurs collègues, embauchés par la même association, ne perçoivent pas la prime. Comment voulez-vous que cela fonctionne ? On a créé aujourd'hui une désorganisation complète.

C'est la première fois que je suis aussi marqué par le désarroi complet de tous ceux que nous avons auditionnés ; c'est vrai pour les personnes âgées et encore plus pour les personnes handicapées. Les acteurs sont conscients des moyens supplémentaires mis sur la table, mais ils se rendent compte que, sur le terrain, la situation empire et qu'il n'y a pas de perspectives.

Pour ce qui concerne la méthode, je pense que, le jour où l'on aura compris que la concertation est de la coconstruction, l'élaboration de ces politiques se portera beaucoup mieux.

Mme Pascale Gruny, rapporteure pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). – Après la brutale dégradation du solde de la branche AT-MP en 2020 sous l'effet de la crise sanitaire, celui-ci revient en territoire positif pour l'année 2021. La branche serait ainsi excédentaire de 587 millions d'euros pour le seul régime général, et de 676 millions d'euros tous régimes confondus. Cela s'explique essentiellement par la reprise économique, qui a tiré vers le haut la masse salariale sur laquelle sont assises les cotisations versées par les employeurs. Pour mémoire, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 prévoyait pour cette année un excédent de seulement 200 millions d'euros pour le régime général et de 300 millions d'euros tous régimes confondus.

Une augmentation de cet excédent est prévue pour l'an prochain, et les capitaux propres de la branche, qui atteindraient 4 milliards d'euros cette année, devraient culminer à plus de 5 milliards d'euros en 2022.

La reprise de l'activité, qui s'est traduite au niveau de la branche par une croissance mécanique des accidents d'origine professionnelle, a eu un effet limité sur les dépenses, qui n'ont que peu augmenté depuis 2020. À mettre au crédit de la branche, une augmentation, encore insuffisante, des dépenses de prévention, notamment via le fonds national de prévention des AT-MP.

L'extension du périmètre du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides aux médicaments antiparasitaires vétérinaires et l'égalisation des conditions de reconnaissance des maladies professionnelles dans le secteur agricole entre l'outre-mer et l'Hexagone, toutes deux prévues par l'article 50 du PLFSS, n'auraient qu'un impact financier extrêmement limité pour 2022 et les années à venir, de l'ordre d'1 million d'euros. Par définition, la demande de rapport effectuée par l'Assemblée nationale sur la couverture AT-MP des travailleurs de plateformes, que je vous propose de supprimer, car ce rapport est déjà près d'être publié, n'aurait aucun impact financier si elle venait à être retenue.

Dans ce contexte, ce PLFSS est « neutre » pour la branche et ne contient aucune réforme modifiant son équilibre, que ce soit en recettes ou en dépenses.

Ainsi, et je fais ici le même constat que l'année dernière, le calibrage des recettes de la branche AT-MP reste déconnecté à long terme de ses besoins de financement. Le ratio d'adéquation des recettes aux dépenses pour la branche serait en hausse de six points en 2022, pour s'établir à 110 %. Il atteindrait 116 % en 2025, en l'absence de mesure nouvelle.

Cela signifie que les prestations fournies par la branche ne sont structurellement pas au niveau de la contribution demandée aux employeurs.

Si je ne méconnaissais pas les efforts de prévention que déploie la branche AT-MP, à travers notamment le programme TMS Pros depuis 2014, qui cible la prévention des troubles musculo-squelettiques, ou la formation des salariés par l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), j'ai été alertée sur le fait que le capital de subventions attribuables aux très petites entreprises (TPE) a été entièrement consommé dès avril de cette année, ce qui indique un problème d'offre par rapport à la demande de prévention.

Au regard de ses marges de manœuvre financières, il serait donc possible que la branche, dans le cadre de la prochaine convention d'objectifs et de gestion (2023-2027) et en cohérence avec l'accord national interprofessionnel de décembre 2020 sur la santé au travail, prévoie une augmentation enfin conséquente des dépenses de prévention – notamment à travers des aides et des incitations financières à destination des entreprises –, et poursuive dès que possible l'ajustement à la baisse des cotisations, en cohérence avec la baisse tendancielle, bien qu'inégale selon les secteurs, de la sinistralité.

J'insiste tout particulièrement sur ce point : il importe, pour rééquilibrer la situation de la branche, de diminuer les cotisations versées par les entreprises et, en gage, d'exiger d'elles qu'elles mènent des actions de prévention plus importantes, notamment grâce à l'excédent cumulé dégagé par la branche.

Pour en terminer sur ce thème de la prévention, qui m'est cher, je ne peux que me féliciter de la transposition au régime agricole de certaines dispositions contenues dans la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, dont j'avais été rapporteure avec Stéphane Artano. Cette transposition, opérée par l'article 48 du PLFSS, confie à la Mutualité sociale agricole, dont je salue l'action auprès de nos agriculteurs et pour nos territoires, un rôle renforcé en matière de prévention de la désinsertion professionnelle.

La branche AT-MP fait par ailleurs l'objet de transferts au bénéfice de fonds d'indemnisation, notamment pour les victimes de l'amiante, mais aussi à destination des branches maladie et dans le cadre du financement de dépenses liées à la pénibilité, qui représentent, au total, un poids important.

Le poids de ces transferts dans les dépenses de la branche continue de diminuer, globalement, de 5 % en 2021, ce que nous pouvons relever avec satisfaction. Mais cette baisse se suivrait d'une hausse équivalente pour 2022.

Si la dotation au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) a augmenté de 13 % en 2021, en 2022, le montant de cette dotation diminuera en revanche de 468 millions à 327 millions d'euros afin de ramener le résultat cumulé du fonds à l'équilibre, après le résultat excédentaire de 53 millions d'euros qui serait enregistré en 2021.

Le montant de la dotation au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) se maintiendra quant à lui à 220 millions d'euros. Cela est dû non pas à une stabilisation des demandes d'indemnisation, qui ont repris après le confinement, mais à une volonté de ramener le fonds de roulement du FIVA à un niveau prudentiel, jugé suffisant, correspondant à deux mois de dépenses d'indemnisation. L'augmentation prévisible des demandes d'indemnisation, liées à des maladies se déclarant 30 à 40 ans après l'exposition à l'amiante, devra conduire à envisager une hausse de cette dotation dans les années à venir.

Le transfert au titre du compte professionnel de prévention (C2P), dont une partie est fléchée vers la branche vieillesse, diminuera quant à lui très fortement, de 70 %, en 2022, pour atteindre 30 millions d'euros, ce qui témoigne d'une montée en charge du dispositif plus lente que prévu. Par ailleurs, 94 millions seraient transférés à la branche vieillesse au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente, soit une augmentation de plus de 40 %, liée à une meilleure information délivrée aux assurés quant à l'existence de ce dispositif.

Le principal transfert pesant sur la branche AT-MP reste néanmoins celui qui est effectué au bénéfice de la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des maladies professionnelles. Il augmenterait de 100 millions cette année, pour atteindre 1,1 milliard d'euros.

Tous les trois ans, une commission évalue le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des AT-MP. Pour procéder à cette évaluation, la commission dispose de données épidémiologiques mesurant la prévalence d'une pathologie ou d'un sinistre, ce qui lui permet d'obtenir un nombre de cas total imputable à l'activité professionnelle. Soustrayant à ce nombre total le nombre de cas effectivement reconnus par la branche AT-MP, elle identifie pour chaque pathologie un nombre de cas sous-déclarés, qu'elle multiplie par un montant moyen observé de prise en charge par la branche AT-MP. L'estimation fournie par cette commission en juin 2021 prend la forme d'une fourchette comprise entre 1,2 et 2,1 milliards d'euros.

Pourtant, de nombreuses actions ont été menées par les deux branches maladie et AT-MP en matière de lutte contre la sous-déclaration. Si la formation des médecins aux enjeux AT-MP, dont je rappelle qu'il leur revient en premier de détecter l'origine professionnelle d'une dégradation de l'état de santé, et l'information des victimes demeurent perfectibles, plusieurs des recommandations du rapport de 2017 ont été mises en œuvre et celles du rapport de 2021 sont en passe de l'être.

Le maintien de ce transfert à un niveau aussi élevé, qui se fonde certes sur les travaux de la commission d'évaluation, mais qui résulte avant tout d'un choix politique, laisse entendre qu'aucun progrès n'a été accompli sur cette question, ce qui est faux. Depuis la mise en place du transfert en 1997, celui-ci n'a jamais diminué. Tout porte à croire que ce versement, dont le montant est pris en compte dans la détermination des éléments de calcul de la cotisation AT-MP et pèse donc sur les entreprises, sert principalement à contribuer au rééquilibrage de la branche maladie. Or la cotisation AT-MP est censée responsabiliser les employeurs sur leur sinistralité, et non pallier les difficultés d'autres branches.

Je précise enfin que la Cour des comptes a mentionné l'existence de difficultés dans la correcte imputation des dépenses : il peut ainsi arriver que la composante d'une pathologie soit reconnue comme maladie professionnelle et que son indemnisation soit imputable à la branche AT-MP, alors qu'elle devrait en réalité être imputée à la branche maladie.

L'horizon que s'est fixé le Gouvernement est d'atteindre la fourchette basse de l'estimation déterminée par la commission d'évaluation de la sous-déclaration, soit 1,2 milliard d'euros, dès 2023. Mais, si, pendant les sept dernières années, lors desquelles le versement a été fixé à 1 milliard d'euros, ce versement avait pris pour référence la fourchette basse des estimations de la commission d'évaluation, il s'en serait suivi un gain moyen pour la branche d'un peu plus de 200 millions d'euros. Il conviendrait selon moi de les soustraire au 1,2 milliard d'euros que le Gouvernement cherche à atteindre.

Je vous proposerai donc un amendement tendant à maintenir le montant du versement pour 2022 à la branche maladie à 1 milliard d'euros. Les 100 millions restant pourraient judicieusement être utilisés pour financer des actions de prévention. Pensons ainsi aux personnes proches de la retraite. Si un report de l'âge de départ venait à être mis en œuvre dans les années à venir, il faudrait s'assurer que leurs conditions de travail leur permettent de partir à l'âge prévu, alors même qu'aujourd'hui de nombreux salariés en fin de carrière sont fréquemment en arrêt de travail. L'enjeu de la prévention est aussi celui-ci : que les salariés partent à la retraite en bonne santé. In fine, cela aura un impact positif sur l'équilibre de la branche maladie.

Avant d'en terminer, permettez-moi simplement de souligner l'enjeu de la hausse des affections psychiques reconnues. Étant fondamentalement plurifactorielles, elles ne bénéficient pas d'un tableau de maladie professionnelle et de la présomption d'imputabilité qui lui est associée. Elles peuvent toutefois être reconnues grâce à la voie complémentaire par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles, dès lors que leur lien avec l'activité professionnelle est essentiel et direct, et que l'affection a entraîné un taux d'incapacité permanente de plus de 25 %. Même s'il est difficile d'obtenir des chiffres incontestables en matière de reconnaissance de ces maladies, les indicateurs d'épuisement professionnel et de stress chronique sont inquiétants.

Sous ces réserves, je vous invite à vous prononcer en faveur de l'objectif de dépenses de la branche, fixé à 14,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2022.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Il faut faire un effort en matière de prévention. On est pour l'heure davantage dans une démarche curative et de réparation.

Il faut également revoir certaines conditions des tableaux de maladies professionnelles. Pour entrer dans le tableau, les soignants ayant contracté la covid devaient avoir été hospitalisés ou être passés par l'oxygénothérapie ; les arrêts maladie d'assez longue durée et les covid longs n'ont pas du tout été pris en compte. Cela a conduit à une très importante sous-estimation et a provoqué beaucoup de mécontentements.

Il faut ensuite se pencher sur la sous-déclaration des maladies professionnelles. Si je comprends bien, on compense pour l'assurance maladie, qui a pris en charge de façon indue ce qui devait être pris en charge par la branche

AT-MP, mais on ne répare pas le préjudice pour les salariés. Ce qu'il faut, c'est mettre un terme à la sous-déclaration, quel que soit le montant.

Nous avons désormais un certain recul sur le recul de l'âge de départ à la retraite de 60 à 62 ans. Certes, il faut améliorer les conditions de travail des seniors, mais la sinistralité est fortement corrélée au prolongement de l'activité. L'espérance de vie en bonne santé stagne... On doit partir à la retraite en bonne santé. Au reste, tout allongement de l'âge de départ à la retraite impactera fortement la branche AT-MP. Si l'on veut équilibrer une branche en en déséquilibrant une autre, faisons une mesure d'âge.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Chère collègue, la prise en compte de la prévention était aussi une préoccupation de l'accord national interprofessionnel (ANI) et du texte que j'avais présenté avec Stéphane Artano et que nous avons voté avant l'été.

S'agissant du tableau des maladies professionnelles, il faut se servir des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles. Ils ont été importants pour la covid. Je souscris à ce que vous avez dit sur la reconnaissance de cette maladie. Les comités régionaux permettent de compenser la non-reconnaissance dans un des tableaux de maladies professionnelles.

Pour ce qui concerne la sous-déclaration, j'estime que les médecins doivent être incités à aider à la reconnaissance. La constatation devrait normalement se faire directement dans l'entreprise ainsi que par les médecins et les médecins du travail.

Force est de constater que, en Europe du Nord, où l'on travaille plus tard, on arrive à la retraite en meilleure santé. Tout le monde doit travailler sur ce sujet, à la fois la médecine de ville et la médecine du travail.

Reste le sujet des risques psychosociaux, qui sont de plus en plus importants. Au Danemark, avec Stéphane Artano, nous avons finalement constaté les mêmes difficultés.

M. René-Paul Savary, rapporteur pour la branche vieillesse. – Il me revient, dans le cadre de l'examen de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, de vous présenter dans les grandes lignes la situation et les perspectives de la branche vieillesse, c'est-à-dire de l'ensemble constitué par les régimes obligatoires de base, dont le régime général, et par le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

En apparence, la situation financière de la branche n'est pas aussi désastreuse que le laissait présager la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021. En effet, l'activité économique a ralenti moins fortement qu'anticipé au début de la crise sanitaire, avec une diminution du PIB de 7,9 % en 2020, au lieu des 11 % annoncés, et un taux de croissance de 6 % en 2021. Le produit des cotisations sociales perçues par les caisses de retraite a donc diminué beaucoup moins que ce que nous envisagions initialement.

Le déficit des régimes obligatoires de base reculerait ainsi de 900 millions d'euros par rapport à 2020, soit 4 milliards d'euros, dont 3,7 pour le seul régime général. Ce mouvement est lié au rebond de la masse salariale et à la régularisation des cotisations des travailleurs indépendants reportées de 2020 à 2021.

En parallèle, le déficit du FSV s'établirait à 2,4 milliards, en recul de 100 millions d'euros par rapport à 2020. Si les charges du fonds croissent sous l'effet des prises en charge de cotisations au titre des périodes de chômage, leur progression reste inférieure à l'augmentation de ses recettes, portée par le dynamisme de la CSG sur les revenus du patrimoine en période de reprise.

Le déficit de la branche vieillesse s'élèverait donc à 6,4 milliards d'euros, contre 7,4 en 2020. Rappelons que la LFSS pour 2021 prévoyait un déficit de 11,4 milliards d'euros, soit 5 milliards d'euros de plus.

Pour 2022, les perspectives sont à la poursuite de cette amélioration de la conjoncture. Les dépenses des régimes obligatoires de base atteindraient près de 257 milliards d'euros, en progression de 2,5 %, en raison de l'inflation. Leurs recettes, elles, augmenteraient de 2,7 %, pour s'établir à 253 milliards d'euros, toujours du fait de la croissance de la masse salariale et du produit des cotisations sociales.

Il en résulterait un recul du déficit des régimes obligatoires de base de l'ordre de 400 millions d'euros, soit 3,6 milliards.

Le FSV, quant à lui, continuerait à bénéficier de la hausse du produit de la CSG sur les revenus du patrimoine, tandis que la reprise permettrait de réduire le niveau des prises en charge de cotisations d'environ 100 millions d'euros. Son déficit global devrait s'en trouver réduit de 800 millions d'euros, le ramenant à 1,6 milliard d'euros. En définitive, le déficit de la branche vieillesse reculerait de 1,2 milliard d'euros en 2022, date à laquelle il atteindrait 5,2 milliards.

Malheureusement, d'après les projections du Gouvernement, il s'agit là de la dernière année de réduction du déficit. En effet, à défaut des mesures paramétriques nécessaires au redressement de la situation financière de la branche, l'évolution des dépenses devrait être plus rapide que celles des recettes dès 2023.

En effet, il est prévu, d'une part, que l'inflation se stabilise à un niveau relativement soutenu. D'autre part, le vieillissement démographique poursuit sa course, avec l'arrivée à l'âge de départ en retraite des générations nées dans les années 1960, dégradant le ratio démographique du système de retraites. Pour rappel, le nombre d'actifs cotisants par retraité est passé de 2,1 à 1,7 en vingt ans et devrait tomber à 1,5 d'ici 2020 et à 1,3 d'ici 2070.

Enfin, la croissance du PIB et celle de la masse salariale du secteur privé, qui portent la dynamique actuelle de réduction du déficit de la branche vieillesse, ralentiraient au cours des prochaines années à mesure que le niveau d'activité économique d'avant-crise serait rattrapé.

Le déficit de la branche vieillesse commencerait alors à se dégrader de nouveau, pour atteindre 10 milliards d'euros d'ici 2025.

Or, pour éviter ce scénario catastrophe, qui remettrait gravement en cause la confiance des jeunes générations dans le financement du système de retraite, aucune mesure majeure n'est prévue dans ce PLFSS, alors que la grande réforme systémique promise depuis le début du quinquennat est renvoyée aux calendes grecques et que le Gouvernement nous a longtemps fait miroiter des décisions pour cet automne.

D'ailleurs, peu de mesures nouvelles ayant une incidence sur la branche vieillesse sont prévues par le PLFSS pour 2022. Citons toutefois l'article 3, qui permet aux professionnels de santé retraités ayant repris ou poursuivi leur activité durant la crise sanitaire de cumuler intégralement leur revenu d'activité et leur pension de retraite sans condition ; les articles 14 et 14 bis, qui limitent à cinq ans la possibilité d'exercer sous le statut de conjoint collaborateur de travailleur indépendant ou d'agriculteur et auront des incidences sur les droits à pension des intéressés ; l'article 51, qui prévoit la validation par les travailleurs indépendants frappés par la crise sanitaire d'un nombre de trimestres de retraite équivalant au nombre moyen de trimestres validés entre 2017 et 2019 ; l'article 52, qui permet de racheter des trimestres de retraite à certains travailleurs indépendants qui n'ont pas pu cotiser au titre de l'assurance vieillesse pendant de nombreuses années, car leur profession n'était pas reconnue par la loi – je pense notamment aux chiropracteurs, naturopathes et ostéopathes, ainsi qu'aux travailleurs indépendants de Mayotte, qui n'ont pas pu verser de cotisations sociales depuis 2012, car aucun texte réglementaire n'a fixé le taux de cotisations applicable ; l'article 52 bis, inséré par l'Assemblée nationale, qui permet aux organismes gérant l'affiliation des artistes-auteurs à leur régime de sécurité sociale, l'Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs (Agressa) et la Maison des Artistes, de financer, via l'action sociale, le rachat de trimestres par leurs ressortissants. En effet, l'Agressa n'a pas recouvré les cotisations d'assurance vieillesse de quelque 190 000 artistes-auteurs depuis sa création en 1975 jusqu'au transfert du recouvrement aux Urssaf en 2019 ; enfin, l'article 53, qui étend le bénéfice de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux, en tirant les conséquences d'une décision du Conseil constitutionnel.

Ces dispositions, bien qu'intéressantes, ne sauraient toutefois constituer une réponse suffisante aux menaces qui pèsent sur le financement des retraites de nos concitoyens. Par conséquent, je vous proposerai tout à l'heure d'adopter un amendement qui permettra au Sénat de prendre ses responsabilités et de rappeler au Gouvernement les siennes.

Comme nous l'avons voté l'an dernier, une conférence sur l'équilibre et le financement des retraites, réunissant des représentants des organisations syndicales de salariés et des employeurs, ainsi que des représentants de l'État, serait chargée de formuler des propositions en vue d'atteindre l'équilibre financier de l'ensemble des régimes de retraite de base en 2030. Pour ce faire, la conférence pourrait proposer d'agir, dans la limite du besoin de financement nécessaire au rétablissement de l'équilibre, sur l'âge d'ouverture des droits à retraite, sur les conditions d'âge et de durée d'assurance requises pour l'obtention du taux plein, sur les modalités de décote et de surcote ; sur l'affectation de recettes à l'assurance vieillesse et sur la mobilisation du Fonds de réserve pour les retraites.

Si la conférence ne parvenait pas à formuler des propositions ou si celles-ci n'étaient pas suffisantes à ramener les régimes de retraite de base à l'équilibre en 2030, des mesures paramétriques seraient prises à cet effet.

Il s'agit d'abord de porter l'âge légal de départ en retraite de 62 à 64 ans à l'horizon 2030, avec une augmentation progressive de trois mois par génération pour aboutir à notre objectif à compter de la génération 1966. D'après la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), cette seule mesure rapporterait, à l'échelle de l'ensemble du système de retraite, 16 milliards d'euros en 2030, date à laquelle les déficits de la CNAV et du FSV devraient atteindre 10,5 milliards d'euros.

Ensuite, il paraît nécessaire d'accélérer le calendrier de déploiement de la réforme Touraine de 2014, qui porte progressivement la durée de cotisation nécessaire pour l'obtention du taux plein à 172 trimestres, soit 43 annuités, d'ici 2035 pour la génération 1973. En cohérence avec la mesure d'âge proposée, je vous propose d'avancer l'application de cette durée de cotisation à la génération 1966, qui atteindra l'âge légal de 64 ans en 2030. L'âge d'obtention automatique du taux plein, quant à lui, ne serait pas modifié et resterait fixé à 67 ans.

Enfin, dans un souci d'équité, les régimes spéciaux convergeraient vers ces nouveaux paramètres avant 2032, selon des conditions et un calendrier fixés par décret en Conseil d'État.

On dit souvent que toutes les routes mènent à Rome. De même, plusieurs chemins peuvent théoriquement être empruntés pour ramener le système de retraite à l'équilibre. Mais nous écartons d'office la diminution des pensions et l'augmentation des cotisations. J'ajoute que le recours à la dette n'est pas une solution, car celle-ci devra tout de même être remboursée par les générations futures – la dette compromet le principe même de la répartition. Dès lors, seuls le report de l'âge de départ et l'accélération de l'allongement de la durée de cotisation, tels que je vous les propose, sont à même de prévenir le désastre annoncé.

Notez toutefois que même ces dispositions ne suffiraient pas, à terme, à compenser l'effet du vieillissement démographique, qui, à législation constante, devrait porter le déficit de la CNAV à 74 milliards d'euros en 2070.

Face à cette tendance de fond, nous n'avons pas le choix : quand on vit plus longtemps, il est normal de travailler plus longtemps, comme on le fait chez nos voisins européens.

Je sais pouvoir compter, mes chers collègues, sur votre sagesse et votre sens des responsabilités pour soutenir ces mesures de bon sens et d'intérêt général.

Ne laissons pas peser sur nos enfants et sur nos petits-enfants une charge excessive à défaut d'avoir su agir à temps.

Mme Catherine Deroche, présidente. – *Je rappelle que, en 2070, l'augmentation de la population sera exclusivement le fait des personnes âgées de plus de 65 ans.*

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – *Je suis tout à fait d'accord avec le principe d'une conférence.*

Relativisons : dans le déficit de la sécurité sociale, les retraites représentent, cette année, 3,6 milliards d'euros, quand l'assurance maladie pèse à hauteur de 19,7 milliards d'euros. Quand on fait des projections, les deux se rejoignent, avec 10 à 12 milliards d'euros de déficit supplémentaire pour l'assurance maladie et environ 9 à 10 milliards d'euros pour l'assurance vieillesse à l'horizon 2025.

Monsieur Savary est dans son rôle quand il fait des propositions. Je pense qu'une conférence est une excellente chose, même si j'ai clairement entendu les partenaires sociaux dire qu'ils n'en voulaient pas cette année. Lors de la consultation que nous avons menée sur la proposition de loi organique, la porte a semblé vraiment fermée... Or il est difficile de traiter ce sujet sans tenir compte de leur avis, quand on sait que 75 % du financement des retraites proviennent des cotisations sur le travail.

Monsieur le rapporteur, vous proposez d'augmenter l'âge légal de départ si la conférence n'aboutit pas à un accord. Permettez-moi de rappeler que nous avons regretté que le Gouvernement indique le chemin à l'Unédic en convoquant une conférence...

Pour ma part, je suis favorable à l'accélération du calendrier de la réforme Touraine, qui me paraît plus juste. En effet, l'augmentation de la durée de cotisation permet de tenir compte de l'âge d'entrée dans la carrière professionnelle. L'âge de départ ne peut être le même suivant que l'on a commencé à travailler à 17 ou à 25 ans ! Il est assez classique de commencer un métier manuel vers 17 ou 19 ans. Avec une durée de cotisation de 43 ans, on est déjà à 62 ans... Pourquoi vouloir absolument mettre la barre à 64 ans minimum pour tout le monde ? Le cadre qui aura commencé à travailler à 25 ans devrait alors partir à 68 ans pour toucher une retraite à taux plein.

Sortons de l'idée un peu réductrice que l'âge de départ réglerait le problème du déficit. Il faut ajuster plusieurs paramètres.

À cet égard, le rapport Tirole-Blanchard est très intéressant. Il parle d'une fenêtre, et non d'un âge de départ, justement pour tenir compte de l'âge d'entrée dans la carrière. Autrement dit, il appelle à jouer sur la durée de cotisation et à tenir compte de la démographie, qui sera très défavorable : à terme, il y aura plus de retraités et un peu moins de cotisants. Il faudra donc trouver les moyens de rétablir l'équilibre. Cela ne peut venir que des recettes, puisque l'on ne veut pas réduire les pensions. On pourrait imaginer que ces dernières soient indexées sur d'autres critères que l'inflation, notamment sur la croissance des salaires, ce qui serait d'ailleurs beaucoup plus juste en termes de cotisations.

M. Daniel Chasseing. – *Monsieur le rapporteur a évoqué la baisse du nombre d'actifs cotisants par retraité et a bien détaillé ce qui risquait d'arriver pour les retraites dès lors que l'on ne veut pas de diminution des pensions ni d'augmentation des cotisations. Si l'on augmente les cotisations, on créera du chômage, parce que les entreprises ne seront pas compétitives...*

Je suis tout à fait d'accord avec le principe d'une conférence réunissant les partenaires sociaux pour définir des propositions en vue d'arrêter le déficit. L'État devra aussi prendre ses responsabilités.

Je suis également tout à fait d'accord avec la modification de la loi Touraine.

L'année dernière, Monsieur le rapporteur avait évoqué une piste intéressante : l'augmentation du travail partiel des seniors, qui pourraient être des tuteurs. Une telle mesure permettrait d'aller plus loin dans le recul de l'âge de départ à la retraite. C'est vraisemblablement ce qu'il faudra faire, mais attendons peut-être la conférence.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Si l'on organise une conférence, il va falloir se débarrasser de certains présupposés idéologiques. J'attends que l'on me prouve que l'augmentation des charges crée du chômage ! Un prix Nobel vient justement d'affirmer qu'une hausse des salaires ne pénalisait pas forcément les emplois.

Si la conférence est très large et aborde tous les sujets – l'ouverture des droits à la retraite comme l'affectation de nouvelles recettes à l'assurance vieillesse – , je ne vois pas pourquoi on évoque un échec de ses travaux, disant que, si la conférence n'aboutit pas, on augmentera l'âge de départ à la retraite... Il ne faudrait pas que l'on débouche au front total du refus, assez catastrophique, qui prévaut pour l'assurance maladie.

J'insiste sur le fait que l'âge est l'un des paramètres les moins intéressants sur de nombreux aspects. Je rappelle que, lorsque l'on a augmenté l'âge de départ à la retraite, les critères de pénibilité sont passés de dix à quatre ; ils n'ont ensuite plus du tout été appliqués. Cela explique que, si l'âge moyen de départ à la retraite est de 63 ans, une personne sur deux n'est déjà plus en activité au moment de partir.

Cette année, l'Agirc-Arrco réduit les pensions : on voit bien que dans le régime complémentaire, la réforme systémique conduit à la baisse des pensions !

La création d'une conférence est une très bonne initiative, mais je suis contre votre proposition en cas de conférence non conclusive.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Je ne suis pas d'accord avec Jean-Marie Vanlerenberghe quand il affirme que 3,6 milliards ce n'est rien. On peut toujours considérer que 3,6 milliards, ce n'est rien par rapport au 19 milliards de déficit de la branche maladie, et même trois fois rien par rapport au déficit de l'État ! Mais on ne peut rester sans rien faire, car ces déficits s'accumulent chaque année pour atteindre des sommes astronomiques : il faut équilibrer le système. Peut-être certains voudraient-ils remettre en cause la répartition au profit de la capitalisation, mais ce n'est pas notre choix.

Avec la conférence des financeurs, nous faisons confiance aux partenaires sociaux pour prendre leurs responsabilités. Nous prenons les nôtres dès à présent.

Soit on touche à l'âge légal, soit on allonge la durée de cotisation – comme dans la réforme Touraine. Mais si l'on allonge la durée de cotisation sans toucher à l'âge légal, le niveau des pensions sera impacté. L'âge légal doit donc être porté à 64 ans – comme c'est le cas dans la plupart des pays européens – pour tenir compte de notre espérance de vie, même si l'on sait que les inégalités sont énormes.

Le rapport Tirole offre le choix de l'âge de départ. Mais il s'applique à un régime par points et ne concerne que les salariés, à l'exclusion des fonctionnaires et des indépendants.

La retraite progressive doit être favorisée, mais ne rêvons pas : les prévisions à long terme montrent que, quels que soient les scénarios, le déficit atteindra 70 milliards d'euros en 2050, avec de surcroît un niveau de vie moyen des retraités bien inférieur à celui que nous connaissons aujourd'hui. Cela pénalisera toute une génération qui cotisera plus et percevra moins.

C'est pourquoi il nous paraît important de marquer notre volonté de rétablir la trajectoire budgétaire dans cette branche.

Mme Catherine Deroche, présidente. – *Ce quinquennat aura été le seul à faire l'impasse sur les retraites, après avoir annoncé pendant deux ans une réforme soi-disant miraculeuse...*

M. Martin Lévrier. – *Et la pandémie ?*

Mme Catherine Deroche, présidente. – *Cela n'a rien à voir : la pandémie n'empêchait pas une réforme des retraites.*

M. Olivier Henno, rapporteur pour la branche famille. – *Après un déficit provoqué par la crise sanitaire en 2020, le solde de la branche famille retrouverait cette année la tendance excédentaire qu'il suivait depuis 2018. En 2021, l'excédent devrait ainsi s'élever à 1,2 milliard d'euros. Ce prompt rétablissement est la conséquence de la reprise économique qui a soutenu les recettes de la branche par un rebond important des produits des cotisations sociales et de la CSG.*

Les dépenses augmenteraient légèrement en 2021 en neutralisant l'effet du transfert de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) à la branche autonomie. Les dépenses de prestations pour la garde des enfants seraient les plus dynamiques en raison du retour à la normale après les confinements successifs de 2020.

Pour 2022, les prévisions du Gouvernement indiquent que la situation de la branche continuerait à s'améliorer avec un excédent de 1,7 milliard d'euros. Ce solde cache un transfert ponctuel d'un milliard d'euros à la branche maladie afin de compenser le coût des indemnités journalières accordées pendant la crise sanitaire pour la garde des enfants.

Au-delà des perspectives financières rassurantes, cette année encore, la branche famille ne fait l'objet que de très peu de mesures dans le PLFSS. Cette situation est d'autant plus décevante que la politique familiale dans notre pays a besoin d'un sursaut pour mettre fin au déclin de la natalité, mais aussi pour répondre aux inquiétudes des familles quant à la conciliation de leurs vies professionnelle et familiale ou à celles des professionnels de la petite enfance comme les assistantes maternelles quant à leurs conditions de travail.

Si l'on peut donc reprocher à ce PLFSS un grand vide, les quelques dispositions qui s'y trouvent me semblent de bon sens.

La principale mesure qui nous est soumise est la systématisation de l'intermédiation financière des pensions alimentaires qui parachève le mouvement de réforme visant à prévenir les situations d'impayés de ces pensions. Les titres exécutoires fixant les pensions alimentaires peuvent mentionner le recours à l'intermédiation tandis que tous les parents peuvent, depuis le 1^{er} janvier 2021, la demander à leur caisse d'allocations familiales (CAF) s'ils le souhaitent. Toutefois, le bilan provisoire de cette réforme montre une mobilisation insuffisante des professionnels du droit – avocats, notaires, juges – pour faire connaître cette possibilité aux parents en instance de séparation. Le système actuel n'a pas pleinement atteint ses objectifs.

L'article 49 propose donc de rendre applicable l'intermédiation par la CAF dès l'émission d'un titre exécutoire fixant le montant de la pension alimentaire. Par dérogation, les parents pourront refuser conjointement ce dispositif, sauf si le parent créancier a été victime de menaces ou de violences volontaires commises par le parent débiteur. L'article renforce également les sanctions applicables aux parents qui se soustraient à leur obligation de versement de la créance. Je vous proposerai d'adopter cet article qui permettra de prévenir beaucoup plus efficacement les impayés de créances alimentaires et ainsi de réduire la précarité des familles notamment monoparentales.

L'article 48 bis propose d'inscrire expressément dans la loi la possibilité pour tous les organismes de sécurité sociale, les administrations de l'État ou les organismes comme Pôle Emploi d'échanger les données dont ils disposent – par exemple les données bancaires – pour la gestion effective des prestations. L'objectif est donc de ne plus solliciter les allocataires pour obtenir des informations que les caisses peuvent déjà connaître. Sans révolutionner la gestion des prestations, puisque les échanges de données sont déjà largement pratiqués, ces dispositions vont dans le bon sens en ce qu'elles favoriseront la simplification des démarches.

L'article 49 bis renforce l'obligation incombant aux CAF d'informer les allocataires sur la nature et l'étendue de leurs droits. Ces dispositions correspondent largement à la pratique déjà déployée dans les CAF de lutte contre le non-recours aux prestations. Je vous proposerai d'adopter une partie de ces dispositions notamment en ce qu'elles rendent expresse l'obligation d'informer les allocataires de leurs droits aux congés familiaux. En revanche, il est préférable de supprimer l'obligation déjà satisfaite par une précédente LFSS d'information des femmes enceintes lors de leur déclaration de grossesse à la CAF.

L'article 49 ter précise les modalités de versement et de revalorisation annuelle de la prestation d'accueil et de restauration scolaire (PARS). Cette prestation est versée par les CAF d'outre-mer et par la caisse de sécurité sociale de Mayotte aux entreprises ou collectivités gérant la restauration scolaire et permet ainsi d'abaisser le coût du service pour les familles des 349 000 élèves ultramarins bénéficiaires. En l'état du droit, l'allocation doit faire l'objet d'un arrêté interministériel chaque année afin de déterminer les montants de la contribution forfaitaire accordée pour chaque repas ou collation. Outre que ces arrêtés sont publiés tardivement, les modalités de détermination des contributions forfaitaires ne sont pas lisibles. Leur montant a été injustement gelé depuis plusieurs années.

L'article propose que la revalorisation annuelle de la prestation se fasse par application du coefficient de revalorisation des prestations sociales, lui-même ancré sur l'inflation. Cette mesure me paraît souhaitable pour rendre cette prestation davantage prévisible.

L'article 49 quater vise à décaler au plus tard au 1^{er} septembre 2024 l'entrée en vigueur du tiers payant pour le complément de libre-choix du mode de garde (CMG) accordé aux parents ayant recours à une association ou une entreprise pour la garde de leurs enfants. Initialement prévue au 1^{er} janvier 2022, la mise en place de cette réforme apparaît nécessaire pour éviter aux familles d'avancer l'intégralité des frais de garde de leur enfant et de recevoir a posteriori le CMG. Des difficultés techniques entravent le déploiement de cette réforme et c'est pourquoi le Gouvernement a introduit par amendement cette disposition visant à retarder son entrée en vigueur. Avec regret, je vous proposerai d'adopter cet article compte tenu de l'impossibilité de déployer le tiers payant dès janvier prochain.

Enfin, l'article 60 fixe l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2022 à 49,7 milliards d'euros.

Ainsi, les dispositions proposées ne soulèvent pas de difficultés de fond, mais le PLFSS apparaît en décalage avec ce qu'exigerait la situation de la natalité dans notre pays. L'indicateur conjoncturel de fécondité ne cesse de chuter pour atteindre 1,87 enfant par femme en 2019 alors qu'il était supérieur à 2 en 2012. Sur cette même période, le nombre de naissances annuel a baissé de 77 000. C'est tout notre système de sécurité sociale reposant sur une démographie dynamique qui pourrait être à terme fragilisé.

Je suis convaincu qu'une des raisons de la chute de la fécondité est la remise en cause de notre modèle de politique familiale. En 2015, la modulation du montant des allocations familiales selon les ressources du foyer a brouillé la lisibilité de ce modèle en assignant un objectif redistributif à une prestation universelle. Afin de renouer avec une politique familiale ambitieuse, je déposerai prochainement une proposition de loi visant à revenir sur cette modulation. En s'assurant du renouvellement des générations, les dépenses de la branche famille doivent être perçues non pas tant comme des charges, mais comme un investissement pour l'avenir.

M. Christian Klinger, rapporteur pour avis de la commission des finances. – Dans le PLFSS pour 2022, le déficit agrégé diminue de 37 %, mais il s'établit à 21,6 milliards d'euros. Cela doit nous interroger sur la trajectoire des comptes sociaux pour les années à venir. La Cour des comptes parle de « déficit permanent »... Sur les années 2022 à 2025, le déficit annuel continuera d'osciller entre 13,3 et 14,6 milliards d'euros. Or le Gouvernement n'a pris aucune mesure structurelle significative pour améliorer les comptes sociaux. Je suis particulièrement inquiet pour la branche vieillesse dont les déficits vont tripler entre 2022 et 2025.

La dette de la Cades devait s'éteindre en 2024, mais un transfert de 136 milliards d'euros a repoussé cette échéance à 2033. Cette nouvelle échéance ne pourra probablement pas être tenue non plus. D'autant que les ressources de la

caisse vont diminuer, compte tenu du transfert de 0,34 point de CSG. J'avais initialement proposé un avis réservé, mais la commission des finances a émis un avis défavorable sur ce PLFSS 2022.

M. Bernard Jomier. – Même amendé par la commission des affaires sociales ?

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Je remercie tous les rapporteurs de branche. Je soutiens leurs propositions qui correspondent à mon diagnostic.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 3

L'amendement rédactionnel n° 123 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 124 clarifie le texte en matière de cumul emploi-retraite, notamment pour les personnes qui ont participé à la campagne vaccinale.

L'amendement n° 124 est adopté.

Après l'article 4

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 125 porte de 500 millions à 1 milliard d'euros le rendement de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires d'assurance maladie au profit de la branche maladie pour l'exercice 2021. En effet, ces organismes ont bénéficié d'une économie évaluée à 2,2 milliards d'euros en raison d'une sous-activité durant la crise sanitaire ; il est normal qu'ils participent à l'effort de solidarité.

L'amendement n° 125 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 126 fixe le principe d'une compensation du budget de Santé publique France à son coût réel.

L'amendement n° 126 est adopté.

Article 5

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 127 supprime cet article qui participe d'une grande confusion autour de la question de la dette hospitalière.

L'amendement n° 127 est adopté.

Article 10

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'Assemblée nationale a prévu que les statuts collectifs de l'Acoss, des Urssaf et des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) s'appliquent intégralement et à titre exclusif aux salariés qui leur sont transférés depuis la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales (Cipav) à compter du 1er janvier 2026. L'amendement n° 128 prévoit que les accords conclus en vue de préciser les modalités, conditions et garanties applicables à ces salariés dans le cadre de leur transfert s'appliquent jusqu'au 31 décembre 2025.

L'amendement n° 128 est adopté.

Article 11

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 129 précise que le dispositif « Cesu tiers payant » ne concerne que les particuliers employeurs et les particuliers recourant à un mandataire, à l'exclusion des particuliers clients de prestataires.

L'amendement n° 129 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 130 précise que le nouveau dispositif de déclaration et de paiement des organismes de services à la personne concerne uniquement les prestataires.

L'amendement n° 130 est adopté, de même que les amendements rédactionnels n° 131 et n° 132

Article 11 bis

L'amendement rédactionnel n° 133 est adopté.

Article 13

L'amendement rédactionnel n° 134 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 135 remédie à l'omission de cotisations et contributions sociales devant être exclues du champ de l'expérimentation de la modulation en temps réel des cotisations et contributions des travailleurs indépendants, car recouvrées par d'autres organismes que les Urssaf.

L'amendement n° 135 est adopté.

Article 13 ter

L'amendement rédactionnel n° 136 est adopté.

Article 14

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – De nombreux conjoints collaborateurs travaillent dans des TPE et PME. Avec notre amendement n° 137, ils seront mieux couverts.

L'amendement n° 137 est adopté, de même que l'amendement rédactionnel n° 138.

Article 14 bis

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Un article identique figure dans la proposition de loi visant à assurer la revalorisation des pensions de retraite agricoles les plus faibles du député André Chassaigne, que nous devrions examiner en décembre. Avec cet article, l'Assemblée nationale nous propose donc de reporter la décision. J'en propose la suppression.

Mme Catherine Deroche, présidente. – C'est donc que le Gouvernement n'en veut pas !

L'amendement n° 139 est adopté.

Article 16

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – À l'occasion de cet article de mise en cohérence de la fiscalité des produits de santé, l'amendement n° 140 introduit une progressivité de la fiscalité en cas de dépassement du montant Z, sur le modèle de la clause de sauvegarde du médicament.

L'amendement n° 140 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 141 procède à un ajustement revendiqué de longue date par les industriels et assure la cohérence de l'assiette de la contribution sur le chiffre d'affaires, en retranchant de ce dernier les remises consenties.

L'amendement n° 141 est adopté, de même que l'amendement rédactionnel n° 142.

Article 16 bis

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'Assemblée nationale a relevé les sanctions à l'égard de certains grossistes répartiteurs dits « short liners » dont les pratiques nuisent à la sécurité et au bon fonctionnement du système d'approvisionnement. L'amendement n° 143 encadre le champ de la récidive sanctionnée afin de ne pas faire porter la peine sur des récidives de petites défaillances, mais bien sur des manquements graves et caractérisés.

Mme Corinne Imbert, rapporteur. – Attention, tous les grossistes répartiteurs ne sont pas des « short liners ».

Mme Laurence Cohen. – Oui, il faut bien les distinguer.

L'amendement n° 143 est adopté.

Article 16 ter

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Certaines des dispositions du présent article sont étrangères au champ des LFSS. D'où mon amendement n° 144 de suppression.

L'amendement n° 144 est adopté.

Article 17

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 145 refuse le transfert de la branche famille à la branche maladie de 1 milliard d'euros. La branche maladie doit assumer les dépenses directement liées à l'épidémie de covid-19. En outre, la diminution artificielle du solde de la branche famille a sans doute pour objet réel de masquer le manque d'ambition du Gouvernement en matière de politique familiale. Il est donc préférable de s'en tenir aux seuls ajustements nécessités par les évolutions de périmètre au sein du régime général, en particulier du fait de la création de la branche autonomie.

L'amendement n° 145 est adopté.

Article 23

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Mon amendement n° 146 rejette le rapport constituant l'annexe B de ce PLFSS, en raison de l'absence de stratégie de retour à l'équilibre en 2023.

L'amendement n° 146 est adopté.

Article 24

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 147 étend aux dispositifs médicaux numériques de télésurveillance les mêmes exigences en matière d'interopérabilité que celles applicables aux dispositifs médicaux numériques de télésurveillance faisant l'objet de la prise en charge anticipée prévue par l'article 33.

M. Alain Milon. – Google s'apprête à proposer aux hôpitaux français un service de télésurveillance à des prix défiant toute concurrence. C'est un danger majeur pour nos données de santé.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Nous l'évoquerons dans le cadre de notre mission sur les données de santé.

L'amendement n° 147 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 148 prévoit explicitement la possibilité pour la base forfaitaire de rémunération de l'activité de télésurveillance d'être dissociée en un forfait rémunérant le professionnel de santé et un forfait rémunérant l'exploitant ou le distributeur du dispositif médical numérique.

L'amendement n° 148 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avec notre amendement n° 149, en cas de refus du patient à la transmission des données nécessaires à la mise en œuvre du contrôle de l'utilisation effective du dispositif médical numérique, l'activité de télésurveillance ne pourra être prise en charge.

L'amendement n° 149 est adopté, de même que l'amendement rédactionnel n° 150.

Article 27

L'amendement rédactionnel n° 151 est adopté.

Article 28

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je vous propose la suppression de cet article relatif aux mesures d'isolement et de contention.

L'amendement de suppression n° 152 est adopté.

Article 29

L'amendement de coordination n° 153 est adopté.

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – L'extension des mesures de revalorisation issues du Ségur de la santé au secteur médico-social est à saluer, mais tous les professionnels ne sont pas encore concernés, ce qui déstabilise certains établissements. Mon amendement n° 154 crée un comité afin de clarifier la situation, l'article 40 de la Constitution ne nous permettant pas de proposer des revalorisations.

L'amendement n° 154 est adopté.

Article 30

L'amendement rédactionnel n° 155 est adopté.

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – Mon amendement n° 156 dispose que le tarif plancher des services autonomie à domicile sera fixé non pas annuellement, mais tous les trois ans, afin d'en faciliter la gestion pour les départements.

L'amendement n° 156 est adopté, de même que l'amendement de coordination n° 157.

Article 30 bis

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – Mon amendement n° 158 supprime l'article 30 bis qui met à la charge de la CNSA le lancement d'une expérimentation et le financement d'une carte professionnelle pour les salariés du domicile.

L'amendement n° 158 est adopté.

Article 31

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – L'amendement n° 159 élargit la possibilité de se reconstituer en plateforme de ressources aux établissements et services médico-sociaux autres que les Ehpad, comme les futurs services autonomie à domicile ou les hôpitaux locaux.

L'amendement n° 159 est adopté, de même que l'amendement de correction rédactionnelle n° 160.

Article 32

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – Anticipant la suppression des barrières d'âge et le rapprochement des politiques à destination des personnes âgées et des personnes handicapées, l'amendement n° 161 précise que le système d'information national de gestion de l'APA est interopérable avec le système d'information commun des MDPH.

Mme Pascale Gruny. – C'est intelligent.

L'amendement n° 161 est adopté.

Article 32 bis

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – Mon amendement n° 162 ramène la compétence de la CNSA à ses dimensions actuelles, à savoir le conseil et l'accompagnement.

L'amendement n° 162 est adopté.

Article 32 quater

L'amendement de clarification rédactionnelle et de coordination n° 163 est adopté.

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – Mon amendement n° 164 est de coordination avec l'amendement n° 2323 du Gouvernement présenté lors de l'examen en première lecture en séance publique à l'Assemblée nationale, afin de clarifier la situation des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui n'ont pas pu réaliser leurs évaluations du fait de la crise sanitaire.

L'amendement n° 164 est adopté.

Article 32 quinquies

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – L'amendement n° 165 dispose que l'adaptation de la composition, des règles de fonctionnement et des critères d'évaluation de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé lorsque sont examinées des aides techniques pour personnes en situation de handicap est un impératif et non une faculté.

L'amendement n° 165 est adopté.

Article 32 sexies

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – L'amendement n° 166 rétablit la majoration de l'AJPA et de l'AJPP pour les personnes isolées, que supprime l'article au motif que les allocations sont portées au niveau du SMIC.

L'amendement n° 166 est adopté, de même que l'amendement de coordination n° 167.

Article 32 octies

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – Dans l'attente de la future loi sur l'autonomie, l'amendement n° 168 crée une conférence nationale des générations et de l'autonomie.

L'amendement n° 168 est adopté.

Article 32 nonies

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – L'amendement n° 169 supprime une demande de rapport sur la santé des détenus en perte d'autonomie.

L'amendement n° 169 est adopté.

Article 33

L'amendement rédactionnel n° 170 est adopté, de même que l'amendement de clarification n° 171.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Par coordination avec l'article 24, l'amendement n° 172 prévoit que, en cas de refus du patient à la transmission par le professionnel de santé des données nécessaires à la mise en œuvre du contrôle de l'utilisation effective du dispositif médical numérique, celui-ci ne pourra faire l'objet d'une prise en charge anticipée.

L'amendement n° 172 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 173 précise que le montant de la pénalité sera calculé sur le chiffre d'affaires réalisé au cours des dix-huit derniers mois, afin de tenir compte du fait qu'au-delà des douze mois de la prise en charge anticipée, l'entreprise s'engage à mettre à disposition le dispositif médical numérique pour une durée complémentaire de six mois au titre des continuités de traitement.

L'amendement n° 173 est adopté.

Article 34 bis

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 174 vise à assurer une disponibilité des informations sur les dispositifs qualifiés d'indispensables en amont de la déclaration obligatoire en cas de rupture ou de risques avérés et constatés. Il s'agit de renforcer les moyens d'anticipation de l'Agence nationale de sécurité du médicament.

L'amendement n° 174 est adopté.

Article 35

L'amendement rédactionnel n° 175 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Afin d'étendre le champ des sous-traitants susceptibles d'être mobilisés par les établissements pharmaceutiques publics pour la réalisation de préparations hospitalières spéciales, l'amendement n° 176 vise à ouvrir la possibilité pour ces établissements de confier la production, en tout ou partie, de ces préparations à des pharmacies d'officine sous-traitantes dûment autorisées par l'ARS.

L'amendement n° 176 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 177 sécurise le mode de financement des établissements de santé autorisés à produire des prestations hospitalières spéciales pour répondre à des ruptures de stock ou pour faire face à une menace ou à une crise sanitaire grave.

L'amendement n° 177 est adopté.

Article 36

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le dispositif d'accès direct concerne un champ de spécialités qui ne répondent pas toutes aux critères de l'accès précoce. Aussi, il ne convient d'exiger le dépôt d'une demande préalable d'accès précoce que dans le cas où les critères pourraient être remplis. L'amendement n° 178 vise donc à préciser ce champ. Il procède également à une clarification rédactionnelle.

L'amendement n° 178 est adopté, de même que l'amendement rédactionnel n° 179.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Afin de garantir un accès rapide à l'innovation, les actes réglementaires doivent être pris dans des délais réduits. Tel est l'objet de l'amendement n° 180.

L'amendement n° 180 est adopté, de même que l'amendement rédactionnel n° 181.

Article 36 bis

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 183 supprime une demande de rapport.

L'amendement n° 183 est adopté.

Article 37

L'amendement rédactionnel n° 184 est adopté, de même que l'amendement de coordination rédactionnelle n° 185.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 186 supprime une demande de rapport.

L'amendement n° 186 est adopté.

Article 38

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 187 renforce l'encadrement réglementaire de la prise en compte, dans la fixation des prix de médicaments et des dispositifs médicaux, de leur empreinte industrielle. Il prévoit la définition de critères ainsi que de modalités d'engagement et de suivi par décret en Conseil d'État.

L'amendement n° 187 est adopté.

Article 40

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 188 encadre la délégation aux orthoptistes, afin de prévenir les risques de pertes de chances pour les patients susceptibles de présenter une pathologie qui ne serait pas détectée à cette occasion.

L'amendement n° 188 est adopté.

Article 41 bis

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 189 supprime cet article dont les dispositions sont étrangères au champ des LFSS.

L'amendement n° 189 est adopté.

Article 41 ter

L'amendement rédactionnel n° 190 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 191 renforce la portée réputationnelle des sanctions financières susceptibles d'être prononcées par le directeur général de l'ARS à l'encontre des gestionnaires des centres de santé ne respectant pas la réglementation.

L'amendement n° 191 est adopté, de même que l'amendement de clarification rédactionnelle n° 192.

Article 41 quinquies

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 193 apporte plusieurs précisions afin de mieux encadrer l'expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes, dans un souci de qualité et de pertinence des soins.

L'amendement n° 193 est adopté.

Article 41 sexies

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 194 apporte plusieurs précisions afin de mieux encadrer l'expérimentation de l'accès direct aux orthoptistes.

L'amendement n° 194 est adopté.

Article 41 septies

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 195 supprime cet article qui vise à expérimenter dans six départements le financement par le fonds d'intervention régional (FIR) de la mise à disposition de l'accès gratuit, dans l'espace numérique des médecins généralistes, au guide du bon usage des examens d'imagerie médicale.

L'amendement n° 195 est adopté.

Article 42

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 196 précise que les centres et maisons de santé mettent en œuvre le parcours d'accompagnement des enfants en situation de surpoids en collaboration avec le médecin de l'éducation nationale ou le médecin de PMI, avec l'accord des parents.

L'amendement n° 196 est adopté.

Article 42 bis

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les ARS, qui arrêtent les projets territoriaux de santé mentale, sont les mieux placées pour sélectionner les psychologues participant aux dispositifs des séances d'accompagnement psychologique. Tel est l'objet de l'amendement n° 197.

L'amendement n° 197 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 198 prévoit que le psychologue, pour être sélectionné par l'autorité compétente pour participer au dispositif des séances d'accompagnement psychologique, doit participer au projet territorial de santé mentale lorsqu'il existe.

L'amendement n° 198 est adopté, de même que l'amendement rédactionnel n° 199.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 200 vise à permettre au médecin du travail d'adresser un travailleur à un psychologue afin qu'il bénéficie de séances d'accompagnement psychologique.

L'amendement n° 200 est adopté, de même que l'amendement rédactionnel n° 201.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Outre plusieurs clarifications rédactionnelles, l'amendement n° 202 fait du non-respect par le psychologue de ses engagements conventionnels avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) l'un des motifs permettant au directeur de la caisse de mettre à sa charge une partie des dépenses associées aux séances et de l'exclure du dispositif.

L'amendement n° 202 est adopté.

Article 42 quater

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le présent article vise à expérimenter pour une durée de trois ans un financement par certaines ARS, grâce au FIR, d'une prise en charge spécifique du transport bariatrique de personnes en situation d'obésité sévère ou morbide. Le Gouvernement a été alerté à plusieurs reprises sur les dernières années au sujet du reste à charge pour les patients. Or les négociations entre l'assurance maladie et les transporteurs sanitaires privés ne devraient pas aboutir avant 2022. Les dispositions proposées par le Gouvernement dans cet article sont d'une portée trop limitée. Je demande la suppression de cet article.

L'amendement n° 203 est adopté.

Article 42 quinquies

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 204 supprime une demande de rapport.

L'amendement n° 204 est adopté.

Article 44

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 205 supprime une demande de rapport sur la contraception masculine. Je regrette toutefois que la mesure de gratuité de la contraception n'ait pas été étendue aux hommes de moins de 26 ans.

L'amendement n° 205 est adopté.

Article 44 bis

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le présent article vise à instaurer un entretien postnatal précoce obligatoire suivi, si besoin, d'un second entretien pour les femmes primipares ou celles dont la situation le nécessite afin de prévenir la dépression du post-partum. Cela est déjà satisfait par le droit en vigueur qui prévoit

des entretiens postnataux ; en outre, cela relève du domaine réglementaire. Je propose la suppression de cet article.

L'amendement n° 206 est adopté.

Article 44 ter

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le présent article prévoit que des campagnes de communication sont organisées par la Caisse nationale d'assurance maladie afin d'informer la population sur les compétences des sages-femmes. Cela ne relève pas du domaine des LFSS. C'est de la pure communication ; je demande la suppression de cet article.

L'amendement n° 207 est adopté.

Article 44 quater

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le présent article propose que la première consultation dans le cadre d'une demande de stérilisation à visée contraceptive puisse se faire auprès d'une sage-femme et non plus seulement auprès d'un médecin. Cela ne relève pas du domaine des LFSS ; l'amendement n° 208 prévoit de supprimer cet article.

L'amendement n° 208 est adopté.

Article 45 bis

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les dispositions du présent article ne semblent pas relever du domaine des LFSS ; je demande la suppression de cet article.

L'amendement n° 209 est adopté.

Article 45 ter

L'amendement rédactionnel n° 210 est adopté.

Article 45 quater

L'amendement rédactionnel n° 211 est adopté.

Article 46

L'amendement rédactionnel n° 212 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet article prévoyait à l'origine la possibilité de prendre jusqu'au 31 décembre 2022 des mesures dérogatoires non seulement en matière de prise en charge des frais de santé et de bénéfice des prestations en espèces, mais également d'indemnités complémentaires. L'Assemblée nationale a procédé, par amendement du Gouvernement, au retrait des dispositions relatives aux indemnités complémentaires pour les introduire dans le projet de loi portant diverses dispositions de vigilance sanitaire, à son article 5 ter, mais en

remplaçant l'échéance du 31 décembre 2022 par celle du 31 juillet. Il est dès lors permis de se demander pourquoi cette date était fixée au 31 décembre dans le PLFSS originel s'il est finalement possible de l'avancer et ce, d'autant plus que les mesures dérogatoires déjà prises dans ces domaines ont représenté pour l'assurance maladie plus de 8 milliards d'euros en 2021.

La commission des affaires sociales a déjà, dans le cadre de l'examen du projet de loi Vigilance sanitaire, préconisé d'avancer au 28 février 2022 l'échéance jusqu'à laquelle les mesures dérogatoires relatives au versement de l'indemnité complémentaire pouvaient être maintenues.

En cohérence avec cette position, je vous propose de modifier la date du 31 décembre en celle du 28 février 2022.

L'amendement n° 213 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Mon amendement n° 214 supprime l'habilitation du Gouvernement à prendre par ordonnance, jusqu'au 31 décembre 2022, toute mesure relevant du domaine de la loi visant à rétablir, adapter ou compléter les dispositions dérogatoires prises par décret et relatives à la prise en charge des frais de santé et au bénéfice des prestations en espèces.

L'amendement n° 214 est adopté.

Article 46 bis

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet article permet à Santé publique France de céder à titre gratuit ses biens meubles, tels que les masques et dispositifs médicaux divers, à des organismes publics, afin d'en assurer le renouvellement ou d'en éviter la destruction. Si cette mesure, qui éviterait à Santé publique France de procéder à la destruction des biens arrivés à péremption qu'elle céderait, est présentée comme induisant des économies pour Santé publique France, l'impact sur les conditions de l'équilibre financier de l'assurance maladie entraîné par cette mesure ne serait qu'indirect et surtout hypothétique. L'amendement n° 215 vise à supprimer cet article.

L'amendement n° 215 est adopté.

Article 46 ter

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les dispositions du présent article relatives à de nouvelles transmissions de données de santé ne relèvent pas du domaine des LFSS ; je propose de supprimer cet article.

L'amendement n° 216 est adopté.

Article 47

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 217 vise à ce que la neutralisation des revenus de 2020 s'applique aux arrêts de travail débutant à partir du 1er janvier 2020, sans terme à la mesure.

L'amendement n° 217 est adopté, de même que l'amendement de clarification rédactionnelle n° 218.

Article 48

L'amendement rédactionnel n° 219 est adopté.

Article 48 bis

M. Olivier Henno, rapporteur. – L'amendement n° 220 vise à intégrer toutes les prestations sociales dans l'échange de données prévu au présent article.

L'amendement n° 220 est adopté.

Article 49

Les amendements de coordination rédactionnelle n° 221 et n° 222 sont adoptés, de même que l'amendement rédactionnel n° 223.

Article 49 bis

M. Olivier Henno, rapporteur. – Le présent article entend renforcer l'information des allocataires des prestations familiales sur la nature et l'étendue de leurs droits pour éviter un doublon législatif.

L'amendement n° 224 est adopté.

Article 49 ter

M. Olivier Henno, rapporteur. – Mon amendement n° 225 tire les conséquences des objectifs poursuivis sur la prestation d'accueil et de restauration scolaire en supprimant la référence aux arrêtés interministériels annuels.

L'amendement n° 225 est adopté.

Article 50

L'amendement rédactionnel n° 226 est adopté.

Article 50 bis

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 227 vise à supprimer les dispositions relatives à la faculté accordée aux plateformes de négocier avec leurs travailleurs des garanties collectives de protection sociale complémentaire dans le cadre du dialogue social en cours de construction. Mais ces dispositions constituent un « cavalier social ».

L'amendement n° 227 est adopté.

Article 50 ter

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Un rapport sur la protection sociale des travailleurs de plateformes est déjà presque prêt. Supprimons cet article.

L'amendement n° 228 est adopté.

Article 52 bis

M. René-Paul Savary, rapporteur. – L'amendement n° 229 vise à clarifier la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale sur la prise en charge de cotisations par l'association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs (Agessa) et la Maison des Artistes.

L'amendement n° 229 est adopté.

Article 53

L'amendement de coordination n° 230 est adopté.

Article 54

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 231 a pour objet, d'une part, de poser le principe de la fixation par la loi, c'est-à-dire en pratique par la LFSS, du montant des dotations de la sécurité sociale à l'ensemble des fonds et organismes qu'elle subventionne. Les demandes devront ainsi être justifiées au premier euro devant le Parlement. Il s'agit d'un principe de base de bonne gestion des finances publiques, dont l'application de longue date pour les finances de l'État n'empêche le bon fonctionnement d'aucun opérateur.

Dans la rédaction proposée, tout texte législatif, par exemple une loi d'urgence, pourrait servir à rectifier le montant de la dotation en cours d'exercice si cela se révélait nécessaire, même si le dépôt d'un « collectif social » serait la meilleure manière de procéder.

L'amendement n° 231 est adopté.

Article 54 bis

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le présent article vise à redéfinir le contenu du bilan annuel du FIR, sans pour autant accroître de manière sensible l'information qui sera apportée aux parlementaires. Nous demandons sa suppression.

L'amendement n° 232 est adopté.

Article 56 bis

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le présent article vise à suspendre le rôle du comité d'alerte en matière d'analyse du redressement des comptes de l'assurance maladie dans le cas d'un dépassement de l'Ondam résultant de dépenses liées à l'épidémie de covid-19. L'amendement n° 233 vise donc à assurer

l'information infra-annuelle des commissions des affaires sociales sur le respect de la trajectoire votée par le Parlement en LFSS.

L'amendement n° 233 est adopté.

Article 57

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement n° 234 vise à ramener le transfert de la branche AT-MP vers la branche maladie à un milliard d'euros.

L'amendement n° 234 est adopté.

Article additionnel après l'article 58

M. René-Paul Savary, rapporteur. – L'amendement n° 235 prévoit qu'une conférence de financement soit chargée de formuler des propositions dans un objectif d'équilibre financier dans l'ensemble des régimes de retraite de base en 2030.

L'amendement n° 235 est adopté.

La commission propose au Sénat d'adopter le projet de loi de financement de la sécurité sociale, sous réserve de l'adoption de ses amendements.

TABLEAU DES SORTS

Auteur	N°	Objet
Article 3 Affiliation, au titre de cette activité, d'une partie du personnel de santé mobilisé sur la vaccination contre la covid-19 et dérogations aux règles du cumul emploi-retraite pendant la crise sanitaire		
Mme DOINEAU	123	Précision rédactionnelle
Mme DOINEAU	124	Clarification de la période concernée par le dispositif
Articles additionnels après l'article 4		
Mme DOINEAU	125	Majoration du rendement de la contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie en 2021
Mme DOINEAU	126	Compensation à son coût réel du budget de l'Agence nationale de santé publique en 2021
Article 5 Assouplissement de l'échéance de signature des contrats prévus à l'article 50 de la LFSS pour 2021		
Mme DOINEAU	127	Suppression de l'article
Article 10 Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale		
Mme DOINEAU	128	Fixation de la date de fin d'application des accords conclus en vue du transfert de salariés de la CPAV

Auteur	N°	Objet
Article 11 Versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne		
Mme DOINEAU	129	Précision du champ du dispositif de déclaration et de paiement des organismes de service à la personne
Mme DOINEAU	130	Amendement rédactionnel
Mme DOINEAU	131	Amendement rédactionnel
Mme DOINEAU	132	Amendement rédactionnel
Article 11 bis Transmission, par le centre national de traitement des données fiscales (CNTDF), des taux de contribution sociale généralisée (taux normal, intermédiaire ou réduit) à tous les organismes d'assurance versant des prestations de prévoyance complémentaire		
Mme DOINEAU	133	Amendement rédactionnel
Article 13 Élargissement de l'expérimentation de l'auto-liquidation et suppression des pénalités en cas d'erreur d'estimation du revenu		
Mme DOINEAU	134	Amendement rédactionnel
Mme DOINEAU	135	Exclusion de cotisations recouvrées par les Urssaf du champ de l'expérimentation
Article 13 ter Délai de quatre mois applicable à compter de la demande du cotisant auteur de bénéficiaire du remboursement du trop-perçu		
Mme DOINEAU	136	Amendement rédactionnel
Article 14 Réforme du régime social du conjoint collaborateur		
Mme DOINEAU	137	Dérogação à la limitation à 5 ans du statut de conjoint collaborateur
Mme DOINEAU	138	Amendement rédactionnel
Article 14 bis Limitation à cinq ans du statut de conjoint collaborateur d'exploitant agricole		
Mme DOINEAU	139	Suppression de l'article
Article 16 Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé		
Mme DOINEAU	140	Progressivité de la contribution due en cas de dépassement du montant Z au titre de la clause de sauvegarde du dispositif médical
Mme DOINEAU	141	Dédution des remises de l'assiette de la taxe sur le chiffre d'affaires
Mme DOINEAU	142	Amendement rédactionnel

Auteur	N°	Objet
Article 16 bis Renforcer les sanctions contre les grossistes-répartiteurs « short liners » qui ne respectent pas leurs obligations de service public		
Mme DOINEAU	143	Clarification sur la caractérisation de la récidive conduisant à une sanction majorée
Article 16 ter Comités de protection des personnes		
Mme DOINEAU	144	Suppression de dispositions étrangères au champ des LFSS
Article 17 Transferts financiers entre branches et régimes de la sécurité sociale		
Mme DOINEAU	145	Suppression du transfert d'un milliard d'euros de la branche famille à la branche maladie en 2022
Article 23 Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)		
Mme DOINEAU	146	Suppression de l'article
Article 24 Soutenir le développement de la télésurveillance pour renforcer la prise en charge des maladies chroniques		
Mme IMBERT	147	Exigences d'interopérabilité applicables aux dispositifs médicaux numériques de télésurveillance
Mme IMBERT	148	Possibilité de dissocier la base forfaitaire de rémunération de l'activité de télésurveillance médicale
Mme IMBERT	149	Conditionnement de la prise en charge de l'activité de télésurveillance médicale à l'utilisation effective par le patient du dispositif médical numérique
Mme IMBERT	150	Amendement de coordination
Article 27 Évolution des activités des hôpitaux des armées		
Mme IMBERT	151	Amendement rédactionnel
Article 28 Isolement et contention		
Mme IMBERT	152	Suppression de l'article
Article 29 Extension de la mesure socle du Ségur au sein du secteur médico-social		
M. MOILLER	153	Amendement de coordination
M. MOILLER	154	Comité de suivi des négociations salariales dans le secteur médico-social

Auteur	N°	Objet
Article 30 Réforme de l'offre et de la tarification des services d'aide à domicile		
M. MOILLER	155	Amendement rédactionnel
M. MOILLER	156	Actualisation du tarif plancher tous les trois ans
M. MOILLER	157	Amendement de coordination
Article 30 bis Expérimentation d'une carte professionnelle des salariés du domicile		
M. MOILLER	158	Suppression de l'article
Article 31 Création d'une mission EHPAD centre de ressources territorial		
M. MOILLER	159	Élargissement aux autres ESMS de la fonction de centre de ressources
M. MOILLER	160	Amendement rédactionnel
Article 32 Création d'un système d'information national pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)		
M. MOILLER	161	Lien entre le SI de gestion de l'APA et le SI commun des MDPH
Article 32 bis Extension du rôle de la CNSA d'accompagnement des services départementaux de l'autonomie		
M. MOILLER	162	Restriction des missions de conseil de la CNSA aux services départementaux
Article 32 quater Obligation d'accréditation pour les organismes procédant à l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux		
M. MOILLER	163	Amendement de coordination
M. MOILLER	164	Amendement de coordination
Article 32 quinquies Amélioration de l'accès aux aides techniques pour les personnes en situation de handicap		
M. MOILLER	165	Adaptation du fonctionnement de la Cnedimts pour les aides techniques PH
Article 32 sexies		
M. MOILLER	166	Rétablissement de la majoration de l'AJPA et de l'AJPP aux personnes isolées
M. MOILLER	167	Amendement de coordination
Article 32 octies Rapport sur la mise en œuvre de la cinquième branche de sécurité sociale		
M. MOILLER	168	Transformation du rapport en conférence des financeurs

Auteur	N°	Objet
Article 32 <i>nonies</i> Rapport sur les dépenses de santé des détenus en perte d'autonomie		
M. MOULLER	169	Suppression de l'article
Article 33 Innovation numérique et médicaments		
Mme IMBERT	170	Amendement rédactionnel
Mme IMBERT	171	Exigences d'interopérabilité applicables aux dispositifs médicaux numériques de télésurveillance
Mme IMBERT	172	Conditionnement de la prise en charge de l'activité de télésurveillance médicale à l'utilisation effective par le patient du dispositif médical numérique
Mme IMBERT	173	Modalités de calcul de la pénalité applicable en cas de non-respect par l'industriel de ses engagements au titre des continuités de traitement
Article 34 <i>bis</i> Lutte contre les pénuries de dispositifs médicaux		
Mme IMBERT	174	Renforcement de l'information de l'ANSM et clarification des notions utilisées
Article 35 Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations magistrales et hospitalières		
Mme IMBERT	177	Financement par les Migac des activités des établissements pharmaceutiques habilités à produire des préparations hospitalières spéciales
Mme IMBERT	175	Amendement rédactionnel
Mme IMBERT	176	Possibilité de sous-traiter l'exécution de préparations hospitalières spéciales à des pharmacies d'officines autorisées par l'ARS
Article 36 Accès direct au marché remboursé post avis HAS		
Mme IMBERT	179	Amendement rédactionnel
Mme IMBERT	178	Précision du champ des spécialités nécessitant un dépôt obligatoire de demande d'accès précoce
Mme IMBERT	180	Fixation d'un délai maximal de publication de l'arrêté de prise en charge
Mme IMBERT	181	Amendement rédactionnel
Article 36 <i>bis</i> Rapport visant à présenter l'avancement de la révision des actes hors nomenclature et de leur financement		
Mme IMBERT	183	Suppression de l'article

Auteur	N°	Objet
Article 37 Recours aux médicaments biosimilaires		
Mme IMBERT	184	Amendement rédactionnel
Mme IMBERT	185	Coordination rédactionnelle
Mme IMBERT	186	Suppression d'une demande de rapport
Article 38 Tarification des médicaments et critère industriel		
Mme IMBERT	187	Encadrement par décret en Conseil d'État des critères et des modalités de suivi de la prise en compte de l'empreinte industrielle
Article 40 Amélioration de l'accès à la filière visuelle		
Mme IMBERT	188	Conditions de réalisation par les orthoptistes d'actes en accès direct
Article 41 bis Régulation des centres de santé		
Mme IMBERT	189	Suppression de l'article
Article 41 ter Moyens de sanction à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé		
Mme IMBERT	190	Amendement rédactionnel
Mme IMBERT	191	Publicité des décisions de sanction financière à l'encontre de gestionnaires de centres de santé
Mme IMBERT	192	Amendement de clarification rédactionnelle
Article 41 quinquies Expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes		
Mme IMBERT	193	Encadrement de l'expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes
Article 41 sexies Expérimentation de l'accès direct aux orthophonistes		
Mme IMBERT	194	Encadrement de l'expérimentation de l'accès direct aux orthophonistes
Article 41 septies Mise à disposition de l'accès gratuit au « guide du bon usage des examens d'imagerie médicale »		
Mme IMBERT	195	Suppression de l'article
Article 42 Généralisation d'expérimentations en santé		
Mme IMBERT	196	Rôle du médecin scolaire et du médecin du service de protection maternelle et infantile dans la prévention de l'obésité

Auteur	N°	Objet
Article 42 bis Prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de prestations d'accompagnement psychologique		
Mme IMBERT	197	Autorité compétente pour la sélection des psychologues participant au dispositif des séances d'accompagnement psychologique
Mme IMBERT	198	Participation au projet territorial de santé mentale des psychologues sélectionnés pour la réalisation de séances d'accompagnement psychologique
Mme IMBERT	200	Possibilité pour le médecin du travail d'adresser un travailleur à un psychologue pour des séances d'accompagnement psychologique
Mme IMBERT	199	Amendement rédactionnel
Mme IMBERT	201	Amendement rédactionnel
Mme IMBERT	202	Pouvoir de sanction du directeur de l'organisme local d'assurance maladie en cas de manquement d'un psychologue
Article 42 quater Expérimentation d'un financement du transport bariatrique		
Mme IMBERT	203	Suppression de l'article
Article 42 quinquies Rapport évaluant la mise en œuvre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer		
Mme IMBERT	204	Suppression de l'article
Article 44 Extension de la gratuité de la contraception jusqu'à 25 ans		
Mme IMBERT	205	Suppression d'une demande de rapport sur la contraception masculine
Article 44 bis Réalisation obligatoire d'un entretien postnatal précoce		
Mme IMBERT	206	Suppression de l'article
Article 44 ter Campagnes d'information afin de promouvoir, de communiquer et d'informer sur les compétences des sages-femmes		
Mme IMBERT	207	Suppression de l'article
Article 44 quater Première consultation d'une patiente dans le cadre d'une demande de stérilisation auprès d'une sage-femme		
Mme IMBERT	208	Suppression de l'article

Auteur	N°	Objet
Article 45 bis Services numériques pour l'application du tiers payant intégral au panier 100 % santé		
Mme IMBERT	209	Suppression de l'article
Article 45 ter Information systématique des bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active de la possibilité d'effectuer l'examen de prévention en santé (EPS)		
Mme IMBERT	210	Amendement rédactionnel
Article 45 quater Prise en charge des frais de santé des pensionnés établis à l'étranger		
Mme IMBERT	211	Amendement rédactionnel
Article 46 Prolongation des dispositifs relatifs à la crise sanitaire		
Mme IMBERT	212	Amendement rédactionnel
Mme IMBERT	213	Fixation du terme des mesures dérogatoires au 28 février 2022
Mme IMBERT	214	Suppression de l'habilitation à légiférer par ordonnance
Article 46 bis Possibilité pour l'agence nationale de santé publique de céder des biens à titre gratuit		
Mme IMBERT	215	Suppression de l'article
Article 46 ter Information des patients et transmission de données personnelles aux professionnels de santé par les organismes de sécurité sociale		
Mme IMBERT	216	Suppression de l'article
Article 47 Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les salariés et les travailleurs indépendants		
Mme IMBERT	217	Possibilité de neutralisation permanente des revenus de 2020 pour le calcul des indemnités journalières des travailleurs indépendants
Mme IMBERT	218	Amendement rédactionnel
Article 48 Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les non-salariés agricoles		
Mme IMBERT	219	Amendement rédactionnel
Article 48 bis Échanges de données entre les organismes de sécurité sociale, Pôle emploi et les administrations de l'État		
M. HENNO	220	Extension des échanges de données afin de gérer toute prestation sociale

Auteur	N°	Objet
Article 49 Généralisation du recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires		
M. HENNO	221	Coordination rédactionnelle tirant les conséquences du nouvel acte exécutoire d'avocats
M. HENNO	222	Amendement rédactionnel
M. HENNO	223	Amendement rédactionnel
Article 49 bis Information des allocataires sur leurs droits		
M. HENNO	224	Suppression de dispositions relatives à l'information des femmes enceintes
Article 49 ter Modalités de revalorisation et de versement de la prestation d'aide à la restauration scolaire		
M. HENNO	225	Suppression du renvoi à un arrêté interministériel fixant le montant des dotations de financement de la prestation
Article 50 Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides		
Mme GRUNY	226	Amendement rédactionnel
Article 50 bis Complémentaire santé et possibilité d'affiliation au régime général pour les travailleurs des plateformes		
Mme IMBERT	227	Suppression des dispositions relatives aux garanties de protection sociale complémentaire
Article 50 ter Demande de rapport sur l'amélioration de la couverture AT-MP des travailleurs de plateformes		
Mme GRUNY	228	Suppression de l'article
Article 52 bis Aide sociale aux artistes-auteurs		
M. SAVARY	229	Précision du champ du dispositif
Article 53 Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux		
M. SAVARY	230	Amendement de coordination
Article 54 Dotations au FMIS, aux ARS et à l'ONIAM		
Mme IMBERT	231	Fixation dans la LFSS de l'ensemble des dotations de l'assurance maladie aux fonds et organismes qu'elle subventionne

Auteur	N°	Objet
Article 54 bis Rapport sur le FIR		
Mme IMBERT	232	Suppression de l'article
Article 56 bis Comité d'alerte de l'Ondam		
Mme IMBERT	233	Transmission trimestrielle des états de consommation des crédits de l'Ondam et justification des écarts
Article 57 Dotation au FIVA et au Fcaata, transferts de la branche AT-MP à la branche maladie et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité		
Mme GRUNY	234	Minoration du transfert de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP
Article additionnel après l'article 58 Mesures de redressement des comptes de la branche vieillesse		
Mme GRUNY	235	Mesures de redressement des comptes de la branche vieillesse

LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/plfss2022.html>