

N° 107

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

Enregistré à la Présidence du Sénat le 4 novembre 2020

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 2021,***

Par M. Jean-Marie VANLERENBERGHE,

Rapporteur général,

Mme Corinne IMBERT, M. René-Paul SAVARY, Mmes Élisabeth DOINEAU,
Pascale GRUNY et M. Philippe MOUILLER,

Rapporteurs

Sénateurs

Tome II Examen des articles

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, *présidente* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; 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, Patrick Boré, Laurent Burgoa, Jean-Noël Cardoux, Mmes Catherine Conconne, Annie Delmont-Koropoulis, Élisabeth Doineau, 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, M. Dominique Théophile.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (15^{ème} législ.) : 3397, 3432, 3434 et T.A. 490

Sénat : 101 et 106 (2020-2021)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
EXAMEN DES ARTICLES	9
PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019	9
• <i>Article 1^{er}</i> Approbation des tableaux d'équilibre 2019	9
• <i>Article 2</i> Approbation du rapport annexé sur les excédents ou déficits de l'exercice 2019 et le tableau patrimonial (annexe A)	17
DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020.....	21
• <i>Article 3</i> Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de 2020.....	21
• <i>Article 4</i> Contribution au financement de la prime covid-19 pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).....	24
• <i>Article 4 bis (nouveau)</i> Rapport sur le bilan de l'expérimentation de la réforme du financement de l'aide à domicile	27
• <i>Article 5</i> Ratification des décrets de relèvement des plafonds d'emprunt de l'Acosse et de la CCMSA.....	29
• <i>Article 6</i> Mise en œuvre de la compensation des exonérations créées lors de la crise du covid-19.....	34
• <i>Article additionnel après l'article 6</i> Compensation à la sécurité sociale du budget réel de l'Agence nationale de santé publique pour l'année 2020.....	40
• <i>Article 6 bis (nouveau)</i> Régime social de l'indemnité d'activité partielle.....	42
• <i>Article 6 ter (nouveau)</i> Exonérations de cotisations et contributions de sécurité sociale au bénéfice des PME et des travailleurs indépendants dans le contexte de la crise sanitaire.....	49
• <i>Article 7</i> Rectification des tableaux d'équilibre	55
• <i>Article 8</i> Rectification de l'Ondam et des sous-Ondam	59
• <i>Article 9</i> Rectification de la dotation FMESPP (FMIS).....	70
TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021	73
TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE.....	73
CHAPITRE I^{ER} TENIR COMPTE DE LA CRISE DE LA COVID-19.....	73
• <i>Article additionnel avant l'article 10</i> Compensation de diverses mesures de réduction des recettes de la sécurité sociale.....	73
• <i>Article 10</i> Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de 2021.....	75
• <i>Article 11</i> Affectation à la CNAM des excédents de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) et des provisions relatives à la réserve de prévoyance de la CPRP SNCF	77
• <i>Article 12</i> Sécurisation du mode de calcul de l'évolution du plafond de la sécurité sociale	80

• Article 13 Prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE)	83
• Article 13 bis (nouveau) Exonérations de cotisations et contributions sociales pour les employeurs du secteur de la viticulture ayant subi les conséquences de la crise due à l'épidémie de covid-19	86
• Article 13 ter (nouveau) Suppression de l'exemption de cotisations sociales pour les avantages visant à favoriser la pratique sportive en entreprise	89
• Article 13 quater (nouveau) Inclusion du secteur de la production audiovisuelle dans le régime d'exonération renforcé propre à certaines collectivités d'outre-mer	90
• Article 13 quinquies (nouveau) Suppression de la surcotisation patronale sur la prime de feu versée aux sapeurs-pompiers professionnels	93
• Article 13 sexies (nouveau) Maintien du calcul des prélèvements sociaux calculés sur les « taux historiques » pour les transferts de sommes épargnées sur un Perco vers un Pereco	96

CHAPITRE II POURSUIVRE LES SIMPLIFICATIONS POUR LES ACTEURS DE L'ÉCONOMIE.....98

• Article 14 Simplification des démarches déclaratives et de paiement des cotisations sur les revenus issus de l'économie collaborative	98
• Article 14 bis (nouveau) Attribution au contentieux général de la sécurité sociale des litiges susceptibles de naître lors du recouvrement de la contribution liée à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés	102
• Article 14 ter (nouveau) Recours de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale contre les tiers responsables de dommages à l'égard de ses assurés	103
• Article 15 Simplification des démarches déclaratives des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants agricoles	104
• Article 15 bis (nouveau) Transfert aux caisses de la MSA du recouvrement de certaines cotisations perçues par la CNIEG	107
• Article 15 ter (nouveau) Agrément des agents chargés du contrôle des non-salariés agricoles dans les outre-mer	109
• Article 15 quater (nouveau) Instauration d'un dispositif de déclaration et de paiement pour les travailleurs non salariés relevant du régime de protection sociale des marins	110
• Article 15 quinquies (nouveau) Obligation de dématérialisation des paiements et des déclarations uniques simplifiées réalisées auprès du guichet unique pour le spectacle vivant	111

CHAPITRE III CRÉER LA NOUVELLE BRANCHE AUTONOMIE113

• Article 16 Gouvernance de la nouvelle branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie	113
• Article additionnel après l'article 16 Réunion d'une conférence des financeurs de la perte d'autonomie	126

CHAPITRE IV ASSURER LA SOUTENABILITÉ DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS.....127

• Article 17 Clauses de sauvegarde des produits de santé	127
• Article 17 bis (nouveau) Assiette de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux	132

• Article 17 ter (nouveau) Taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des industriels pharmaceutiques	133
• Article 17 quater (nouveau) Demande de rapport sur les clauses de sauvegarde des produits de santé	135

TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....136

• Article 18 Financement de la branche autonomie et transferts financiers entre la Sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale	136
• Article 19 Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 5	142
• 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, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV.....	144
• Article 21 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.....	147
• Article 22 Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et du FSV.....	149
• Article 23 Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes.....	150
• Article 24 Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)	156

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021161

CHAPITRE I^{ER} METTRE EN ŒUVRE LES ENGAGEMENTS DU SÉGUR DE LA SANTÉ.....161

• Article 25 A (nouveau) Soutien financier de la CNSA aux départements au titre de leur action en faveur des professionnels des SAAD.....	161
• Article 25 Revalorisation des carrières des personnels non médicaux dans les établissements de santé et les Ehpad	164
• Article 26 Relancer l'investissement pour la santé	167
• Article 27 Favoriser l'investissement courant à travers la reprise de la dette des établissements de santé assurant le service public hospitalier.....	176
• Article 28 Ajustements à la réforme du financement des établissements de santé	187
• Article 28 bis (nouveau) Création d'une dotation mission d'intérêt général (MIG) pour le financement des dispositifs de prise en charge des femmes victimes de violences.....	196
• Article 28 ter (nouveau) Mise en place d'un dispositif de rescrit tarifaire pour sécuriser la prise en charge de moins d'une journée des établissements de santé	198
• Article 28 quater (nouveau) Développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile.....	200
• Article 28 quinquies (nouveau) Demande de rapport sur la mise en œuvre de la réforme du financement des hôpitaux de proximité	201
• Article 29 Expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités de médecine.....	202
• Article 30 Pérennisation et développement des maisons de naissance	206
• Article 31 Soutien au développement des hôtels hospitaliers	214

• Article 31 bis (nouveau) Demande de rapport sur les transports sanitaires bariatriques.....	218
• Article 32 Prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations	219
• Article 33 Report de la convention médicale	225
• Article 33 bis (nouveau) Tiers payant et garanties de confidentialité pour les IVG	229
• Article 33 ter (nouveau) Limitation d'accès au conventionnement des centres de santé.....	231
• Article 33 quater (nouveau) Généralisation du tiers payant intégral sur les équipements et les soins du panier « 100 % santé »	233
• Article 34 Expérimentation visant à assurer une meilleure prévention des risques et à garantir la préservation de la santé au travail par une action coordonnée des professionnels de santé sur le territoire	235
• Article 34 bis (nouveau) Suppression du délai de carence en cas de temps partiel thérapeutique pour les non-salariés agricoles	240
• Article 34 ter (nouveau) Droit des non-salariés agricoles aux indemnités journalières maladie en cas d'accident du travail	242
• Article 34 quater (nouveau) Création d'un dispositif d'IJ unique pour les professionnels libéraux affiliés à la CNAVPL.....	244
• Article 34 quinquies (nouveau) Expérimentation de la réalisation d'IVG instrumentales par les sages-femmes	250
• Article 34 sexies (nouveau) Financement par le FIR d'une expérimentation d'un parcours soumis à prescription médicale pour les personnes atteintes d'un diabète de type 2.....	251
• Article 34 septies (nouveau) Expérimentation d'une consultation longue en santé sexuelle pour les jeunes de 15 à 18 ans	253
CHAPITRE II ALLONGER LE CONGÉ DE PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT ET LE RENDRE POUR PARTIE OBLIGATOIRE.....	255
• Article 35 Allonger la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre pour partie obligatoire	255
• Article 35 bis (nouveau) Transmission d'informations entre les greffes et les CAF dans le cadre du service d'intermédiation pour le versement des pensions alimentaires	261
• Article 35 ter (nouveau) Avancement de la date de versement de la prime à la naissance	264
CHAPITRE III TIRER LES CONSÉQUENCES DE LA CRISE SANITAIRE	266
• Article 36 Adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave	266
• Article 37 Revalorisation et transfert à la sécurité sociale de l'allocation supplémentaire d'invalidité.....	276
CHAPITRE IV ASSOULIR ET SIMPLIFIER	282
• Article 38 Réforme des régimes d'accès dérogatoire aux médicaments	282
• Article 38 bis (nouveau) Publicité des montants des investissements publics pour des spécialités susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie.....	298
• Article 39 Renforcer la qualité des prestations de soins à domicile.....	299
• Article 40 Simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire	305
• Article 40 bis (nouveau) Mission de lutte contre le non-recours aux droits des organismes de sécurité sociale.....	311

• Article 41 Modernisation du financement des syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux	314
• Article 42 Isolement et contention	318

CHAPITRE V DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

• Article 43 A (nouveau) Transmissibilité des informations relatives au renouvellement des titres de séjour entre organismes de sécurité sociale	324
• Article 43 B (nouveau) Inclusion dans les indus des prestations versées à des personnes qui ne peuvent s'immatriculer définitivement à la sécurité sociale	325
• Article 43 C (nouveau) Augmentation de la limite applicable aux pénalités financières en cas de fraude aux prestations familiales ou vieillesse	326
• Article additionnel après l'article 43 C Prescription sur cinq ans des fraudes aux prestations de la sécurité sociale	328
• Article 43 D (nouveau) Communication aux organismes de sécurité sociale de tout changement de situation familiale ou de résidence afin de lutter contre la fraude	329
• Article 43 E (nouveau) Durée d'attribution de la carte Vitale	330
• Article 43 F (nouveau) Condition de l'inscription à son ordre d'un professionnel de santé afin de pouvoir bénéficier de remboursements de l'assurance maladie	333
• Article additionnel après l'article 43 F Application de dispositifs anti-fraude	335
• Article additionnel après l'article 43 F Dérogation à l'obligation de paiement sous sept jours de l'assurance maladie en cas de fraude	336
• Article additionnel après l'article 43 F Déconventionnement d'office des professionnels de santé condamnés pour fraude à plusieurs reprises	337
• Article 43 Dotation de l'assurance maladie au FMESPP (FMIS), à l'ONIAM, de la CNSA aux ARS	338
• Article 44 Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	341
• Article 45 Ondam et sous-Ondam	345
• Article 45 bis (nouveau) Suspension en 2021 de la procédure d'alerte conduisant à la mise en place de mesures de redressement en cas de risque de dépassement de l'Ondam	357
• Article 46 Dotation au FIVA, au Fcaata et transferts de la branche AT-MP à la branche maladie et à la branche vieillesse du régime général	359
• Article 46 bis (nouveau) Mesures de simplification des modalités déclaratives des accidents du travail	364
• Article 47 Objectifs de dépenses de la branche AT-MP	367
• Article 47 bis (nouveau) Régime de la pension de réversion au bénéfice du conjoint auteur de violences conjugales sur le titulaire de la pension	372
• Article 47 ter (nouveau) Faculté d'utiliser la biométrie pour vérifier l'existence d'un titulaire de pension de retraite domicilié hors de France	374
• Article 47 quater (nouveau) Affiliation automatique des bénéficiaires d'un congé de proche aidant non indemnisés à l'assurance vieillesse des parents au foyer	377
• Article additionnel après l'article 47 quater Mesures de redressement des comptes de la branche vieillesse	379
• Article 48 Objectifs de dépenses de la branche vieillesse	383
• Article 49 Objectifs de dépenses de la branche famille	387
• Article 49 bis (nouveau) Habilitation à légiférer par ordonnances pour adapter le droit de la sécurité sociale applicable à Mayotte	390

• <i>Article 50</i> Objectifs de dépenses de la branche autonomie	392
• <i>Article 51</i> Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV).....	400
• <i>Article 52 (nouveau)</i> Rapport sur la capacité d'accueil dans le secteur médico-social.....	404
• <i>Article additionnel après l'article 52</i> Expérimentation d'un conventionnement entre les différentes autorités tarifaires des structures cofinancées afin d'organiser des délégations de compétences.....	405
TRAVAUX DE LA COMMISSION - EXAMEN DU RAPPORT	407
LA LOI EN CONSTRUCTION	457

EXAMEN DES ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre 2019

Cet article a pour objet d'approuver les données définitives de 2019, 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° 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° 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 2019

Dans le cadre de la mission d'assistance du Parlement et du Gouvernement définie à l'article 47-1 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 (...) fournissent une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde qui en découle. Elle formule néanmoins les cinq observations suivantes :

1. A la date de ses constats, la Cour n'a pas été rendue destinataire du projet d'annexe 4 au projet de loi de financement qui contient des informations intéressantes sur les tableaux d'équilibre (modalités d'établissement, détail des recettes et des dépenses, analyse des évolutions par rapport à 2018 et par rapport aux prévisions 2019) ;

2. 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 ;

3. Le traitement comptable des produits à recevoir des remises conventionnelles de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et du post-ATU n'est pas conforme aux principes des droits constatés et d'indépendance des exercices, ce qui a minoré les produits de la branche maladie et détériore de 0,6 milliard d'euros les soldes du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base ;

4. Une partie de la taxe sur les salaires a été affectée par la direction de la sécurité sociale, en l'absence de disposition législative, à la compensation des exonérations de cotisations de retraite complémentaire, ce qui a amélioré le solde de la branche vieillesse de 153 millions d'euros et dégradé d'autant celui de la branche maladie, sans incidence sur les soldes du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base ;

5. Les réserves formulées par la Cour sur les comptes du régime général de sécurité sociale et les opinions émises par les commissaires aux comptes sur ceux d'autres régimes de sécurité sociale soulignent les limites qui continuent d'affecter la fiabilité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre pour l'exercice 2019, sous l'effet, notamment, de faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne et de difficultés comptables. »

• **L’approbation du tableau d’équilibre, par branche, de l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale**

Le déficit global des régimes de base (hors FSV) est de 0,2 milliards d’euros en 2019, soit un solde en dégradation de 0,5 milliards d’euros par rapport à 2018 – où les ROBSS *stricto sensu* avaient enregistré un excédent de 0,3 milliard d’euros.

Tableau d’équilibre 2019 de l’ensemble des régimes obligatoires de base et du fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d’euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	216,6	218,1	-1,5
AT-MP	14,7	13,6	1,1
Vieillesse	240,0	241,3	-1,3
Famille	51,4	49,9	1,5
Total	509,1	509,3	-0,2
Total avec FSV	508,0	509,7	-1,7

Source : *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021*

Comme le montre le tableau ci-dessous, **ce résultat apparaît en demi-teinte**, éloigné à la fois (et dans des sens opposés) de la prévision initiale de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 qui prévoyait, sur ce périmètre, un excédent de 1,8 milliard d’euros, et de la prévision rectifiée de la LFSS pour 2020, qui prévoyait un déficit de 3,3 milliards d’euros.

Comparaison du solde effectif 2019 avec le solde prévisionnel de l’ensemble des régimes obligatoires de base pour 2019

(en milliards d’euros)

	LFSS 2019 Solde prévisionnel 2019	LFSS 2020 Solde prévisionnel 2019	PLFSS 2021 Solde effectif 2019	Écart LFSS/ solde effectif
ROBSS	1,8	-3,3	-0,2	-2,0
ROBSS + FSV	-0,2	-5,5	-1,7	-1,5

Source : *LFSS et PLFSS 2021*

Le tome I du présent rapport et le rapport¹ du rapporteur général établi au nom de la MECSS sur l’application de la LFSS pour 2019 reviennent plus en détail sur les facteurs d’évolution de ces prévisions, notamment sur le rôle important du choix de ne pas compenser à la sécurité sociale de nombreuses mesures diminuant ses recettes, pour faire suite au rapport remis par le Gouvernement au Parlement en juillet 2019 sur la « rénovation des relations financières entre l’État et la sécurité sociale ».

¹ *Rapport d’information Sénat n° 600 (2019-2020).*

• **L’approbation du tableau d’équilibre pour 2019, par branche, du régime général de sécurité sociale**

Le déficit du régime général s’est élevé à 0,4 milliards d’euros en 2019, là aussi en dégradation de 0,9 milliard d’euros par rapport à 2018.

Ce tableau ne comporte que de faibles écarts avec celui des régimes obligatoires de base précédemment exposé. En effet, les régimes de base de vieillesse autres que celui du régime général, traditionnellement sources des principaux écarts, affichent un solde global relativement proche de l’équilibre.

Tableau d’équilibre 2019 du régime général et du fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d’euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	215,2	216,2	- 1,5
AT-MP	13,2	12,2	1,0
Vieillesse	135,7	137,1	- 1,4
Famille	51,4	49,9	1,5
Total	402,4	402,8	- 0,4
Total avec FSV	402,6	404,5	- 1,9

Source : PLFSS 2021

Comme pour les ROBSS, le résultat réel du régime général se situe entre la prévision optimiste de la LFSS pour 2019 (+ 2,1 milliards d’euros) et la prévision rectifiée beaucoup plus sombre de la LFSS pour 2020 (déficit de 3,1 milliards d’euros).

• **L’approbation du tableau d’équilibre pour 2019 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale**

Ce tableau ne concerne qu’un seul organisme, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui assure le financement d’avantages vieillesse à caractère non contributifs relevant de la solidarité nationale servis par les régimes de retraite de base de la sécurité sociale.

Organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

(en milliards d’euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
FSV	17,2	18,8	- 1,6

Source : LFSS et PLFSS 2019

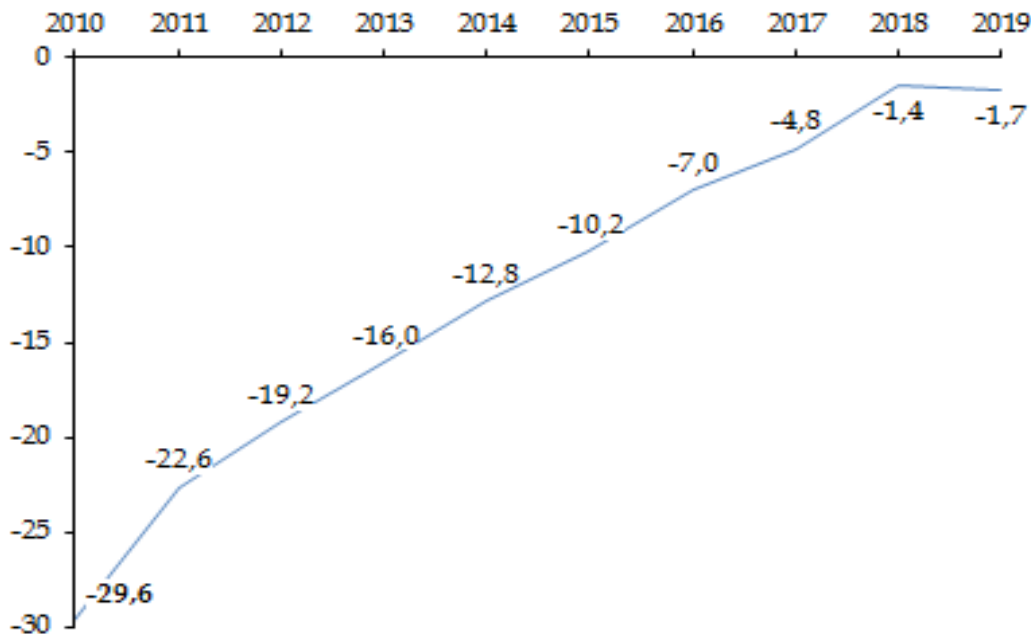
La loi de financement pour 2019 avait prévu pour le FSV un solde de - 2,0 milliards d'euros en 2019.

Le déficit réellement constaté, - 1,6 milliards d'euros, est meilleur que la prévision initiale (- 2 milliards d'euros) ainsi que de la prévision rectifiée par la LFSS pour 2020 (- 2,3 milliards d'euros). De fait, les recettes du Fonds se sont révélées plus robustes que prévu.

Au total, l'exercice écoulé qui devait marquer le retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale, s'est traduit par l'échec de cet objectif. Même si la portée de cette observation est à atténuer au regard de la brutale dégradation du contexte financier en 2020, il est à noter que les comptes de l'année dernière marquaient même la première dégradation des soldes des ROBSS et du FSV depuis 2010 - année du pic de la crise financière (*cf.* tome I du présent rapport).

Soldes consolidés des ROBSS et du FSV entre 2010 et 2019

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales, d'après LFSS

• L'approbation des dépenses constatées en 2019 relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Pour 2019, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base était fixé par la loi de financement initiale à **200,3 milliards d'euros**. Il représentait, par rapport aux dépenses alors estimées pour 2018, une progression de 2,5 %.

L'objectif en valeur a été légèrement augmenté par la LFSS pour 2020, à **200,4 milliards d'euros**.

La construction de l'Ondam 2019 reposait sur une hypothèse d'évolution moyenne « spontanée » des dépenses de 4,5 %, à laquelle devaient s'appliquer 3,8 milliards d'économies répartis sur l'ensemble des sous-objectifs.

Avec des **dépenses constatées de 200,2 milliards d'euros**, très légèrement en-dessous de l'objectif voté par le Parlement, celui-ci est respecté pour la dixième année consécutive, tant en volume, qu'en taux d'évolution révisé.

Dépenses relevant de l'Ondam constatées entre 2013 et 2019

(en milliards d'euros)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ondam voté	175,4	178,3	181,9	185,2	190,7	195,2	200,3
Ondam exécuté	173,7	177,9	181,8	185,2	190,7	195,2	200,2
Augmentation des dépenses	+ 3,7	+ 4,2	+ 3,9	+ 3,4	+ 5,5	+4,7	+5,0

Source : LFSS

L'exécution de l'Ondam 2019 est marquée par une légère sous-exécution des deux principaux sous-objectifs (soins de ville et établissements de santé par rapport à l'objectif voté par le Parlement en LFSS pour 2019. Il est à noter qu'après des années de régulation *via* les établissements de santé d'une hausse marquée de l'enveloppe des soins de ville, la progression constatée en 2019 s'est équilibrée entre ces deux sous-objectifs.

Par sous-objectifs, les dépenses constatées sont les suivantes :

Sous-objectifs (en millions d'euros)	Objectif LFSS 2019	Rectif. LFSS 2020	Exécution 2019 (p)	Variation/ 2018
Dépenses de soins de ville	91,5	91,4	91,4	2,6 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	82,7	82,6	82,4	2,5 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,4	9,6	9,6	3,3 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements pour personnes handicapées	11,3	11,4	11,4	1,5 %
Fonds d'intervention régional	3,5	3,5	3,5	4,9 %
Autres prises en charge	1,9	2,0	1,9	5,0 %
Total	200,3	200,4	200,2	2,6 %

Les quelques corrections auxquelles la Cour des comptes procède dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale l'amènent à estimer que le taux de progression de l'Ondam en 2019 est de 2,3 %, avec un montant global de dépenses paradoxalement plus important (200,6 milliards d'euros) mais à partir d'une base 2018 plus élevée (195,5 milliards d'euros).

• **L'approbation des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites**

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 2019, il avait ainsi versé 18,9 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 ;

- 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.

Au 31 décembre 2019, la valeur de marché des actifs du fonds de réserve des retraites, dont la soulte IEG valorisée à 5,4 milliards d'euros, était de 33,7 milliards d'euros. Le résultat financier de l'exercice était de 0,9 milliard d'euros et le résultat net de 0,8 milliard 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.

• **L’approbation du montant de la dette amortie par la Caisse d’amortissement de la dette sociale**

Ce paragraphe propose l’approbation du montant de la dette amortie par la Cades en 2019, soit 16,3 milliards d’euros. Ce montant est légèrement supérieur à l’objectif d’amortissement défini en loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (16 milliards d’euros) ainsi qu’à à l’objectif révisé en loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 (également 16 milliards d’euros).

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 18,3 milliards d’euros pour l’année 2019.

Nature des ressources	Montant <i>(en milliards d’euros)</i>
CRDS	7,6
CSG	8,6
Versement du FRR	2,1

Source : CCSS

Aucun transfert de dette n’ayant été opéré en 2019, le montant des dettes transférées à la Cades s’élevait à 260,5 milliards d’euros à la fin 2019, tout comme l’année précédente.

La dette amortie s’élevait à 171,4 milliards d’euros et la dette restant à amortir à 89,1 milliards d’euros.

Comme cela sera détaillé par ailleurs dans le présent rapport (*cf.* commentaire de l’article 22), la forte dégradation des perspectives financières de la sécurité sociale a évidemment bouleversé, depuis lors, les perspectives d’amortissement total de la dette sociale à l’horizon de 2024.

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 2019 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.

Une éventuelle révision de la LOLFSS 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.

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

Article 2

Approbation du rapport annexé sur les excédents ou déficits de l'exercice 2019 et le tableau patrimonial (annexe A)

Cet article prévoit l'approbation du rapport figurant en annexe A du projet de loi de financement retraçant la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2019 ainsi que les modalités proposées pour l'affectation des excédents et la couverture de déficits constatés en 2019, 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 2019 et d'autre part, les mesures prévues pour la couverture des déficits constatés.

• **La situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2019**

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 2019, le **résultat d'ensemble** de la sécurité sociale s'est amélioré une nouvelle fois. Le tableau patrimonial présente un résultat net d'ensemble positif de 15,4 milliards d'euros, en amélioration de 0,5 milliards d'euros par rapport à 2018.

Ce solde positif est dû au résultat excédentaire de la Cades et du FRR (respectivement de 16,3 et 0,8 milliards d'euros) qui compense, bien que ces deux organismes s'inscrivent dans une temporalité différente, les résultats déficitaires du régime général (- 0,3 milliard d'euros) et du FSV (- 1,6 milliard d'euros) et le résultat positif des autres régimes (0,1 milliard d'euros). L'amélioration de ce résultat d'ensemble traduit une relative stabilisation des déficits et une nouvelle progression des excédents de la Cades.

Le **report à nouveau**, qui reflète les déficits des années passées se réduit de 14,3 milliards d'euros pour s'établir à **- 122,6 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 74,6 milliards d'euros au 31 décembre 2019, en nette diminution par rapport à 2018. Sur ce total, l'endettement financier net porté par l'Acoss s'établissait à 26,5 milliards d'euros.

Les actifs financiers sont principalement ceux du Fonds de réserve des retraites (32,3 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 2019**

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 2021 fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2019.

Elle formule néanmoins l'observation suivante : les réserves formulées par la Cour dans le rapport de certification des comptes de 2019 du régime général de sécurité sociale et les opinions émises par les commissaires aux comptes de certains des autres régimes soulignent les limites qui continuent d'affecter la fiabilité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial, sous l'effet, notamment des faiblesses des dispositifs de contrôle interne et de la fiabilité insuffisante des données notifiées par certaines entités tierces

• **La couverture des déficits constatés sur l'exercice 2019**

L'annexe A rappelle les soldes des différentes branches du régime général et du FSV pour 2019.

Elle rappelle que l'article 26 de la loi de financement pour 2016 a saturé le plafond de 62 milliards d'euros de transfert à la Cades prévu par la loi de financement pour 2011 en organisant un transfert de 23,6 milliards d'euros couvrant la totalité des déficits 2013 et 2014 de la branche famille et de la branche maladie et des déficits 2015 de la branche vieillesse et du FSV et une partie du déficit 2015 de la branche maladie.

À fin 2016, le plafond de transfert de dette étant saturé, les déficits de l'année 2019 restent portés en trésorerie par l'Acoss.

<i>(en milliards d'euros)</i>	Solde	Modalités de couverture
Maladie	- 1,5	Acoss
Famille	1,5	Trésorerie Acoss
Vieillesse	- 1,4	Acoss
FSV	- 1,6	Acoss
AT-MP	+ 1,0	Trésorerie Acoss

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), ressort en déficit depuis deux exercices, à - 0,7 milliard d'euros en 2019 après - 0,6 milliard d'euros en 2018.

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

L'annexe A souligne enfin que les excédents du régime de retraite des professions libérales (0,4 milliard d'euros en 2019) et de la branche vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (0,2 milliard d'euros en 2019) augmentent 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

Tout comme l'article 1^{er}, votre commission prend acte de la gestion passée de l'année 2019, dont rend compte le présent article.

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

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

Article 3

Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de 2020

Cet article propose d'instaurer une contribution exceptionnelle d'un montant d'un milliard d'euros des organismes complémentaires en santé (OCAM) aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de 2020.

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

I - La taxe de solidarité additionnelle sur les contrats d'assurance complémentaire santé, conçue comme la participation des OCAM à l'équilibre de l'assurance maladie

Dès la création d'une couverture maladie universelle en 1999, les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM)¹ ont été invités à contribuer financièrement à l'équilibre de l'assurance maladie au travers d'une contribution portant sur le montant des primes ou cotisations hors taxes.

L'actuelle **taxe de solidarité additionnelle (TSA)**, régie par les dispositions de l'article L. 862-4 de la sécurité sociale, dérive de cette législation initiale et **représente donc la forme actuelle de solidarité financière des OCAM avec la sécurité sociale.**

Stricto sensu, les redevables de la TSA sont les personnes physiques résidant en France pour lesquelles sont versées des cotisations d'assurance maladie complémentaire. Néanmoins, en pratique, les OCAM se chargent de sa collecte et le système fonctionne comme si cette taxe constituait un prélèvement sur les recettes des organismes, et plus précisément sur les cotisations qu'ils ont encaissées.

L'assiette de la TSA est constituée des sommes perçues au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire versées pour les personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances.

¹ Concrètement, les OCAM sont soit des mutuelles, soit des institutions de prévoyance, soit des assureurs. Il est à noter que la TSA doit également être acquittée par les organismes qui, bien qu'étant établis à l'étranger, opèrent en France, dans le cadre de la libre prestation de services. Ces opérateurs doivent dès lors avoir un représentant en France.

Ces dispositions visent ainsi les contrats individuels ou collectifs, que l'adhésion soit obligatoire ou facultative et que le mode de financement provienne de l'employeur ou de l'assuré.

Le taux « de droit commun » de la taxe s'élève à 13,27 %.

Il peut toutefois être majoré de 7 points dans le cas :

- des contrats à adhésion facultative, qui ne respectent pas inscrites à l'article L. 871-1 du code de sécurité sociale, garantissant leur caractère « responsable » ;

- des contrats permettant de recueillir des informations médicales auprès de l'assuré ou permettant que les primes ou cotisations soient fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Des taux spécifiques concernent également :

- les assurances d'entreprise dont 80 % au moins du montant total de la cotisation est affecté à des garanties liées à la durée de la vie humaine, à l'invalidité, à l'incapacité de travail ou au décès par accident¹, avec un taux réduit à 6,27 % ;

- les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les personnes physiques ou morales affiliées à la Mutualité sociale agricole (MSA) au titre de leurs activités professionnelles dans le secteur agricole, également au taux réduit de 6,27 % ;

- les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières, à condition que ces garanties respectent les conditions d'un contrat « solidaire », au taux réduit de 7 % (14 % en cas de non-respect des conditions d'un contrat « solidaire ») ;

- et les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, dont le taux est fixé à 14 %.

Le recouvrement de la TSA est assuré par l'URSSAF d'Île-de-France.

En 2019, le produit de cette imposition s'est élevé à **5,2 milliards d'euros**. Cette somme a été affectée au **Fonds de la complémentaire santé solidaire (CSS)** à hauteur de **2,7 milliards d'euros** et à la **branche maladie** à hauteur de **2,5 milliards d'euros**.

¹ Régime défini au 1° de l'article 998 du code général des impôts.

II - Une contribution exceptionnelle de 1 milliard d'euros pour l'année 2020

Le I du présent article propose d'instituer, **au titre de la seule année 2020, une contribution exceptionnelle**, très proche de la TSA mais dont les OCAM encore en activité à la fin de cette année seraient directement redevables.

Le produit de cette contribution serait **intégralement affecté à l'assurance maladie**.

Son assiette serait 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 **2,6 %** dans l'objectif d'atteindre un **produit de 1 milliard d'euros** pour l'année 2020.

La contribution serait 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 devrait être déclarée et liquidée au plus tard le 30 janvier 2021 et pourrait faire l'objet d'une régularisation annuelle, qui ne pourra toutefois intervenir après le 30 juin 2021.

Enfin, le **II** du présent article propose une coordination rédactionnelle au sein de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale.

III - La position de l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

IV - La position de la commission

La commission approuve aussi bien le principe que le montant de la contribution demandée aux OCAM au titre de l'année 2020.

En effet, **la crise du covid-19**, qui a causé une forte augmentation des dépenses de la branche maladie de la sécurité sociale, **a en revanche réduit les charges des organismes complémentaires**. L'étude d'impact produite par le Gouvernement estime **ce gain net à environ 2 milliards d'euros** du fait :

- de la baisse de l'activité de soins constatée pendant la phase aiguë de l'épidémie, en particulier sur des segments où l'intervention des OCAM est particulièrement importante, qu'il s'agisse des soins dentaires, des ventes de lunettes ou des visites chez les médecins spécialistes. Une moindre dépenses de l'ordre de 2 milliards d'euros devrait en résulter ;

- du bénéfice pour les organismes complémentaires de la prise en charge à 100 % par la branche maladie des téléconsultations, qui ont explosé pendant le confinement et contribué à réduire la baisse d'activité des généralistes (gain estimé sur l'ensemble de l'année à 100 millions d'euros) ;

- de l'annulation des mesures de hausse du ticket modérateur sur les actes et consultations externes et de l'entrée en vigueur plus tardive qu'initialement prévu de la hausse du ticket modérateur sur les nouveaux honoraires des pharmaciens (gain d'environ 150 millions d'euros) ;

- et, dans le sens inverse, de l'impact de la portabilité des droits et de la baisse du chiffre d'affaires concernant les contrats collectifs dont les cotisations sont déterminées en fraction de la masse salariale.

Pour mémoire, le Sénat a déjà introduit lui-même, à l'initiative de la commission, le principe d'une telle contribution des OCAM dans les deux derniers PLFSS.

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

Article 4

Contribution au financement de la prime covid-19 pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Cet article définit le montant et les modalités de soutien financier de la CNSA aux départements pour le versement de la prime « covid-19 » aux personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

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

I – Un accord entre le Gouvernement et les départements sur le financement de la prime aux personnels des SAAD

Parmi les réponses de l'État à la crise sanitaire du covid-19 figure la gratification des personnels les plus exposés pendant l'épidémie elle-même.

Ainsi, le Gouvernement a prévu deux décrets afin de permettre le versement d'une prime exceptionnelle à ce titre au personnel soignant des hôpitaux¹ et aux personnels des établissements et services publics sociaux et médico-sociaux². Conformément à l'article 11 de la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020, cette prime n'est ni imposable ni soumise aux prélèvements sociaux.

¹ Décret n° 2020-570 du 14 mai 2020.

² Décret n° 2020-711 du 12 juin 2020.

Cependant, les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) n'entraient pas dans le champ de ces dispositifs dès lors qu'ils étaient des opérateurs privés.

L'article 4 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 a en partie répondu à cette question le principe d'exonération fiscale et sociale aux primes versées aux agents et salariés des établissements de santé privés ainsi qu'à ceux de l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux dont les SAAD pour personnes âgées et personnes handicapées. Il restait toutefois à assurer l'attribution effective de telles primes aux intéressés, délicat dès lors que le financement des SAAD est partagé entre la CNSA et les départements.

L'État et l'Assemblée des départements de France (ADF) ont trouvé un accord le 4 août dernier sur la base des principes suivants :

- le versement d'une **prime de 1 000 euros aux personnels concernés** ;
- le **partage du coût** de cette opération, soit **160 millions d'euros, à moitié-moitié entre l'État et les départements.**

II - Une participation de 80 millions d'euros de la CNSA

1. La définition et la répartition du financement de la CNSA

Le présent article concrétise le financement de la part « de l'État » en vue du versement de la prime exceptionnelle destinée au personnel des SAAD.

Ainsi, aux termes du I, la CNSA financerait, à titre exceptionnel pour 2020, une aide aux départements pour le financement de la prime exceptionnelle au titre de l'épidémie de covid-19.

Il est précisé que ce soutien :

- sera octroyé dans la limite de **80 millions d'euros** ;
- sera **réparti entre les départements en fonction** des dernières données disponibles portant sur le **volume total d'activité** réalisée par les SAAD aux titres de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'aide-ménagère versée par les départements ;
- et sera accordé aux départements « **dans la limite de la moitié du montant de prime exceptionnelle financé par chacun d'entre eux** ».

Les primes devront être versées aux personnels concernés avant la fin de l'année afin de bénéficier du dispositif d'exonération décrit *supra*.

2. La réallocation de certaines ressources de la CNSA

Le présent article précise que la CNSA devra consacrer à cette opération :

- une partie des crédits prévus pour l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) ;
- et une partie de ses fonds propres.

Dans les faits, le principal canal de financement sera la **réallocation à cette fin des 50 millions d'euros destinés à la préfiguration de la réforme de la tarification des SAAD** et prévus au XI de l'article 25 de la loi n° 2019-1446 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

En effet, cette réforme contestée a pris du retard, notamment en raison des contentieux engagés contre le décret pris pour l'application du dispositif de la LFSS pour 2020. Elle semble à présent renvoyée à la future loi sur le grand âge et l'autonomie. C'est pourquoi le **II** du présent article propose l'abrogation du XI de l'article 25 de la LFSS pour 2020.

Le **coût supplémentaire** pour la CNSA de cette opération s'élèvera donc à une **trentaine de millions d'euros**.

III - L'ajout d'un rapport par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article en lui ajoutant, à l'initiative de Thierry Michels et plusieurs autres députés, un **III** aux termes duquel le Gouvernement devra remettre au Parlement, au plus tard le 1^{er} mars 2021, un rapport d'information sur l'attribution de l'aide mentionnée au personnel des SAAD ainsi que les départements bénéficiaires du soutien financier de la CNSA.

IV - L'approbation de ce dispositif par la commission

La commission approuve le mécanisme proposé et ne s'oppose pas à la remise de ce rapport qui permettra de faire le bilan des primes versées au sein de chaque département.

Il est néanmoins curieux que le financement d'une promesse de l'État soit assuré, en définitive, par la sécurité sociale au travers d'un financement de collectivités territoriales par la CNSA.

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

Article 4 bis (nouveau)

**Rapport sur le bilan de l'expérimentation de la réforme
du financement de l'aide à domicile**

Cet article prévoit que le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le bilan de l'expérimentation de la réforme du financement de l'aide à domicile introduite par la LFSS pour 2019.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I – Le dispositif proposé : un rapport d'évaluation de l'expérimentation de la réforme du financement de l'aide à domicile de 2019

A. L'expérimentation de la réforme du financement de l'aide à domicile incluse dans le PLFSS pour 2019

L'article 26 de la LFSS pour 2019¹ a prévu que la CNSA « contribue à la réforme du financement des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie dans la limite de 50 millions d'euros prélevés sur ses ressources et dans des conditions définies par voie réglementaire ». Une disposition analogue a été reconduite dans la LFSS pour 2020.

Le décret du 15 mai 2019² a précisé la répartition et l'utilisation des 50 millions d'euros devant permettre de préfigurer le nouveau modèle de tarification des services d'accompagnement et d'aide à domicile (Saad). D'après sa notice, le nouveau modèle de financement vise à assurer **l'accessibilité financière et géographique** des services pour les bénéficiaires, favoriser une plus grande **équité de traitement**, rendre **l'offre plus lisible**, assurer une meilleure **transparence tarifaire** et mieux **maîtriser les restes à charge** pour les usagers.

Aux termes du décret, l'enveloppe est répartie entre les départements par la CNSA au prorata du nombre d'heures d'aide humaine aux personnes âgées et handicapées réalisées en 2017 sur leur territoire par les Saad. L'article 1^{er} donne à chaque département trente jours à compter de la publication du décret pour communiquer cette information à la CNSA, et l'article 2 quarante-cinq jours à la CNSA pour verser les fonds.

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

² Décret n° 2019-457 du 15 mai 2019 relatif à la répartition et l'utilisation des crédits mentionnés au IX de l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 visant à la préfiguration d'un nouveau modèle de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

L'article 3 dispose que les départements répartissent ces crédits entre les Saad retenus dans le cadre d'un appel à candidatures, dont le cahier des charges, qui figure en annexe du décret, porte notamment comme critères le profil des personnes prises en charge, l'amplitude horaire d'intervention, et les caractéristiques du territoire d'intervention.

Les crédits doivent être versés aux Saad retenus en contrepartie de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) au plus tard le 31 mars 2020, affichant des objectifs ressortissant aux trois mêmes thèmes.

L'article 4 indique que les crédits sont versés par le biais de tarifs nationaux de référence pour l'APA et la PCH, applicables à tous les services. Une dotation complémentaire du département est en outre allouée à tous les Saad retenus, ce qui préfigure un modèle avec tarifs socle (APA et PCH) et un complément de financement sur objectifs.

Seuls 60 départements sur les 66 qui avaient initialement répondu à la sollicitation de la CNSA se sont engagés, mais la crise sanitaire a conduit le Gouvernement à reporter la date avant laquelle les départements devaient faire remonter les données relatives à l'utilisation des crédits pour 2019. Initialement fixée au 30 juin 2020, celle-ci a été décalée au 15 septembre 2020. En conséquence, la mission de contrôle de l'Assemblée nationale dont le rapport a été publié en juillet dernier¹ n'a pu faire qu'un bilan provisoire du dispositif. Saupoudrage des crédits, complexité des appels à projet, mécompréhension de la part d'un certain nombre d'acteurs... Son avis est finalement « *mitigé* ».

B. Le dispositif proposé à l'Assemblée nationale : un rapport d'évaluation de l'expérimentation

L'amendement n° 2650 adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative du groupe La République en marche, dispose que, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant le bilan de l'expérimentation de la réforme du financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile, financée en 2019 par une contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie de 50 millions d'euros.

¹ Rapport d'information déposé en conclusion du Printemps social de l'évaluation au nom de la commission des affaires sociales, le 24 juillet 2020.

II - La position de la commission : suppression de l'article

La commission partage naturellement le souhait de disposer d'une évaluation de l'expérimentation lancée en 2019, mais doute fort qu'il soit nécessaire pour cela de faire dans la loi la demande d'un rapport au Gouvernement. Les députés n'en ont d'ailleurs pas eu besoin pour confier à Mmes Annie Vidal - co-présidente de la MECSS - et Agnès Firmin Le Bodo, dans le cadre du Printemps de l'évaluation, le soin de faire le point sur l'utilisation des 50 millions d'euros ouverts en 2019. Il sera de la même façon essentiel de suivre l'application de la nouvelle méthode de réforme de la tarification engagée, à l'initiative du Gouvernement, par l'article 25 A¹.

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 5

Ratification des décrets de relèvement des plafonds d'emprunt de l'Acoss et de la CCMSA

Cet article vise, en application des dispositions organiques relatives aux lois de financement de la sécurité sociale, à ratifier les décrets de relèvement des plafonds d'emprunt des organismes de financement de la sécurité sociale.

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

I - La ratification proposée de deux décrets de relèvement de plafonds d'emprunt

A. Un relèvement possible des plafonds d'emprunt, des ratifications rendues nécessaires par la loi organique

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 principal établissement concerné est l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, l'Acoss, qui assure le rôle de « banque » du régime général.

L'article LO. 111-9-2 prévoit qu'en cas d'urgence, il peut être dérogé à ces montants fixés en loi de financement, par décret en Conseil d'État. La ratification de ces décrets doit être demandée, aux termes du même article organique, dans le plus prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale. C'est l'objet du présent article.

¹ Voir le commentaire de l'article 25 A.

B. Une situation exceptionnelle justifiant le relèvement du plafond à un niveau jamais égalé

1. Une contraction majeure et soudaine des recettes face à une hausse simultanée des dépenses

La dégradation soudaine et majeure de la situation économique du fait du confinement décidé en mars 2020 a provoqué des **conséquences immédiates et brutales sur les ressources de l'Acoss**. Les recettes ont ainsi été substantiellement réduites, notamment par les mécanismes de report décidés.

Le directeur général de l'Acoss expliquait ainsi devant la commission le 21 octobre 2020 que « *les reports de cotisations très largement accordés aux employeurs comme aux indépendants, sans formalité préalable, ont culminé à 16,6 milliards d'euros pour les employeurs à la fin juin, à 10,3 milliards d'euros pour les indépendants à la fin août* ».

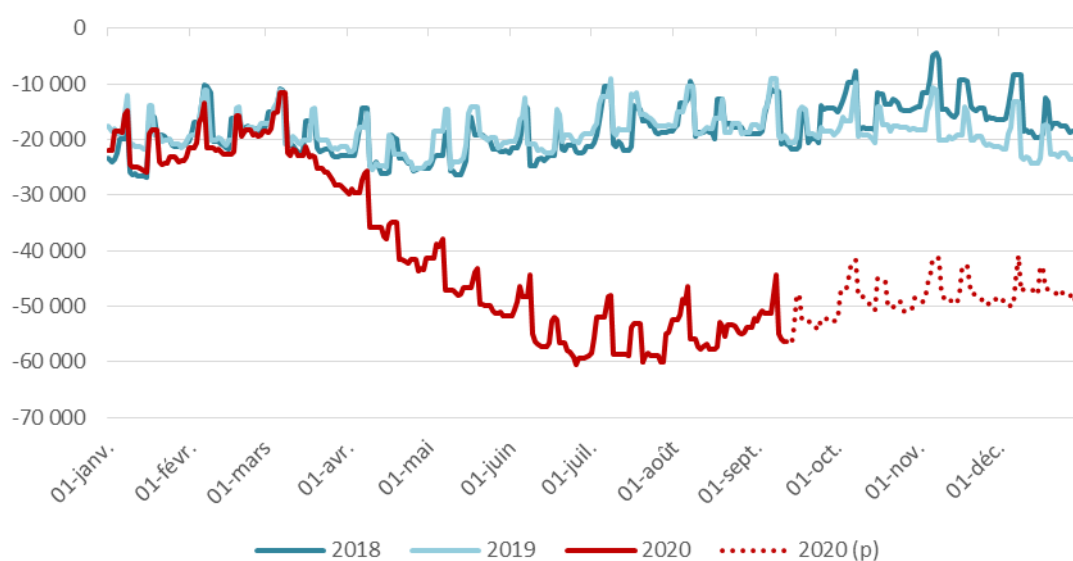
Dans le même temps, la situation sanitaire a nécessité le déblocage d'urgence de **nouvelles dépenses supportées par l'assurance maladie**.

La conjugaison de la forte baisse des recettes et de la hausse des dépenses conduisait à un **risque majeur sur les capacités de l'Acoss à réaliser les opérations périodiques dont elle a la charge**, particulièrement le versement des prestations de retraite pour le compte de la Cnav.

Comme le souligne le Gouvernement, « *la limite dans laquelle les régimes obligatoires de base pouvaient recourir à des ressources non permanentes pour couvrir leurs besoins en trésorerie en application de la LFSS 2020 aurait été dépassée dès début avril* ».

Soldes nets de trésorerie de l'Acoss

en millions d'euros



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données de l'Acoss

2. Une révision du plafond par deux fois

Face à cette situation inédite, le Gouvernement a **relevé dans l'urgence par deux fois la limite fixée à l'Acoss** pour le recours à des ressources non permanentes, en mars et en mai 2020.

Ces relèvements du plafond initial ont été de 31 puis 25 milliards d'euros. Le montant de 95 milliards d'euros représente ainsi **une augmentation de 144 % par rapport au montant fixé en LFSS pour 2020**.

Le plafond de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole a également été relevé en mai de 900 millions d'euros.

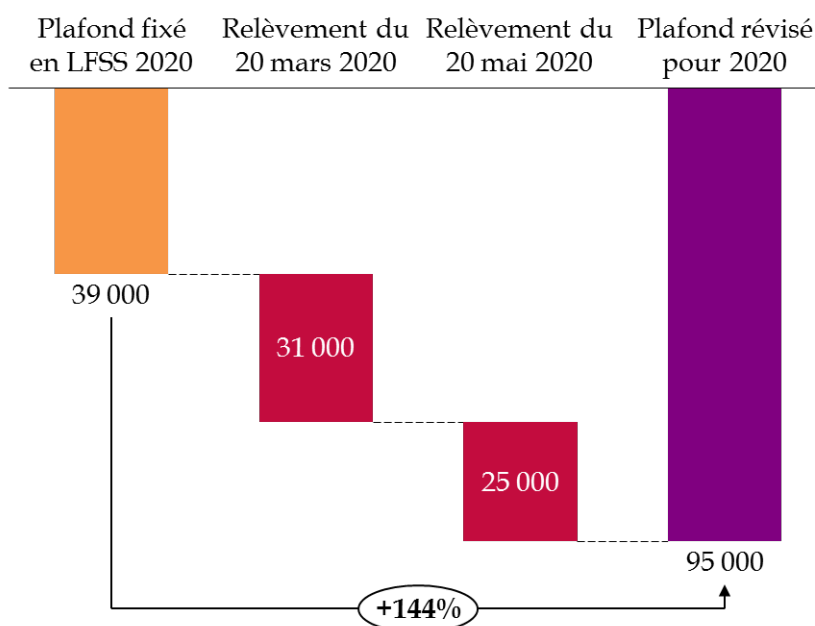
Limite de recours aux ressources non permanentes de l'Acoss et la CCMSA pour 2020

en millions d'euros

	LFSS 2020	Décret du 25 mars 2020	Décret du 20 mai 2020	Écart montrant révisé/LFSS
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	39 000	70 000	95 000	56 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 100	-	5 000	900

Limite de recours aux ressources non permanentes de l'Acoss et la CCMSA pour 2020

en millions d'euros



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données de l'Acoss

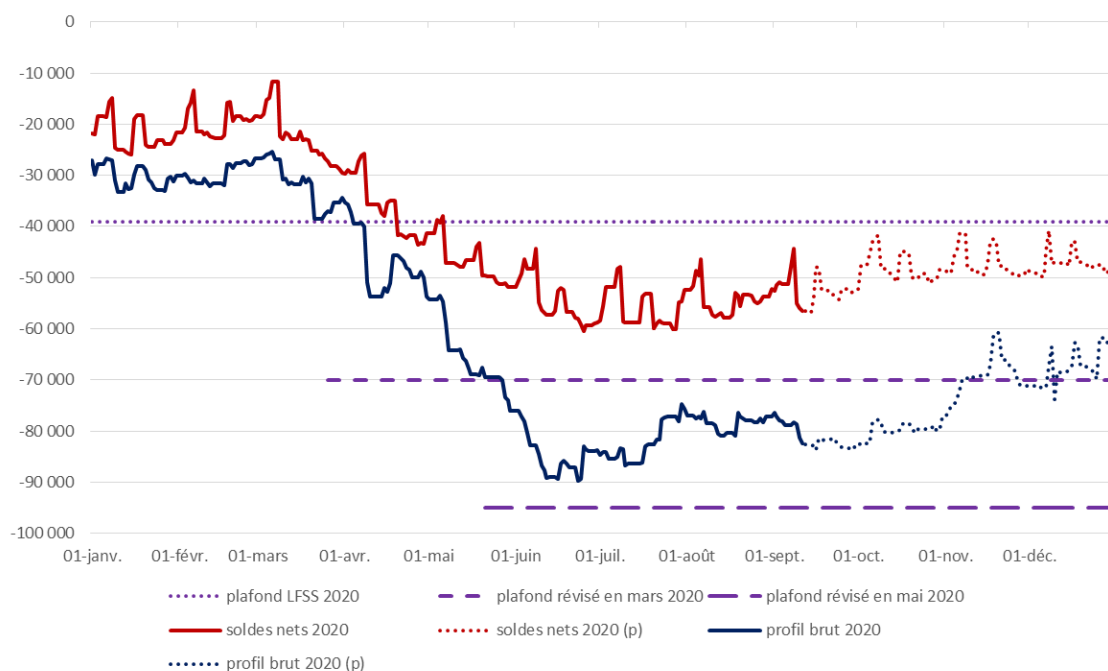
Si des relèvements en cours d'exercice du plafond d'emprunt de l'Acoss n'est pas une situation inédite, de telles proportions de relèvement n'ont, elles, jamais été atteintes.

3. Un plafond initial largement dépassé

Compte tenu de la situation de trésorerie constatée, le relèvement du plafond initial apparaît largement justifié.

Situation de trésorerie nette de l'Acoss en 2021 au regard des limites fixées

en millions d'euros



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données de l'Acoss

Si le solde net n'a sur l'année pas atteint le premier plafond révisé, le point bas annuel intégrant les financements liés à la politique de gestion des risques financiers et l'encours des avances aux régimes de base a été atteint le 22 juin 2020 à **- 89,7 milliards d'euros**.

Il convient de noter enfin que des **apports conséquents ont été réalisés sur l'année 2020 de manière exceptionnelle en application de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie** :

- le **versement de la soulte IEG** gérée par le fonds de réserve pour les retraites, à hauteur de **5,1 milliards d'euros** en juillet ;

- des **versements de la Caisse d'amortissement de la dette sociale** au titre des transferts de déficits constatés au 31 décembre 2019, à partir d'août, à hauteur de **16,4 milliards d'euros**.

Ces opérations ont sensiblement contribué au redressement de la situation financière de l'Acoss sur le second semestre 2020.

C. Des conditions de financements particulières

1. Un recours à des nouveaux instruments financiers

Les instruments de marché (*european commercial paper*, ECP et *negotiable european commercial papers*, NeuCP) demeurent la première source de financement de l'Acoss en 2020. Cependant, si les montants d'ECP sont plus importants en 2020 qu'en 2019 en valeur absolue, leur proportion a baissé dans le mix de financement de l'agence.

Surtout, la répartition des instruments financiers mobilisés sur 2020 montre un important recours aux financements de la Caisse des dépôts et consignations. **Les concours de la CDC représentent en 2020 17 % du financement des besoins de trésorerie de l'Acoss**, quand ils ne dépassaient pas 4 % depuis 2016. Comme l'indique l'annexe 4 au PLFSS 2021, le montant maximal conventionnel des prêts de court et moyen terme de la Caisse des dépôts et consignations, fixé à 11 milliards d'euros, a été complété par un prêt de 10 milliards d'euros.

L'ACOSS a en outre négocié des prêts supplémentaires auprès d'autres partenaires bancaires, dont l'encours a atteint 21,1 milliards d'euros en juin 2020. **Les concours d'autres banques**, non sollicités dans les derniers exercices, ont ainsi atteint **13 % du financement des besoins de trésorerie**.

2. Des taux négatifs permettant un résultat positif

La politique monétaire menée par la Banque centrale européenne à travers ses taux directeurs ainsi que la forte demande de titres publics de court terme se traduit pour l'Acoss par **des taux négatifs sur ses titres de créances négociables** (NeuCP et ECP).

Ainsi les besoins majeurs de financement de trésorerie et les emprunts contractés pour y faire face se sont finalement traduits, comme depuis 2015, par un **résultat positif, de 119,9 millions d'euros cette année**.

D. Un dispositif se limitant aux seules ratifications

Le dispositif proposé par le Gouvernement et adopté sans modification par l'Assemblée nationale **prévoit la ratification expresse des deux décrets publiés en mars et mai 2020** portant respectivement relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale et relèvement du plafond de recours aux ressources non permanentes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

II - Une ratification proposée conforme malgré des réserves

A. Une situation qui aurait pu justifier le dépôt d'un projet de loi de financement rectificative

La commission **ne conteste pas le caractère d'urgence** qui a contraint le Gouvernement à relever, par deux fois, ces plafonds d'emprunt.

Les souplesses prévues par les dispositions organiques ont montré leur pertinence et leur utilité en cas de crise.

Cependant, la commission des affaires sociales estime que face à une situation d'une telle ampleur, **le relèvement de ce plafond aurait dû se faire au moyen d'un projet de loi de financement rectificative ou, à défaut, être ratifié par un tel projet déposé à l'été.** Constatant la proportion du relèvement réalisé qui a porté la limite d'emprunt à **2,4 fois le montant initial**, la commission des affaires sociales du Sénat a considéré qu'il était **nécessaire que le Parlement soit saisi** et sollicité plusieurs fois auprès du Gouvernement le dépôt d'un tel PLFRSS, ce que le Gouvernement a refusé de faire.

En outre, la commission souhaite souligner que si les décrets de relèvement des plafonds sont autorisés par la loi organique, l'article LO. 111-9-2 prévoit, au même titre que l'avis nécessaire du Conseil d'État, **une information préalable des commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat.** Si l'exposé des motifs de cet article indique que le décret a été « *transmis pour avis* » au Parlement en mars, la commission constate que **l'obligation d'information n'a pas été respectée** pour le premier décret, entachant ainsi sa validité.

B. Une ratification soutenue par la commission

Sous les réserves évoquées quant à la méthode retenue, la commission **vous demande d'adopter cet article** et procéder à la ratification des deux décrets.

Article 6

Mise en œuvre de la compensation des exonérations créées lors de la crise du covid-19

Cet article définit les modalités pratiques de la compensation des exonérations exceptionnelles mises en place afin de faire face à la crise provoquée par l'épidémie de covid-19.

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

I - Des exonérations exceptionnelles mises en place dans le troisième collectif budgétaire de 2020

A. Un dispositif d'exonération et d'aide au recouvrement

Afin d'apporter une réponse en urgence aux entreprises actives dans les secteurs les plus touchés par la crise résultant de la pandémie de covid-19, les pouvoirs publics ont mis en place **un dispositif exceptionnel d'exonération de cotisations et contributions sociales**, dans le cadre de l'article 65 de la troisième loi de finances rectificative pour 2020¹.

¹ Loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020.

Ce dispositif se présente comme le cumul :

- d'une part, **d'une exonération des cotisations et contributions à la charge de l'employeur**, à la seule exception des cotisations de retraite complémentaire ;

- d'autre part, **d'une « aide au recouvrement »** des cotisations et contributions sociales dues par l'employeur, ce qui revient à l'octroi d'un crédit accordé aux entreprises concernées pour les aider à payer ces cotisations et contributions, **dans la limite de 20 % des revenus d'activité sur lesquels elles sont calculées.**

Dans ce cadre, aux termes de la loi de finances rectificative, « *les employeurs peuvent, jusqu'au 31 octobre 2020, régulariser leurs déclarations sociales afin de bénéficier des exonérations* » ou de l'aide à leur recouvrement sans application des pénalités.

B. Les entreprises concernées

Le dispositif mis en place à l'article 65 de la troisième loi de finances rectificative pour 2020 concerne les entreprises suivantes :

- les **entreprises de moins de 250 salariés et exerçant leur activité de certains secteurs particulièrement touchés par la crise** soit parce qu'elle appartient à un secteur particulièrement concerné par des fermetures administratives (liste S1 pour l'indemnisation du chômage partiel), soit parce qu'elle appartient à un secteur dont l'activité dépend de ces secteurs fortement touchés et a subi une perte dépassant un seuil, fixé par décret à 80 % du chiffre d'affaires (liste S1 bis). Dans ces deux situations, l'exonération de cotisations sociales patronales porte sur la période comprise entre le 1^{er} février et le 31 mai 2020 ;

- les **entreprises de moins de dix salariés concernées par une mesure de fermeture obligatoire**. La période d'exonération est alors celle s'étendant du 1^{er} février au 30 avril 2020.

Liste des secteurs d'activités dont les entreprises sont considérées comme particulièrement touchées par la crise

Liste S1	Liste S1 bis
Téléphériques et remontées mécaniques	Culture de plantes à boissons
Hôtels et hébergement similaire	Culture de la vigne
Hébergement touristique et autre hébergement de courte durée	Pêche en mer
Terrains de camping, parcs pour caravanes, véhicules de loisirs	Pêche en eau douce
Restauration traditionnelle	Aquaculture en mer
Cafétérias et autres libres-services	Aquaculture en eau douce
Restauration de type rapide	Production de boissons alcooliques distillées
	Fabrication de vins effervescents

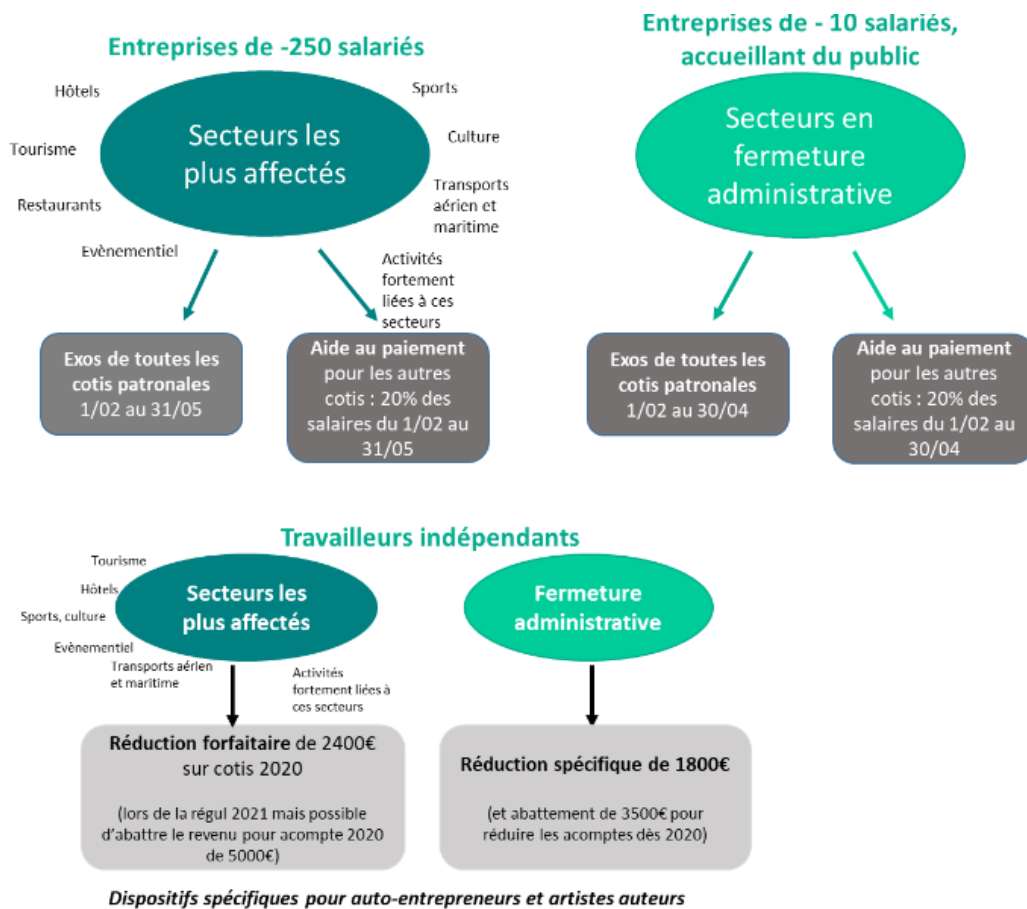
Liste S1	Liste S1 bis
Restauration collective sous contrat	Vinification
Services des traiteurs	Fabrication de cidre et de vins de fruits
Débits de boissons	Production d'autres boissons fermentées non distillées
Projection de films cinématographiques et autres industries techniques du cinéma et de l'image animée	Fabrication de bière
Location et location-bail d'articles de loisirs et de sport	Production de fromages sous AOP/IGP
Activités des agences de voyage	Fabrication de malt
Activités des voyagistes	Centrales d'achat alimentaires
Autres services de réservation et activités connexes	Autres intermédiaires du commerce en denrées et boissons
Organisation de foires, événements publics ou privés, salons ou séminaires professionnels, congrès	Commerce de gros de fruits et légumes
Agences de mannequins	Herboristerie/horticulture/commerce de gros de fleurs et plans
Entreprises de détaxe et bureaux de change (changeurs manuels)	Commerce de gros de produits laitiers, oeufs, huiles et matières grasses comestibles
Enseignement de disciplines sportives et d'activités de loisirs	Commerce de gros de boissons
Arts du spectacle vivant	Mareyage et commerce de gros de poisson, coquillage, crustacés
Activités de soutien au spectacle vivant	Commerce de gros alimentaire spécialisé divers
Création artistique relevant des arts plastiques	Commerce de gros de produits surgelés
Gestion de salles de spectacles et production de spectacles	Commerce de gros alimentaire
Gestion des musées	Commerce de gros non spécialisé
Guides conférenciers	Commerce de gros textile
Gestion des sites et monuments historiques et des attractions touristiques similaires	Intermédiaires spécialisés commerce d'autres produits spécifiques
Gestion des jardins botaniques et zoologiques et des réserves naturelles	Commerce de gros d'habillement et de chaussures
Gestion d'installations sportives	Commerce de gros d'autres biens domestiques
Activités de clubs de sports	Commerce de gros de vaisselle, verrerie et produits d'entretien
Activité des centres de culture physique	Commerce de gros de fournitures et équipements divers pour le commerce et les services
Autres activités liées au sport	Autres services de restauration n.c.a.
Activités des parcs d'attractions et parcs à thèmes	Blanchisserie-teinturerie de gros
Autres activités récréatives et de loisirs	Stations-services
Entretien corporel	Enregistrement sonore et édition musicale

Liste S1	Liste S1 bis
Trains et chemins de fer touristiques	Post-production de films cinématographiques, de vidéo et de programmes de télévision
Transport transmanche	Distribution de films cinématographiques
Transport aérien de passagers	Editeurs de livres
Transport de passagers sur les fleuves, les canaux, les lacs, location de bateaux de plaisance	Prestation/location chapiteaux, tentes, structures, sonorisation, lumière et pyrotechnie
Cars et bus touristiques	Services auxiliaires des transports aériens
Balades touristiques en mer	Transports de voyageurs par taxis et VTC
Production de films et de programmes pour la télévision	Location de courte durée de voitures et de véhicules automobiles légers
Production de films institutionnels et publicitaires	
Production de films pour le cinéma	
Activités photographiques	
Enseignement culturel	

Source : ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion

En outre, des **dispositifs spécifiques ont été mis en place pour les travailleurs non-salariés de ces mêmes secteurs**, qui bénéficient d'une réduction forfaitaire de cotisations (1 800 euros à 2 400 euros selon les secteurs), de nature à mieux aider les professionnels dont les revenus sont les plus faibles. Les artistes-auteurs bénéficient également d'un dispositif du même ordre, qui peut aller de 500 à 2 000 euros.

Le schéma suivant résume l'ensemble de ces dispositions.



**Les périodes concernées peuvent être allongées pour tenir compte de la prolongation de l'EUS en Guyane et à Mayotte, ainsi que de la prolongation de l'interdiction d'accueil du public pour certains secteurs.*

II - Le dispositif envisagé : une compensation opérée auprès de chacun des organismes par l'Acoss, qui serait le destinataire unique des crédits de l'État

Du fait de l'adoption de ce dispositif par une loi n'ayant pas le caractère d'une loi de financement de la sécurité sociale, **la perte de recettes qui en résulte pour les organismes de sécurité sociale doit leur être compensée par l'État** - le présent PLFSS ne prévoyant à cet égard pas de dérogation à ce principe.

De manière classique, cette compensation pourrait prendre la forme de l'attribution à chacun de ses organismes soit de crédits budgétaires soit d'une recette fiscale.

Le présent article propose toutefois la mise en place d'un **mécanisme destiné à simplifier la gestion de ce système.**

Ainsi, **l'aide au paiement serait supportée soit par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), soit par la Mutualité sociale agricole (MSA)** pour les ressortissants du régime agricole. Ces deux organismes assureraient donc le versement des cotisations et contributions aux caisses et organismes concernés.

Au bout du compte, **l'Acoss et la MSA seraient les seuls attributaires de la compensation du coût du dispositif par le budget de l'État**. Cette opération passe par le programme 360 « Compensation à la sécurité sociale des allègements de prélèvements pour les entreprises les plus touchées par la crise sanitaire » de la mission « Plan d'urgence face à la crise sanitaire », doté de 3 milliards d'euros dans le cadre du troisième collectif budgétaire de 2020.

III - La position de l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté le présent article au bénéfice de l'adoption d'un amendement du rapporteur général Thomas Mesnier, précisant la rédaction du dispositif afin de permettre à la MSA de couvrir l'ensemble des attributaires pour lesquels elle enregistre et verse des cotisations et des contributions.

IV - La position de la commission

La commission approuve, en premier lieu, l'application du principe de compensation des pertes de recettes aux organismes concernés résultant des exonérations exceptionnelles destinées à aider les entreprises les plus touchées à faire face aux conséquences de la crise du covid-19.

En outre, les modalités de compensation définies par le présent article présentent un double mérite :

- celui de prendre la forme de l'attribution de crédits budgétaires, ce qui assure une compensation effective et se justifie d'autant plus en raison du caractère sectoriel de ce soutien aux entreprises ;

- et celui de la simplicité de gestion pour l'ensemble des organismes concernés, grâce à la centralisation des opérations par l'Acoss et la MSA.

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

Article additionnel après l'article 6
**Compensation à la sécurité sociale du budget réel
de l'Agence nationale de santé publique pour l'année 2020**

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 2020.

I - Un budget de l'ANSP qui a explosé en 2020 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* ».

C'est peu dire que l'année 2020 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.

Pour accomplir cette **mission régalienne pilotée par l'État, l'agence a vu son budget** exploser, passant de 156 millions d'euros à **4,8 milliards d'euros**.

S'agissant de la mise à l'écart du Parlement, il est confondant de constater qu'alors que le Gouvernement aurait été contraint de passer par une loi de finances rectificative pour débloquer un tel budget si l'ANSP était toujours 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 ministériels¹.

De tels procédés de débudgétisation ne sont pas admissibles. Le rapporteur général a d'ailleurs souligné la nécessité de faire évoluer la LOLFSS afin d'introduire la notion de crédits limitatifs pour les dépenses prises en charge par la sécurité sociale autres que le versement de prestations légales, et qui sont en fait arbitrables par les pouvoirs publics.

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

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.** L'objet du présent article est 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 (amendement n° 136).

Article 6 bis (nouveau)

Régime social de l'indemnité d'activité partielle

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, maintient pour 2021 le régime d'assujettissement à la CSG des indemnités légales et complémentaires d'activité partielle prévu en 2020, pérennise la prise en compte des périodes concernées au titre du calcul des droits à pension et opère plusieurs ajustements rédactionnels au sein du code de la sécurité sociale.

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

I - Un article qui vise essentiellement à pérenniser des dispositions relatives au traitement social de l'indemnité d'activité partielle introduites de manière exceptionnelle en 2020

A. Clarification des règles relatives à l'assujettissement à la CSG des avantages liés à la cessation d'activité

1. Suppression des taux réduits et nuls

Les avantages attachés à la cessation d'activité, dont les indemnités d'activité partielle, sont aujourd'hui, comme les allocations chômage, assujettis à la CSG au taux applicable aux revenus de remplacement, soit 6,2 %. Lorsque le revenu fiscal de référence du bénéficiaire est inférieur à certains seuils, ce taux est réduit à 3,8 % (III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale) ou les avantages en question sont exonérés de CSG (4° du II de l'article L. 136-1-2)¹.

Par ailleurs, l'article L. 136-1-2 précise que le prélèvement de la CSG sur ces revenus ne peut conduire le bénéficiaire à percevoir, en tenant compte le cas échéant de la rémunération d'activité maintenue, à percevoir moins que le salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) brut, soit 1 539,42 euros mensuels². Un écrêtement de la CSG prélevée doit alors être effectué.

Le a) du 3° du I supprime, à l'article L. 136-1-2 du CSS, la référence aux avantages liés à la cessation d'activité parmi les revenus pouvant faire l'objet d'une exonération de CSG. Cette exonération reste applicable s'agissant des allocations chômage.

Le b) du 5° supprime, à l'article L. 136-8, la mention des avantages versés au titre de la cessation d'activité parmi les revenus de remplacement pouvant, sous condition de ressources, faire l'objet d'un taux réduit de CSG.

¹ En 2020, les seuils d'assujettissement au taux réduit et d'exonération de CSG sont par exemple respectivement de 14 780 euros et 11 305 euros par an pour un foyer comprenant une part fiscale (revenu fiscal de référence de l'année 2018).

² Soit 18 473 euros par an.

En revanche, le b) du même 3° maintient l'application du dispositif d'écrêtement permettant que les prélèvements sociaux ne conduisent pas à réduire l'indemnité versée en deçà du niveau du SMIC.

2. Précisions à droit constant

L'article L. 136-2 du CSS (3° du I) prévoit l'application d'un abattement représentatif de frais professionnels pour le calcul de la CSG due au titre des allocations chômage, dont le montant s'élève à 1,75 % de l'assiette. Le 4° du I du présent article tend à prévoir l'application de cet abattement aux avantages liés à la cessation d'activité autres que les allocations chômage. Il s'agit là, selon les informations données au rapporteur général, de clarifier le droit applicable, cet abattement étant déjà effectué en pratique.

Le a) du 5° clarifie, sous forme d'énumération, la rédaction du 1° du II de l'article L. 136-8 du CSS, qui précise le taux de CSG (6,2 %) applicable aux revenus de remplacement et ajoute une mention des avantages liés à la cessation d'activité.

Le c) procède par ailleurs à la correction d'une erreur matérielle.

Enfin, le 4° du III précise que l'indemnité légale d'activité partielle est un revenu de remplacement au sens des dispositions du code de la sécurité sociale relatives à la CSG.

B. Maintien pour 2021 du régime dérogatoire d'assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités d'activité partielle

1. Le régime dérogatoire prévu en 2020

Dans un contexte de recours massif à l'activité partielle, le législateur est intervenu au cours de l'année 2020 pour simplifier les règles d'assujettissement de l'indemnité versée aux salariés concernés à la contribution sociale généralisée (CSG).

L'ordonnance n° 2020-346 du 27 mars 2020¹ (art. 11) a ainsi précisé que cette allocation, qui est exonérée de cotisations sociales, est assujettie à la CSG au taux applicable aux revenus de remplacement, soit 6,2 %.

Cette disposition constituait une dérogation aux dispositions des articles L. 136-8 et L. 136-1-2 du CSS relatives à l'application du taux réduit ou de l'exonération de CSG à raison du revenu.

L'ordonnance n° 2020-460² du 22 avril 2020 est venue par la suite préciser que, lorsque la somme de l'indemnité légale et de l'indemnité complémentaire dépasse 3,15 fois le SMIC, la part de l'indemnité complémentaire versée au-delà de ce montant est assujettie à la CSG au taux

¹ Ordonnance n° 2020-346 du 27 mars 2020 portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle.

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

applicable aux revenus d'activité (9,2 %) ainsi qu'aux cotisations et contributions sociales. Cette règle est dérogatoire dans la mesure où elle conduit à traiter une fraction d'un revenu de remplacement comme un revenu d'activité.

Ces dispositions sont applicables jusqu'au 31 décembre 2020.

2. Le maintien des règles applicables pour 2021

Le IV du présent article vise à permettre une stabilité des règles d'assujettissement des indemnités d'activité partielle en 2021.

Compte tenu des modifications introduites par le présent article, la dérogation aux articles L. 136-1-2 et L. 136-8 n'est plus nécessaire.

En revanche, l'assujettissement des indemnités extra-légales au taux applicable aux revenus d'activité ainsi qu'aux cotisations sociales lorsque le montant cumulé excède 3,15 SMIC nécessite une disposition législative expresse.

C. Prise en compte des périodes d'activité partielle pour l'ouverture des droits à la retraite

1. Pérennisation d'une mesure dérogatoire

L'article 11 de la loi du 17 juin 2020¹ a prévu, à titre exceptionnel, que les périodes d'activité partielle comprises entre le 1^{er} mars et le 31 décembre 2020 seraient prises en compte pour l'ouverture des droits à la retraite. Les indemnités d'activité partielle n'étant pas soumises aux cotisations sociales et en particulier aux cotisations d'assurance vieillesse, cette mesure doit être financée par le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Le d) du 6° du I du présent article vise à pérenniser cette mesure en la codifiant. Il complète à cet effet l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale (CSS), relatif aux périodes prises en compte pour l'ouverture des droits à pension

Par cohérence, le 2° du même I complète l'article L. 131-2 qui définit les dépenses prises en charge par le FSV. Ce même 2° corrige par ailleurs des références obsolètes.

2. Application à certains régimes particuliers

L'application de cette mesure à Mayotte nécessite une modification de l'article 8 de l'ordonnance relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte², qui est opérée par le V du présent article.

¹ Loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne.

² Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

De même, une disposition législative est nécessaire afin d'appliquer cette mesure aux ressortissants du régime social des marins, pour lesquels l'article 10 *bis* de l'ordonnance du 27 mars 2020 a prévu l'application du dispositif d'activité partielle¹. Le 2° du II du présent article complète à cet effet l'article L. 5552-16 du code des transports.

Par ailleurs, le 1° du même II supprime la borne d'âge au-delà de laquelle les périodes de chômage et de bénéfice de l'allocation amiante ne sont pas comptabilisées dans le calcul de la pension des ressortissants de ce régime. Cette borne d'âge n'apparaîtrait en effet pas justifiée s'agissant de l'activité partielle, compte tenu du recours massif à ce dispositif sur la période récente. Sa suppression s'agissant des périodes de chômage et de bénéfice de l'allocation amiante relève d'une logique de cohérence.

3. Entrée en vigueur

Le VIII précise que les dispositions relatives à la prise en compte des périodes d'activité partielle pour le calcul des droits à la retraite sont applicables aux périodes d'activité partielle à compter du 1^{er} mars 2020 et pour les pensions prenant effet à compter du 12 mars 2020. L'article 11 de la loi du 17 juin 2020 devient dès lors redondant avec la disposition codifiée. Le VI du présent article prévoit donc son abrogation à compter de la date de son entrée en vigueur, soit le 19 juin 2020.

Toutefois, s'agissant du régime des marins, la prise en compte des périodes de chômage et de bénéfice de l'allocation amiante n'est pas rétroactive et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

4. Correction de dispositions législatives devenue obsolètes.

Par ailleurs, plusieurs corrections s'apparentant, selon la direction de la sécurité sociale (DSS) à un « toilettage » légistique sont opérées par le 6° du I :

- le a) supprime une référence au 2° de l'article L. 5123-2 du code du travail, abrogé par la loi de finances pour 2012² ainsi qu'au 4° du même article, relatif à l'allocation versée aux salariés dont l'emploi à temps plein est transformé en emploi à temps partiel, dispositif qui ne compte plus de nouveaux entrants ;

- le b) supprime une référence devenue obsolète ;

- le c) supprime une référence à une allocation supprimée depuis le 31 décembre 2007.

Le 1° du I corrige enfin une erreur matérielle à l'article L. 131-2 du CSS.

¹ Les dispositions de l'article 10 *bis* de l'ordonnance du 27 mars 2020 ont une validité limitée au 31 décembre 2020, mais le projet de loi de prolongation de l'état d'urgence, en cours d'examen par le Parlement, prévoit d'habiliter le Gouvernement à prolonger leur application.

² Loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

D. Prolongation de la durée maximale du congé de reclassement

1. Le régime social applicable à la rémunération du congé de reclassement et du congé de mobilité

L'article L. 1233-71 du code du travail est relatif au congé de reclassement que les employeurs d'au moins 1 000 salariés sont tenus de proposer en cas de licenciement pour motif économique.

L'article L. 1233-72 précise, par renvoi aux articles L. 5123-4 et L. 5123-5, que la rémunération versée au salarié en congé de reclassement est cessible et saisissable dans les mêmes conditions que les salaires et n'est soumise ni à la taxe sur les salaires ni aux cotisations de sécurité sociale.

L'article L. 1237-18 est relatif au congé de mobilité que les employeurs d'au moins 300 salariés peuvent proposer à leurs salariés dans le cadre d'un accord collectif portant sur la gestion des emplois et des compétences. Aux termes de l'article L. 1237-18-3, la rémunération versée pendant les 12 premiers mois du congé de mobilité est soumise au même régime social que celle qui est applicable à la rémunération versée dans le cadre d'un congé de reclassement.

2. L'allongement de la durée du congé de reclassement et ses conséquences juridiques

Le 1° du III du présent article porte la durée maximale du congé de reclassement à 24 mois en cas de formation de reconversion professionnelle.

Le 2° modifie l'article L. 1233-72, afin d'aligner le régime social applicable à la rémunération versée au salarié pendant son congé de reclassement à celle qui est applicable à l'indemnité d'activité partielle.

Le 3° porte par cohérence de 12 à 24 mois la durée pendant laquelle la rémunération du salarié en congé de mobilité est soumise au même traitement social que la rémunération du salarié en congé de reclassement.

3. Une modification à droit constant des dispositions relatives à l'assujettissement des contributions d'assurance chômage

L'article L. 5422-10 du code du travail dispose que les contributions d'assurance chômage versées par les employeurs ne sont passibles ni du versement forfaitaire sur les salaires ni des cotisations et contributions de sécurité sociale et qu'elles sont déductibles des bénéfices pour le calcul de l'impôt sur les sociétés.

La référence au versement forfaitaire sur les salaires est obsolète dans la mesure où ce prélèvement a été remplacé par la taxe sur les salaires. Cette taxe, comme les cotisations de sécurité sociale est calculée en prenant comme base l'assiette des revenus assujettis à la CSG.

Le 5° du III du présent article modifie la rédaction de l'article L. 5422-10 du code du travail afin de préciser simplement que les contributions d'assurance chômage sont exclues de l'assiette de la CSG, ce qui est déjà prévu à l'article L. 136-1-1 du CSS. Cette modification législative n'a pas d'impact sur le droit existant.

II - Une mesure bienvenue

A. Une prise en compte des périodes d'activité partielle pour le calcul des droits à la retraite qui paraît justifiée

Tant que l'activité partielle concernait un nombre restreint de salariés pendant une durée limitée, souvent en raison d'aléas climatiques ou d'accidents, l'absence de prise en compte de ces périodes au titre du calcul des droits à la retraite constituait un problème à l'acuité limitée. Le recours massif et prolongé à ce dispositif dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de covid-19 a conduit les pouvoirs publics à y remédier dans la loi du 17 juin 2020.

Les conditions d'urgences justifiées par le contexte dans lequel cette loi a été examinée par le Parlement justifiaient que la mesure prise soit d'application limitée dans le temps.

Une mesure pérenne semble à présent justifiée et, si on peut regretter que cette mesure ait été introduite par voie d'amendement déposé en séance publique et dépourvu d'étude d'impact, le rapporteur général y est favorable.

Si l'année 2020 et, peut-être, une partie de l'année 2021, seront marquées par un recours massif à l'activité partielle, on est en droit d'espérer que, une fois la situation sanitaire revenue à la normale, l'impact financier de cette mesure pour le FSV demeurera limité.

B. Un régime spécifique d'assujettissement aux cotisations et contributions sociales qui demeure pertinent en 2021

L'écêtement de la CSG prélevée sur les avantages liés à la cessation d'activité pour garantir un revenu au moins égal au SMIC conduit, dans la plupart des cas, à rendre inopérantes les dispositions relatives au taux réduit - et, *a fortiori*, à l'exonération - de CSG à raison du revenu.

Selon les informations communiquées au rapporteur général par la DSS, ce dispositif était « *très peu utilisé dans la mesure où cela demandait un travail particulièrement complexe et chronophage à l'employeur* ».

Dès lors, l'exclusion des avantages liés à la cessation d'activité, dont les indemnités d'activité partielle mais pas les allocations chômage, des revenus de remplacement pouvant faire l'objet d'un taux réduit de CSG ou d'une exonération ne pose guère de difficulté.

S'agissant du traitement social de l'activité partielle, la stabilité en 2021 des règles applicables depuis mars 2020 apparaît pertinente dans un souci de lisibilité du droit.

L'assujettissement, sous le régime des revenus d'activité, des indemnités extra-légales au-delà de 3,15 SMIC est de nature à réduire le manque à gagner pour les finances publiques sans occasionner de perte de revenu insupportable pour les salariés concernés. En l'absence de données précises, on peut d'ailleurs supposer qu'une partie importante des salariés bénéficiant de ce niveau de rémunération occupe un poste compatible avec le télétravail et ne sera donc pas placé en position d'activité partielle.

La commission a adopté trois amendements rédactionnels (n° 137, 138 et 139) du rapporteur général.

C. Un allongement de la durée maximale du congé de reclassement qui semble pertinent

La commission approuve enfin l'allongement de la durée du congé de reclassement, lorsque le salarié suit une formation de nature à permettre sa reconversion.

Cette mesure apparaît cohérente avec la volonté affichée par le Gouvernement d'utiliser la formation professionnelle comme un outil permettant de réorienter la main d'œuvre des secteurs exposés à l'obsolescence vers des secteurs plus porteurs en termes d'emploi.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 6 ter (nouveau)

**Exonérations de cotisations et contributions de sécurité sociale
au bénéfice des PME et des travailleurs indépendants
dans le contexte de la crise sanitaire**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, crée un ensemble de dispositifs d'exonération et d'aide au paiement des cotisations sociales, similaire à ce qui a été prévu au printemps 2020, au bénéfice des petites et moyennes entreprises et des travailleurs indépendants impactés par la crise sanitaire.

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

I – Un dispositif d'aide aux entreprises et travailleurs indépendants similaire à celui qui a été mis en œuvre au printemps 2020

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, sur proposition du Gouvernement, prévoit des mesures de soutien, sous forme **d'exonérations de cotisations sociales patronales et d'une aide au paiement des cotisations restant dues**, en faveur des petites et moyennes entreprises et des travailleurs indépendants des secteurs du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, du sport, de la culture et de l'évènementiel. Les mesures proposées sont similaires à celles qui avaient été prévues au titre de l'année 2020, par l'article 65 de la loi de finances rectificative (LFR) du 30 juillet 2020¹.

A. Un dispositif d'exonération de cotisations patronales en faveur des entreprises des secteurs principalement touchés par les mesures visant à lutter contre l'épidémie

1. Entreprises éligibles

Le I du présent article prévoit un dispositif d'exonération de cotisations sociales en faveur des entreprises de certains secteurs particulièrement touchés par les mesures visant à lutter contre l'épidémie de covid-19.

Les entreprises visées sont **les entreprises de moins de 250 salariés dont l'activité principale relève des secteurs du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, du sport, de la culture et de l'évènementiel**, « qui subissent les effets des mesures » prises depuis le 1^{er} septembre 2020 « aux fins de lutter contre la propagation de l'épidémie de covid-19 ».

Plus précisément, cette exonération s'appliquerait aux **employeurs des secteurs concernés dont l'activité a été totalement interrompue** sans que cette interruption résulte d'une fermeture volontaire et où que se situe l'activité interrompue.

¹ Loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020.

Elle s'appliquerait également **aux employeurs ayant observé une baisse d'au moins 50 % de leur chiffre d'affaire et dont l'activité est située dans un lieu concerné par des mesures règlementaires d'interdiction de la circulation** des personnes prises dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire depuis le 17 octobre 2020, date qui correspond à l'entrée en vigueur des premières mesures de couvre-feu.

Un sous-amendement du rapporteur général de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a étendu, comme cela avait été prévu par la LFR pour 2020, le bénéfice de cette exonération aux **employeurs relevant de secteurs dépendant des secteurs principalement visés, à condition que la baisse de chiffre d'affaire constatée soit au moins égale à 80 %**.

2. Définition de l'exonération

Les entreprises éligibles bénéficieraient d'une exonération totale des cotisations et contributions sociales patronales, à l'exception des cotisations dues au titre des régimes de retraite complémentaire obligatoire - qui présentent le lien le plus direct entre le versement des cotisations et le calcul de la pension.

L'exonération porte, dans la mesure où les conditions sont réunies, sur les sommes dues **à compter du mois de septembre 2020 et jusqu'au 31 décembre 2020**. Il est toutefois précisé qu'un décret pourra prolonger cette période dans la limite du dernier jour du mois durant lequel l'état d'urgence prendra fin.

Cette exonération a vocation à être appliquée sur les cotisations et contributions restant dues après application le cas échéant de tous les autres dispositifs d'exonération ou de réduction de cotisations sociales (taux spécifiques, assiettes ou montants forfaitaires...) et est cumulable avec l'ensemble de ces dispositifs.

Un décret doit préciser les conditions de mise en œuvre de ce dispositif.

B. Une aide au versement des cotisations et contributions sociales restant dues

Par ailleurs, le **II** du présent article prévoit, au bénéfice des mêmes employeurs et pour les mêmes périodes, un dispositif **d'aide au paiement des cotisations et contributions sociales**.

Cette aide s'élève à **20 % de la masse salariale au titre des périodes concernées et est imputable sur les sommes restant dues au titre des années 2020 et 2021** après application de l'exonération prévue par le présent article et des éventuelles autres exonérations applicables.

Il est précisé que cette aide constitue une réduction de cotisations sociales et qu'elle est soumise, à ce titre, aux dispositions du code de la sécurité sociale relatives à la compensation par l'État à la sécurité sociale (L. 131-7) et aux sanctions en cas d'infraction à la législation sur le travail illégal (L. 133-4-2 et L. 242-1-1). S'agissant de la compensation, selon les informations recueillies par le rapporteur général, celle-ci prendra la forme d'une **compensation budgétaire intégrale prise en charge par la mission « Plan d'urgence face à la crise sanitaire »**, à l'instar de ce qui a été fait dans le cadre de la LFR du 30 juillet 2020.

C. Un dispositif d'exonération en faveur des travailleurs indépendants

Les III et IV du présent article prévoient une aide en faveur des travailleurs indépendants qui satisfont les mêmes conditions de perte d'activité que celles prévues pour les employeurs de moins de 250 salariés mentionnés au I.

1. Travailleurs indépendants ne relevant pas du régime micro-social

Pour les **travailleurs indépendants ne relevant pas du régime micro-social**, cette aide prend la forme d'une **réduction de cotisations et contributions de sécurité sociale dues au titre de l'année 2021** à hauteur d'un montant fixé par décret et dans la limite des montants dus.

Il est précisé que, lorsque les travailleurs indépendants concernés calculent leurs cotisations provisionnelles en prenant pour base le dernier revenu d'activité connu ou le revenu estimé de l'année en cours (art. L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale), ils peuvent appliquer à cette base un abattement fixé par décret. La majoration de retard en cas de sous-évaluation supérieure à un tiers ne leur serait dans ce cas pas applicable.

2. Travailleurs relevant du régime micro-social

Les travailleurs relevant du **régime micro-social**, dont les cotisations sont calculées en pourcentage du chiffre d'affaire ou des recettes, pourront **déduire des déclarations effectuées** au titre des échéances mensuelles ou trimestrielles **les montants correspondant au chiffre d'affaires ou aux recettes réalisés au titre des périodes durant lesquelles le dispositif d'exonération est applicable aux PME** (périodes pendant lesquelles les conditions de perte d'activité sont remplies, comprises entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 2020, sous réserve de prolongation de l'état d'urgence sanitaire).

D. Une prolongation des dispositifs d'aide mis en œuvre en 2020

L'article 65 de la LFR pour 2020 a prévu, au titre de la période allant du 1^{er} février au 31 mai 2020, un ensemble de mesures d'exonérations de cotisations sociales similaire à celui prévu par le présent article. Une mesure d'exonération avait également été prévue pour les entreprises de moins de dix salariés ayant fait l'objet d'une mesure de fermeture administrative mais n'appartenant pas aux secteurs principalement visés.

1. Imputation sur 2021 des exonérations au titre de la période allant de février à mai 2020

Le II de cet article a notamment prévu une aide au paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale dont le montant est imputable sur l'ensemble des sommes dues au titre de l'année 2020. Le présent article étend cette possibilité d'imputation aux sommes dues au titre de l'année 2021.

2. Extension du champ des plans d'apurement

Par ailleurs, le VI du même article 65 de la LFR de juillet a ouvert la possibilité pour les employeurs de moins de 250 salariés et les travailleurs indépendants concernés de bénéficier de plans d'apurement de leurs dettes envers les organismes de recouvrement.

En l'état actuel du droit, cet apurement peut porter sur les sommes qui étaient dues au 30 juin ou, pour les travailleurs indépendants, au 31 octobre 2020.

Le présent article porte ces dates respectivement au 31 décembre 2020 et au 30 septembre 2021. Pour les travailleurs non-salariés agricoles, les dettes constatées jusqu'au 30 avril 2021 pourraient être concernées.

Enfin, le présent article prévoit que les propositions de plans d'apurement pourront être adressées par les directeurs des organismes de recouvrement jusqu'à trois mois après ces dates, au lieu du 30 novembre 2020.

Il est précisé que le présent article est applicable à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon « *sous réserve des adaptations liées aux modalités d'application du régime de sécurité sociale dans ces collectivités* ».

II - Une mesure qui apparaît indispensable mais encore insuffisante et qui aura un coût considérable

A. Un nécessaire élargissement du dispositif d'exonération

On peut regretter qu'un plan d'aide dont l'impact pour les finances publiques sera aussi massif soit introduit dans le PLFSS par la voie d'un amendement déposé en séance publique et sous-amendé sans que le Parlement soit en mesure d'en mesurer les implications financières. Cette démarche peut néanmoins être admise, compte tenu des circonstances, qui ont évolué entre la rédaction du PLFSS et son examen.

Le contexte a d'ailleurs encore changé profondément entre l'adoption du texte par l'Assemblée nationale et son examen au Sénat.

En effet, les secteurs visés par le présent article correspondent à ceux qui étaient principalement visés par des mesures de fermeture administrative avant le 30 octobre 2020, c'est-à-dire les secteurs correspondant aux listes dite S1 et S1 *bis*, mentionnées respectivement aux annexes I et II du décret du 30 mars 2020 relatif au fonds de solidarité à destination des entreprises¹. Ce sont ces listes qui ont servi de référence pour l'application de l'article 65 de la LFR de juillet 2020².

Or, le confinement de la population et la fermeture de l'ensemble des commerces considérés comme non essentiels conduit à envisager sérieusement un élargissement de ce champ à l'ensemble des entreprises obligées d'arrêter leur activité. Le Gouvernement a ainsi annoncé le 30 octobre 2020 une exonération totale de cotisations sociales pour toutes les entreprises de moins de 50 salariés fermées administrativement.

Il ressort des échanges entre le rapporteur général et le Gouvernement que cet élargissement pourrait être proposé par un amendement en séance publique.

Par ailleurs, le rapporteur général s'est interrogé sur la différence de seuil de perte de chiffre d'affaire exigée pour bénéficier du dispositif d'exonération entre les entreprises du secteur S1 dont l'activité n'est pas interrompue et celles du secteur S1 *bis*. La commission a adopté **un amendement (n° 141)** du rapporteur général visant à aligner ces seuils en ouvrant l'exonération à toutes les entreprises des secteurs dépendant de ceux principalement visé dès lors qu'elles enregistrent une perte de chiffre d'affaire d'au moins 50 %.

La commission a également adopté deux amendements de précision (n° 140 et 142).

¹ Décret n° 2020-371 du 30 mars 2020 relatif au fonds de solidarité à destination des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l'épidémie de covid-19 et des mesures prises pour limiter cette propagation.

² Décret n° 2020-1103 du 1^{er} septembre 2020 relatif aux cotisations et contributions sociales des entreprises, travailleurs indépendants et artistes-auteurs affectés par la crise sanitaire.

L'aide au paiement des cotisations sociales vise essentiellement la part salariale des cotisations et contributions sociales, la part patronale étant exonérée en application du I du présent article. Le montant de la réduction, fixé à 20 % des rémunérations versées, et la possibilité de l'imputer sur les sommes dues au titre des années 2020 et 2021, en font une aide très substantielle.

En complément, compte tenu de la persistance des difficultés économiques, la prolongation de la possibilité ouverte aux entreprises de bénéficier d'un plan d'apurement apparaît souhaitable.

B. Un coût encore inconnu mais qui pèsera lourdement sur les finances publiques

Les exonérations et aides prévues par le présent article doivent être compensées à la sécurité sociale par transfert de crédits budgétaires.

Pour compenser les mesures prévues au titre de la période du 1^{er} février au 31 mai 2020, la LFR de juillet dernier avait budgété 3,9 milliards d'euros.

Le projet de loi de finances rectificative pour 2020 qui doit être examiné prochainement par le Parlement devra certainement majorer cette somme de manière importante.

Selon les informations transmises au rapporteur général par le Gouvernement, **le coût des mesures prévues par le présent article, en tenant compte de l'élargissement envisagé, pourrait atteindre près d'un milliard d'euros par mois de confinement.**

Le recours massif à l'activité partielle, qui suppose le versement aux salariés d'une indemnité non soumise à cotisations sociales en lieu et place de leur salaire, réduira le montant que l'État devra compenser à la Sécurité sociale mais contribuera dans le même temps à une forte contraction des recettes de celle-ci.

Si ces mesures apparaissent indispensables, bien que probablement insuffisantes, pour éviter des conséquences lourdes en termes d'emploi et de pouvoir d'achat, leur coût sera donc très lourd. Le consensus autour du soutien à l'économie ne doit pas faire oublier que des mesures, certainement difficiles, seront nécessaires une fois la crise sanitaire terminée pour remettre nos finances publiques sur la voie d'un réel assainissement.

Mesures de soutien à l'économie dans le contexte du confinement

Afin d'aider les entreprises et les travailleurs indépendants à faire face aux conséquences du confinement, le Gouvernement a annoncé le 30 octobre 2020 une série de mesures dont certaines devraient trouver une traduction législative dans le cadre des textes financiers de fin d'année, pour un montant total estimé à 15 milliards d'euros par mois de confinement. Ces mesures sont notamment, outre le recours à l'activité partielle et celles qui sont prévues par le présent article :

- une aide allant jusqu'à 10 000 euros pour toutes les entreprises de moins de 50 salariés fermées administrativement ainsi que pour les entreprises du secteur S1 ne fermant pas mais subissant une perte de chiffre d'affaire d'au moins 50 % ;
- une aide allant jusqu'à 1 500 euros par mois pour les autres entreprises de moins de 50 salariés ainsi que pour les travailleurs indépendants ;
- une exonération totale de cotisations sociales en faveur des entreprises ;
- une suspension automatique des prélèvements pour les travailleurs indépendants ;
- une prolongation du dispositif de prêts garantis par l'État ;
- la mise en place d'avances remboursables sans intérêt pour les entreprises de plus de 50 salariés ;
- un crédit d'impôt pour les bailleurs acceptant d'annuler une partie de leurs loyers au profit d'entreprises du secteur HCR.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 7

Rectification des tableaux d'équilibre

Cet article a pour objet de rectifier pour 2020, 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 dégradation sans précédent de la trajectoire de l'exercice en cours par rapport au vote de la LFSS pour 2020

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 le rapporteur général traitera avec les deux premiers. Il rectifie également l'objectif d'amortissement de la Cades.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a prévu un solde des régimes de base et du FSV de - 5,9 milliards d'euros. **Le présent article révisé ce solde dans des proportions inédites, à - 48,4 milliards d'euros.**

Régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

Régimes obligatoires de base	Prévisions LFSS 2020			Rectification PLFSS 2021		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	220,8	224,1	- 3,4	206,3	238,5	- 32,2
AT-MP	15,0	13,6	1,4	13,6	13,9	- 0,2
Vieillesse	244,1	247,3	- 3,2	237,4	247,0	- 9,5
Famille	51,0	50,3	0,7	47,2	50,4	- 3,2
Toutes branches hors transferts	517,1	521,6	- 4,5	491,0	536,1	- 45,2
Toutes branches y compris FSV	516,1	522,1	- 5,9	488,2	536,6	- 48,4

Source : PLFSS 2021

De la même façon, le solde du régime général et du FSV en 2020 afficherait un **déficit sans précédent, à - 46,6 milliard d'euros**, avec là aussi une dégradation considérable par rapport à la prévision initiale (5,4 milliards d'euros).

(en milliards d'euros)

Régime général	Prévisions LFSS 2020			Rectification PLFSS 2021		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	219,2	222,6	- 3,3	204,8	237,0	- 32,2
AT-MP	13,5	12,2	1,4	12,1	12,4	- 0,3
Vieillesse	139,0	141,7	- 2,7	132,8	140,6	- 7,8
Famille	51,0	50,3	0,7	47,2	50,4	- 3,2
Toutes branches hors transferts	409,4	413,5	- 4,1	383,9	427,3	- 43,5
Toutes branches y compris FSV	409,6	413,5	- 5,4	382,4	429,0	- 46,6

Source : PLFSS 2021

Encore convient-il de souligner que ces prévisions intègrent une recette exceptionnelle de 5 milliards d'euros, à savoir le reversement en une fois de la soulte CNIEG par la Cades à la branche vieillesse. Sans cette opération, le résultat de ladite branche et les résultats consolidés aurait enregistré un déficit de 53,4 milliards d'euros sur le périmètre ROBSS+FSV et de 51,6 milliards d'euros pour le régime général et le FSV.

Le tome I du présent rapport revient plus en détail sur les causes de cet extraordinaire creusement du déficit, dans le contexte de crise provoquée par la pandémie de covid-19.

Ces tableaux montrent néanmoins :

- d'une part, **un effet marqué de la crise sur les recettes de l'ensemble des branches, de 6,6 % en moyenne pour ce qui concerne le régime général et le FSV.** Au total, toujours sur le même périmètre consolidé, ce sont quelque 27,2 milliards d'euros qui ne seront pas encaissés d'ici à la fin de l'année ;

- d'autre part, **une relative stabilité des dépenses de chaque branche par rapport à la prévision initiale, à l'exception notable de la branche maladie, en première ligne pour la réponse à la crise sanitaire¹.**

L'augmentation des dépenses de la branche maladie par rapport à la prévision de la LFSS pour 2020 s'élèverait à **14,4 milliards d'euros**, soit 93 % de l'écart à la prévision par rapport à la LFSS 2020 en termes d'écart à la prévision de dépenses.

Il en résulte une **plongée dans le rouge du solde de la totalité des branches**, y compris la branche AT-MP, qui affichait pourtant un excédent depuis huit ans.

¹ Avec, au niveau de l'ensemble des administrations de sécurité sociale, l'assurance chômage, qui connaît également un « effet de ciseaux très marqué ».

Mais, bien entendu, la branche maladie concentre l'essentiel de la dégradation du fait de l'effet de ciseaux précédemment décrit sur ses recettes et ses dépenses. Son solde pour 2020 s'établirait ainsi à - 32,2 milliards d'euros au lieu des quelque 3,3 milliards d'euros de déficit de la prévision initiale.

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

Pour l'année 2020, l'objectif d'amortissement de la Cades était fixé à 16,7 milliards d'euros. Il est rectifié à 15,9 milliards d'euros.

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

Cet objectif d'amortissement porterait le total de la dette amortie en 2020 à 187,3 milliards d'euros et le montant de la dette restant à amortir serait, à fin 2020, de 93,2 milliards d'euros, compte tenu de la reprise par la caisse de 20 milliards d'euros de dette sociale en 2020, 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 2020¹.

II - L'intégration de l'anticipation de mesures du Ségur de la santé par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement à cet article, dont les conséquences ont d'ores et déjà été intégrées aux tableaux d'équilibre rédigés ci-dessus.

Cet amendement tirait les conséquences du nouveau relèvement de l'Ondam 2020 à hauteur de 2,4 milliards d'euros destiné à avancer à 2020 les revalorisations salariales prévues dans le cadre du Ségur de la santé ainsi qu'à provisionner les éventuels surcoûts de la deuxième vague épidémique de covid-19.

III - Une approbation de la commission malgré les fortes incertitudes qui demeurent sur les comptes de l'année 2020

Le rapporteur général propose l'adoption du présent article malgré les fortes incertitudes qui pèsent encore sur la trajectoire des comptes de la sécurité sociale en 2020.

¹ Aux termes de ce décret, cette reprise concerne les déficits cumulés au 31 décembre 2019 de la branche maladie du régime général (10,2 milliards d'euros), du Fonds de solidarité vieillesse (6,2 milliards d'euros) et de la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles (3,6 milliards d'euros).

En particulier, l'intensité de la deuxième vague de covid-19 et les conséquences économiques du nouveau confinement national qui vient d'être mis en place ne sont pas encore connues. Il est toutefois clair qu'elles pourraient conduire à une nouvelle dégradation des comptes de la sécurité sociale pour l'année en cours, tout comme les mesures de soutien qui pourraient être adoptées pour y faire face.

Il appartiendra au Gouvernement de proposer un nouvel amendement à cet article en cours de navette, le cas échéant, afin d'offrir au Parlement la meilleure vision possible au moment du vote définitif du présent texte.

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

Article 8

Rectification de l'Ondam et des sous-Ondam

Cet article vise à réviser le montant de l'Ondam et des sous-objectifs pour l'année en cours.

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

I - Un Ondam révisé de 10,1 milliards d'euros du fait des conséquences de l'épidémie de covid-19

A. Une progression par rapport à 2019 substantielle, largement supérieure à l'évolution votée en LFSS

Conformément aux dispositions organiques relatives aux lois de financement de la sécurité sociale, le présent article procède à la rectification de l'objectif national d'assurance maladie et ses sous-objectifs.

L'Ondam voté en LFSS pour 2020 s'élevait à 205,6 milliards d'euros. Compte tenu de l'exercice 2020, marqué par la crise sanitaire, le Gouvernement a retenu lors du dépôt du PLFSS une **prévision rectifiée d'un Ondam 2020 à 215,7 milliards d'euros, soit 10,1 milliards d'euros ou un écart de 4,9 % au montant voté.**

Crédits de l'Ondam 2020

en milliards d'euros

	2020	2020 rectifié	Écart à la LFSS 2020
Dépenses de soins de ville	93,6	93,4	- 0,2 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	84,4	87,7	3,9 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	10,0	11,5	15,0 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,7	12	2,6 %
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5	3,8	8,6 %
Autres prises en charge	2,4	7,2	200,0 %
Total	205,6	215,7	4,9 %

Source : Données du PLFSS 2021

Le ministère des solidarités et de la santé précise que le montant de l'Ondam 2020 hors covid serait 205,9 milliards d'euros, l'écart « dû au covid » est donc de 9,8 milliards d'euros.

Le Gouvernement a ainsi produit, en annexe au PLFSS pour 2021, une évolution différenciée de l'Ondam 2020 selon un périmètre excluant les dépenses liées à l'épidémie de covid-19.

Évolution de l'Ondam 2020

	2019	2020 initial	2020 rectifié
Ondam	2,6 %	2,3 %	7,6 %
Ondam hors covid	-	-	3,2 %

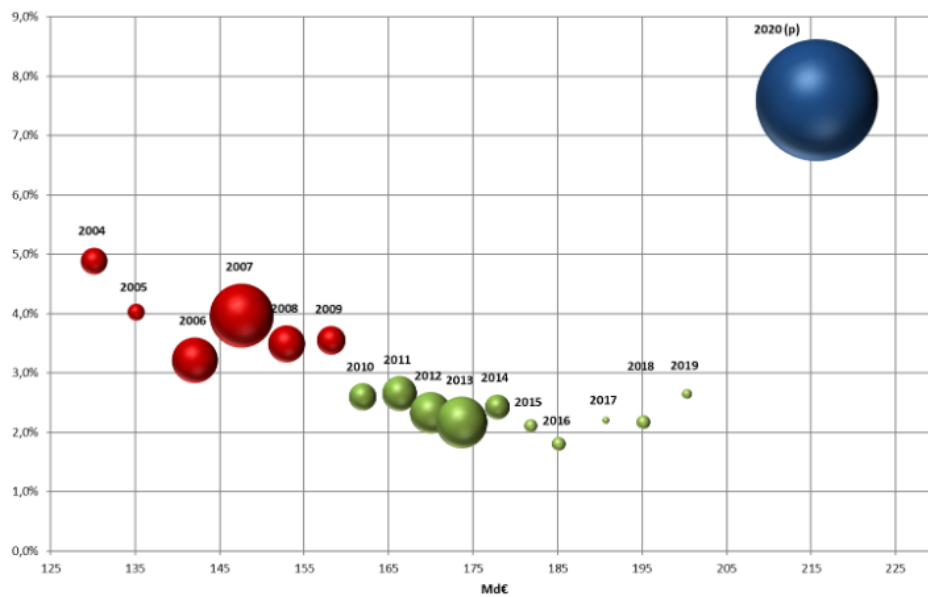
Source : Données du PLFSS 2021

B. Un relèvement majeur de l'Ondam causé par la crise sanitaire

1. Un relèvement principalement le fait des dépenses liées à l'épidémie de covid-19

L'écart de 10,1 milliards d'euros à l'Ondam voté en PLFSS est tout à fait inédit, tant en valeur absolue qu'en proportion.

Graphique 1 • Niveaux et dépassements de l'ONDAM depuis 2004



Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté en milliards d'euro et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille de la bulle représente l'ampleur du dépassement (en rouge) ou de la sous-exécution (en vert). Ainsi, en 2019, les dépenses totales dans le champ de l'ONDAM (cf. graphique 1) atteindraient 200,2 Md€, soit une évolution à périmètre constant de 2,6%.

Source : Annexe au PLFSS 2021

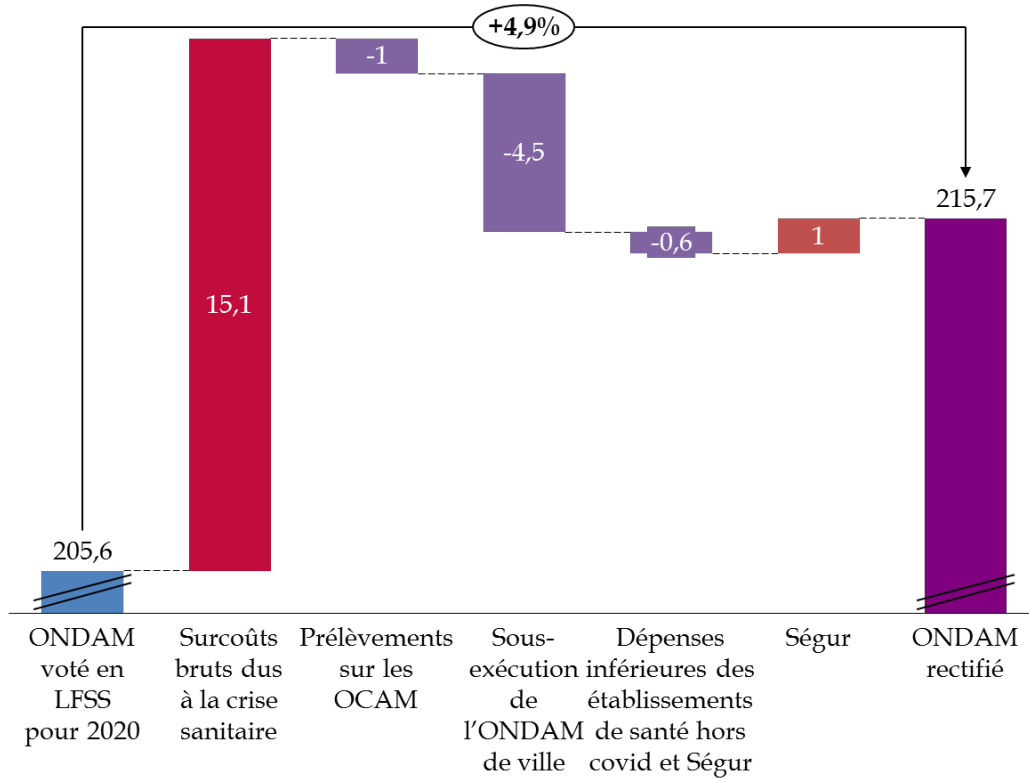
Cet écart relève pour l'essentiel de la crise sanitaire en cours. L'évolution nette est en effet le résultat principalement :

- de 15,1 milliards d'euros de surcoûts bruts causés par l'épidémie ;
- des sous-exécutions importantes (4,5 milliards d'euros) au sein de l'Ondam de ville viennent en partie compenser ces surcoûts.

À noter que l'Ondam médico-social, le FIR et les « autres prises en charge » sont conformes à l'objectif avant la prise en compte des surcoûts liés au covid et au Ségur.

Dépenses supplémentaires et moindres recettes sur l'Ondam 2020

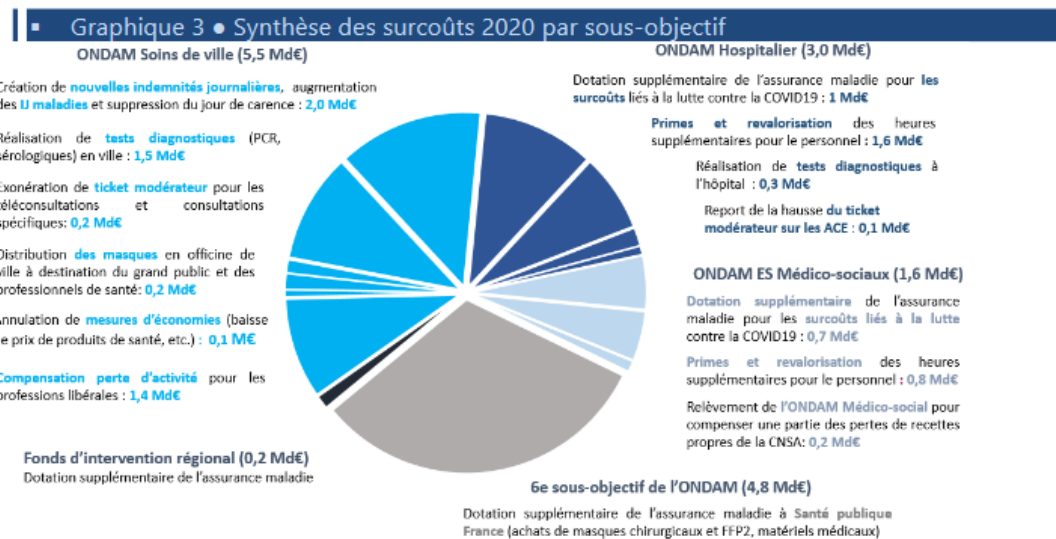
en milliards d'euros



Source : Commission des affaires sociales, d'après données du PLFSS 2021

2. 15,1 milliards d'euros de surcoûts bruts dus à la crise sanitaire...

Les surcoûts bruts liés à l'épidémie de covid-19 représentent 15,1 milliards d'euros.



Source : DSS/SDEPF/6B

Source : Annexe au PLFSS 2021

a) Une dotation substantiellement relevée pour Santé publique France

Initialement prévue à 150 millions d'euros, la dotation de l'agence nationale de santé publique a été relevée à 4,8 milliards d'euros.

Les dépenses de l'agence ont principalement concerné des achats de **masques et équipements de protection**, mais aussi des médicaments, des **respirateurs** et matériels médicaux ainsi que des **réactifs pour les tests PCR**.

b) Des coûts de ville tirés par les arrêts de travail et le soutien aux professions libérales

Les surcoûts estimés en ville seraient de l'ordre de 5,5 milliards d'euros :

- **2 milliards d'euros relèveraient des arrêts de travail.** Cela couvre les indemnités journalières pour les malades, pour lesquels le délai de carence a été levé, mais aussi les IJ spéciales prévues pour garde d'enfant ou personne vulnérable. En outre, les IJ ont été étendues aux professionnels libéraux ;

- **200 millions d'euros sont liés aux frais de distribution de masques dans les pharmacies ;**

- **1,5 milliard d'euros de surcoût est prévu au titre des tests diagnostiques** effectués dans les laboratoires de biologie médicale de ville. Ces tests, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, sans ordonnance depuis juillet, sont à un tarif de 54 euros auquel s'ajoute 18 euros de forfait de prélèvement ;

- **200 millions d'euros sont comptabilisés au titre de l'exonération du ticket modérateur pour les téléconsultations** et la mise en place de consultations longues pour les personnes vulnérables ;

- **100 millions d'euros** seraient dus à l'annulation ou au report de mesures d'économies ;

- **l'aide financière de l'assurance maladie aux professionnels de santé atteindrait 1,4 milliard d'euros.** Cette aide a été proportionnée à la perte d'activité du professionnel ; les médecins généralistes, infirmiers et sages-femmes ont en outre bénéficié d'une aide forfaitaire.

c) Des financements supplémentaires pour les établissements de santé et médico-sociaux

La révision de l'Ondam 2020 porte 4,8 milliards d'euros de financements supplémentaires pour les établissements sanitaires, médico-sociaux et le fonds d'intervention régional :

- **1,8 milliard d'euros de délégations supplémentaires** sont prévus au titre de la couverture des charges dues à la crise sanitaire, essentiellement l'achat de matériels ;

- **2,3 milliards d'euros** sont destinés à financer les primes et l'indemnisation des heures supplémentaires. Cela concerne les personnels hospitaliers et les personnels des Ehpad. Une prime de 1 500 euros a été versée dans les départements les plus exposés. Dans les autres départements, cette prime a été fixée à 1 000 euros pour les Ehpad et 500 euros pour les hôpitaux ;

- **300 millions d'euros** relèvent de la prise en charge des tests diagnostiques réalisés dans les établissements de santé ;

- **200 millions d'euros** sont prévus pour compenser les pertes de recettes propres de la CNSA ;

- **100 millions d'euros** sont identifiés au titre de l'annulation de la hausse du ticket modérateur sur certains actes et consultations ;

- **200 millions d'euros** sont enfin comptés en renforcement de la dotation au FIR.

3. ... Partiellement compensés par une sous-exécution importante de l'Ondam de ville

L'Ondam 2020 n'est cependant pas révisé à hauteur de ces surcoûts.

a) Une contribution des OCAM

D'une part, le Gouvernement a décidé, face à ces surcoûts majeurs, de prévoir au sein du PLFSS 2020 **une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement de ces surcoûts. Elle devrait atteindre 1 milliard d'euros en 2020.** Cette contribution est notamment justifiée par des économies estimées par le Gouvernement à 2,2 milliards d'euros pour les OCAM.

b) Une sous-exécution sensible de l'Ondam de ville

D'autre part, hors covid et hors Ségur, **les soins de ville montrent une sous exécution importante de 4,5 milliards d'euros.**

Principalement, cette sous-exécution est le fait :

- de **moindres remboursements de médicaments et dispositifs médicaux** (respectivement 200 millions d'euros et 300 millions d'euros). C'est le cas également des dépenses liées aux transports (600 millions d'euros) ;

- **d'honoraires médicaux et dentaires en forte baisse, avec un écart de 2,1 milliards d'euros à la prévision de la LFSS.** Les médecins généralistes ont en effet connu une baisse de leur volume d'activité de 30 % durant le confinement, de mi-mars à fin avril. Sur la même période, cette baisse atteint 50 % chez les dentistes et 80 % chez les dentistes ;

- **d'une baisse également importante des honoraires des auxiliaires médicaux, à hauteur de 900 millions d'euros.** Si les soins infirmiers sont conformes à la prévision, cette sous-exécution résulte de la **fermeture de la plupart des cabinets de masseurs-kinésithérapeutes** et de la baisse d'activité des orthophonistes.

c) Hors covid et Ségur, une baisse des dépenses établissements de santé

Enfin, 600 millions d'euros sont constatés en moindres dépenses établissements de santé.

L'estimation des effets des déprogrammations d'interventions non urgentes et de la baisse d'activité des services moins liés à la crise est considérée difficile par le Gouvernement.

Le Gouvernement indique que les dépenses du champ de la part tarif et de l'activité sous dotation sont conformes à la prévision 2020. Les dépenses de la liste en sus seraient inférieures de 600 millions d'euros.

4. De premières mesures prises à la suite du Ségur de la santé

L'Ondam rectifié pour 2020 intègre les premières mesures du Ségur de la santé, à hauteur d'1 milliard d'euros. Il s'agit ici des revalorisations des salaires des personnels.

II - Un relèvement réalisé à l'Assemblée nationale au regard de la dégradation de la situation sanitaire

A. Une nouvelle rectification à la hausse de l'Ondam 2020

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a modifié l'article 8 afin de **relever l'Ondam pour 2020 de 2,4 milliards d'euros.** L'Ondam 2020 est ainsi porté à **218,4 milliards d'euros.**

Cette augmentation de l'Ondam entend :

- **anticiper des mesures du Ségur, avec la seconde tranche de revalorisation versée dès le 1^{er} décembre 2020** et non le 1^{er} mars 2021 comme prévu initialement, d'une part, et la mise en place de 4 000 lits « à la demande », d'autre part ;

- **permettre une gratification exceptionnelle** pour les agents qui seraient amenés à augmenter leur temps de travail ;

- **prévoir la compensation des surcoûts liés à la reprise épidémique pour les établissements ;**

- déléguer 100 millions d'euros aux ARS pour renforcer la gestion en temps de crise.

L'écart à l'Ondam 2020 voté en LFSS s'élève donc ainsi à 12,5 milliards d'euros, soit 6,1 %.

Crédits de l'Ondam 2020 résultant du vote de l'Assemblée nationale

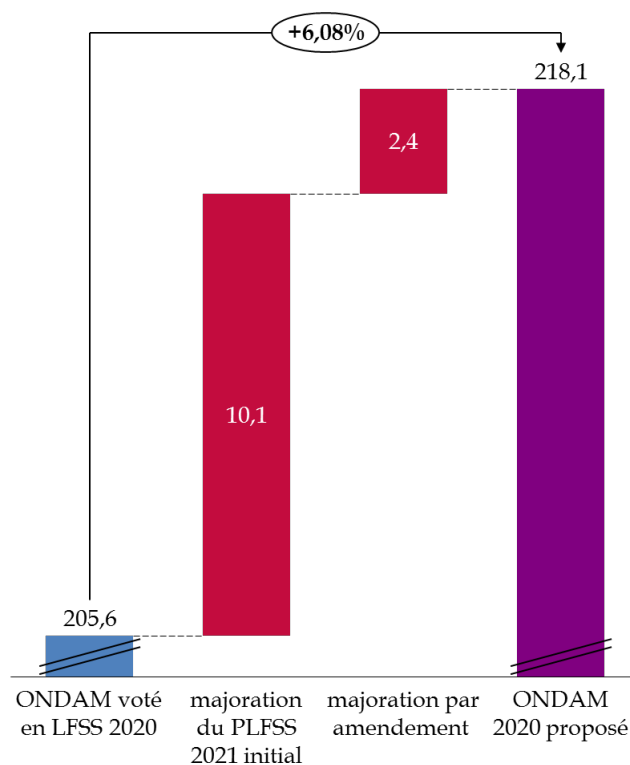
en milliards d'euros

	2020 (1)	2020 révisé PLFSS déposé	2020 révisé Assemblée nationale (2)	Écart à la LFSS 2020 (2)/(1)
Dépenses de soins de ville	93,6	93,4	93,5	- 0,1%
Dépenses relatives aux établissements de santé	84,4	87,7	89,9	6,5%
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	10,0	11,5	11,6	16,0%
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,7	12	12	2,6%
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5	3,8	3,9	11,4%
Autres prises en charge	2,4	7,2	7,2	200,0%
Total	205,6	215,7	218,1	6,1%

Source : Données du PLFSS 2021

Rectifications portées à l'ONDAM 2020

en milliards d'euros



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, données du PLFSS 2021

Évolution de l'Ondam sur 2020

en milliards d'euros

	2019	2020 révisé par amendement	Écart à la LFSS 2020 (PLFSS révisé)
Dépenses de soins de ville	91,3	93,5	2,41 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	82,4	89,9	9,10 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,6	11,6	20,83 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,4	12	5,26 %
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5	3,9	11,43 %
Autres prises en charge	2,3	7,2	213,04 %
Total	200,5	218,1	8,78 %

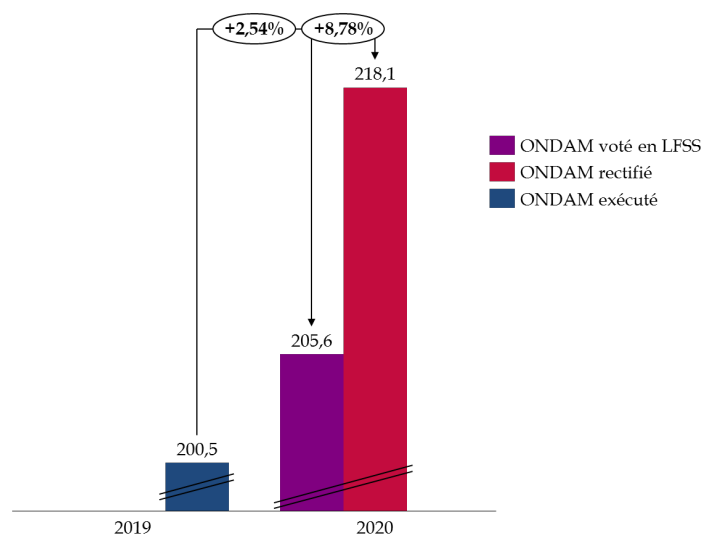
Source : Données du PLFSS 2021

B. Une évolution d'autant plus importante par rapport à 2019

La rectification apportée à l'Assemblée nationale avec le second relèvement rectificatif de l'Ondam pour 2020 vient **creuser encore l'écart avec l'Ondam 2019**.

Évolution de l'Ondam sur 2020

en milliards d'euros



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, données du PLFSS 2021

Ainsi, alors que la trajectoire initiale d'évolution de l'Ondam votée en LFSS était de 2,3 % pour 2020, l'Ondam 2020 serait en réalité, après les deux révisions apportées en PLFSS pour 2021, près de 8,8 % supérieur à l'Ondam 2019 exécuté.

III - La position de la commission : une confirmation responsable de la rectification

La commission constate l'écart inédit entre l'Ondam voté en loi de financement de la sécurité sociale atteindrait, après la rectification apportée à l'Assemblée nationale, 12,5 milliards d'euros.

A. Un niveau qui ne doit pas constituer une référence d'évolution future

Les montants atteints en 2020 par les différents sous-objectifs et, globalement, par l'Ondam sont tout à fait exceptionnels.

À ce titre, l'analyse traditionnellement portée sur l'Ondam consistant à **commenter son taux d'évolution annuelle est, encore plus cette année, dénuée de sens**. Surtout, les raisons qui ont poussé à une révision si importante de l'Ondam conduisent à considérer que **celui-ci ne peut constituer une référence pour les perspectives d'évolution de l'Ondam sur les exercices à venir**.

Le fait de dissocier dans les annexes du PLFSS un « Ondam hors covid » est ainsi particulièrement important pour **dissocier de ce qui relève d'un changement de trajectoire de l'évolution structurelle de ce qui est la conséquence d'une pandémie soudaine et majeure**.

Il conviendra donc, pour l'analyse des exercices à venir, de s'intéresser aux montants de l'Ondam, en valeur absolue, et non à son taux d'évolution.

B. Un écart à la prévision qui aurait justifié l'adoption d'un PLFRSS à l'été

Si ce niveau n'était pas précisément estimable à l'été 2020, l'ordre de grandeur l'était. **Aussi, la commission regrette vivement que, face à un tel dépassement de l'objectif voté en loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement n'ait pas trouvé justifié de présenter un projet de loi de financement rectificative**. Si ce PLRSS n'était pas une nécessité organique, il était un impératif démocratique.

Le caractère non limitatif des crédits votés en loi de financement de la sécurité sociale **ne doit pas exonérer le Gouvernement de revenir devant le Parlement** dans le cas d'écarts majeurs à la trajectoire. Il en va de la sincérité du débat sur le financement de la sécurité sociale.

Aussi, la commission constate que **les mécanismes de correction prévus n'ont pas été mobilisés**, le comité d'alerte de l'Ondam se bornant à constater cette année le dérapage. Si des mesures de redressement n'étaient évidemment pas envisageables dans de telles circonstances, **l'approbation d'une trajectoire rectifiée par le Parlement ne semblait pas pour autant superflue.**

C. Un financement problématique de Santé publique France

La commission souligne enfin que l'écart le plus important en valeur relative est celui du sous-objectif portant **les crédits de l'agence nationale de santé publique, Santé publique France, qui représentent une part significative des surcoûts bruts estimés.**

La position constante de la commission, lors de l'examen du PLFSS 2020 et rappelée au Premier ministre au début de cette année, a été de considérer que **le financement de cette agence n'avait pas à être porté par l'assurance maladie mais devaient relever de crédits budgétaires**, limitatifs et votés en loi de finances. À ce titre, **le relèvement par simple arrêté ministériel de la dotation à SpF de près de 5 milliards d'euros** confirme le caractère préoccupant de cette débudgétisation qui contourne de manière grossière l'autorisation budgétaire du Parlement.

*

Compte tenu de la situation sanitaire extrêmement dégradée de cette fin d'année, la commission n'entend pas remettre en cause les hypothèses et précautions retenues par le Gouvernement.

La position de la commission sur l'article 9, concernant la dotation rectifiée au FMESPP, conduirait à rectifier cet Ondam 2020 tel que transmis, ce que ne permettent cependant pas les règles de recevabilité financière sans réduire les autres postes de dépenses.

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

Article 9

Rectification de la dotation FMESPP (FMIS)

Cet article vise à rectifier le montant de la dotation au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Un ajustement tirant les conclusions de moindres besoins

La loi de financement pour 2020 avait fixé un montant de **649 millions d'euros pour la dotation**, intégrée à l'Ondam, au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

Le Gouvernement indique dans l'exposé des motifs de cet article que les ressources déjà disponibles au sein du fonds ont conduit à des moindres besoins d'abondements sur 2020 pour financer les engagements au titre des investissements hospitaliers.

L'abondement prévu pour 2020 est ainsi minoré de 200 millions d'euros.

Cependant, **aucune économie n'est réalisée** pour l'Assurance maladie, le Gouvernement ayant choisi de porter **le même montant sur les tarifs des séjours hospitaliers** dans le cadre de la campagne tarifaire 2020. Cette moindre dotation, compensée par la hausse des tarifs, n'a donc pas d'impact sur l'Ondam 2020 au-delà de la ventilation entre sous-objectifs.

II - La position de la commission : une adoption de l'article

Si la réorientation souhaitée des fonds dédiés à la couverture des investissements hospitaliers vers les tarifs des séjours hospitaliers vient contribuer aux ressources des établissements de santé, force est de constater **qu'aux investissements de modernisation, le Gouvernement entend ainsi substituer le financement des dépenses courantes des hôpitaux.**

Ce n'est pas la première fois qu'un ajustement de la dotation initiale est réalisé en partie rectificative de la loi de financement de l'année suivante. Cependant, **de telles révisions ne sont pas systématiques** et, dans la logique même d'un fonds, **les reliquats viennent naturellement se reporter sur les exercices futurs. Le lien fait entre les engagements 2020 et la dotation est donc relativement infondé.**

La commission regrette ainsi le moindre abondement de ce fonds **alors qu'un effort inédit est annoncé par le Gouvernement pour l'investissement à l'hôpital, sur les cinq prochaines années, appuyé par la transformation du fonds prévue à l'article 27 du présent projet de loi de financement. L'excédent de cette dotation non consommé sur l'année aurait pu être utile sur les prochaines années au titre des investissements anticipés.**

Aussi, la commission constate que **cette récupération d'une part de la dotation intervient alors que le financement des prochaines années est décrit par le Gouvernement dans l'étude d'impact du présent PLFSS comme assuré par des financements de l'Union européenne.** La commission estime ainsi que les financements européens ont vocation à s'ajouter aux financements nationaux pour en accroître les effets, et non à s'y substituer.

Cet article envoie un très mauvais signal, apparaissant comme un désengagement de l'État alors que ce dernier attend de l'Union européenne des financements à venir sur ce fonds.

Votre commission vous demande ainsi de supprimer cet article.

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER}

TENIR COMPTE DE LA CRISE DE LA COVID-19

Article additionnel avant l'article 10

Compensation de diverses mesures de réduction des recettes de la sécurité sociale

Cet article propose de revenir sur le principe de non-compensation de diverses mesures de réduction des recettes de la sécurité sociale adoptées depuis 2018, la trajectoire financière de la sécurité sociale ayant complètement changé depuis lors.

I - De nombreuses dérogations récentes au principe de compensation sous l'effet de la « rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale »

Le Gouvernement a remis au Parlement, en juillet 2018, un rapport sur la **rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale**, en application de l'article 27 de la loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

Dans ce rapport, le Gouvernement défendait une vision de ces relations à rebours du principe de compensation à la sécurité sociale des mesures entraînant une perte de recettes qui prévaut depuis la « loi Veil » de 1994 - et à rebours des dispositions organiques faisant de la non-compensation une exception dont les LFSS ont le monopole.

En effet, partant du principe que les comptes de la sécurité sociale étaient durablement revenus à l'équilibre, il importait désormais que chaque « sphère » (État et sécurité sociale) assume elle-même le coût des mesures de baisses de recettes qui l'affectent.

Si, depuis lors, certaines mesures d'un coût particulièrement élevé ont été compensées (en particulier la transformation du CICE en allègements de cotisations et contributions sociales), **les non-compensations se sont de fait multipliées, pour un coût réel de plus de 4 milliards d'euros, que détaille le tableau ci-dessous.**

**Effet des mesures nouvelles en recettes
sur les produits du régime général et du FSV en 2019 (en Md€)**

Intitulé de la mesure	Prévision LFSS 2020	Réalisé
Pertes de recettes non compensées	- 4,3	- 4,1
Mesures de la LFSS 2019	- 1,6	- 1,5
Lissage des seuils de CSG sur les revenus de remplacement	- 0,2	- 0,2
Abattement de l'assiette du forfait social	- 0,6	- 0,5
Exonération de CSG et CRDS sur les revenus du capital	- 0,2	- 0,2
Exonération au 1er septembre des cotisations salariales sur les heures supplémentaires	- 0,6	- 0,6
Mesures de la loi mesures d'urgence économiques et sociales	- 2,7	- 2,6
Anticipation au 1er janvier de l'exonération de cotisations sur les heures supplémentaires	- 1,2	- 1,1
Restauration du taux de CSG de 6,6 % sur une partie des retraites	- 1,5	- 1,5

Source : Cour des comptes

II - La nécessité de revenir aux principes de la « loi Veil »

L'absence de perspective de retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale remet en cause le fondement même des non-compensations décidées ces deux dernières années - dont votre commission a par ailleurs toujours contesté le principe.

Certes, une telle mesure est neutre en prenant en compte l'ensemble des administrations publiques.

Néanmoins, au vu de la nature de ses dépenses, la sécurité sociale a le devoir d'équilibrer ses comptes afin de ne pas transférer le poids des dépenses sociales d'une génération sur les générations suivantes. Tel est le principe qui a conduit à la création de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) en 1996.

Pour ce faire, il convient néanmoins de créer les conditions dans lesquelles la sécurité sociale paye toutes ses dettes mais rien que ses dettes.

C'est pourquoi le présent article propose la suppression des dérogations au principe de compensation votées lors des deux dernières LFSS et énumérées dans le tableau ci-dessus. **Le gain attendu pour la sécurité sociale serait d'un peu plus de 4 milliards d'euros par an.**

La commission vous demande d'adopter un article additionnel ainsi rédigé (amendement n° 144).

Article 10

Création d'une 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 propose d'instaurer une 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.

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

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

Le présent article propose d'instaurer pour 2021 une **contribution exceptionnelle des OCAM** au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie, identique presque en tous points à celle instaurée pour l'année 2020 par l'article 3 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale et qui a déjà fait l'objet d'un commentaire dans ce rapport.

Il s'agirait donc d'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.

Les seules différences par rapport au dispositif de l'article 3 concernent :

- d'une part, des **adaptations de dates** directement en lien avec le fait que la contribution s'appliquera à l'exercice à venir. Ainsi, les redevables seront, de manière logique, les OCAM encore en activité au 31 décembre 2021. De même, la date limite de déclaration et de liquidation serait fixée au 31 janvier 2022 et la date limite de régularisation au 30 juin 2022 ;

- d'autre part, de manière plus conséquente, **le taux de la contribution, qui serait fixé à 1,3 %** (contre 2,6 % pour la contribution de 2020).

Le produit attendu ne serait donc que de 500 millions d'euros, contre 1 milliard d'euros pour la contribution exceptionnelle de l'année 2020.

II - La position de l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission : un alignement du taux de la contribution de 2021 sur celui de la contribution de 2020

La commission approuve le principe de l'instauration d'une contribution exceptionnelle des OCAM en 2021, à partir d'une assiette quasiment identique à celle de la TSA.

Cependant, elle a adopté **un amendement n° 145** alignant son **taux** sur celui de la contribution de 2020, soit **2,6 %**. Ainsi, **le produit attendu de cette contribution passerait de 500 millions à un milliard d'euros**.

En effet, selon les données figurant dans ce PLFSS, les comptes de la branche maladie devraient demeurer lourdement déficitaires en 2021, notamment du fait de la réponse qu'elle apportera à la crise du covid-19. De plus, la confirmation de l'arrivée d'une seconde vague épidémique au cours de l'automne 2020 ne devrait pas permettre de « rattrapage » des activités médicales hors covid-19 à la charge des organismes complémentaires. Il est donc plus que probable que leurs charges évitées au cours de cet exercice dépassent le montant de 2 milliards d'euros envisagé lors de la construction du présent projet de loi. Il semble donc équitable d'adapter en conséquence le nécessaire effort de solidarité de ces organismes vis-à-vis de la sécurité sociale.

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

Article 11

Affectation à la CNAM des excédents de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) et des provisions relatives à la réserve de prévoyance de la CPRP SNCF

Cet article vise à réaliser des prélèvements sur les réserves de la CAMIEG et une reprise des réserves de prévoyance de la CPRP SNCF.

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

I - Le dispositif proposé : des prélèvements rapides sur les réserves de la CAMIEG et de la CPRSNCF

A. Une situation hétérogène concernant les réserves des deux organismes

1. Des excédents récurrents constatés pour le régime complémentaire de la CAMIEG

La caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) gère les prestations maladie et maternité pour le régime général mais aussi **l'assurance maladie complémentaire de ses assurés**. La branche est intégrée financièrement au régime général pour ce qui concerne le régime de base.

Comme le rappelle l'étude d'impact, la CAMIEG dégage des **excédents importants depuis sa création en 2007**. Ceux-ci se retrouvent sur les deux fonds qu'elle gère, pour les actifs et inactifs.

Ces réserves à la croissance dynamique ont conduit à **réaliser en loi de financement pour 2014 un prélèvement au bénéfice du régime général au 31 décembre 2013, à hauteur de 176 millions d'euros**. Avaient alors également été négociées une baisse des cotisations pour les actifs et une augmentation des prestations pour l'ensemble des assurés.

En 2019, **les dépenses du régime complémentaire de la CAMIEG se sont élevées à 278,43 millions d'euros** pour un résultat de 29,16 millions d'euros. Les projections fournies dans l'étude d'impact estiment les réserves de la CAMIEG à plus de **430 millions d'euros en 2020**.

Alors que les réserves ont retrouvé en 2020 leur niveau de 2013, **un nouveau prélèvement est aujourd'hui proposé, à hauteur de 175 millions d'euros**.

Le Gouvernement estime que la reconstitution d'excédents justifie *« l'adoption de mesures structurelles permettant de répondre de manière pérenne aux enjeux d'équilibre du régime »*. Aussi, **ces prélèvements seront accompagnés en 2021 de baisses des cotisations pour les employeurs, actifs et pensionnés et d'améliorations des prestations servies par la caisse**.

La CAMIEG a signalé à votre rapporteur sa vive désapprobation face au caractère répété de ces prélèvements sur les réserves du régime, le président de son conseil d'administration signalant le « refus unanime des fédérations syndicales représentatives et des employeurs de la branche des IEG ».

2. Des réserves moins justifiées pour la CPRP SNCF

Les réserves du régime de prévoyance, qui est de fait un régime maladie, ont connu une croissance forte à partir des années 2000, **en raison d'un mécanisme de ressources de CSG favorable et en l'absence de plafonnement de la ressource de compensation bilatérale maladie**, comme l'indique la CPRP au rapporteur général.

Le plafonnement de la compensation à partir de l'exercice 2011 à l'équilibre des comptes puis la dotation d'équilibre à partir de 2016 avec l'intégration financière liée à la mise en œuvre de la protection universelle maladie (PUMa) ont conduit à **des réserves inchangées**.

Les réserves du régime de prévoyance sont utilisées pour la trésorerie du régime de retraite; la caisse mobilisait également jusqu'en 2019 les banques pour le financement de ses décaissements.

Depuis la **convention signée en 2019 avec l'Acoss**, la caisse peut se financer auprès de l'Acoss sans recourir aux banques pour couvrir ses échéances. **La disparition des réserves de la caisse ne conduira qu'à un recours accru à l'Acoss**. En outre, ces réserves ne sont pas une source de produits pour la caisse, les conditions de placement à court terme étant peu favorables.

Au 31 décembre 2019, les réserves étaient estimées à 176,6 millions d'euros.

B. Un dispositif se limitant aux prélèvements au profit de la Cnam d'ici au 31 juillet 2021

Le I prévoit la reprise intégrale des réserves du régime de prévoyance de la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRSNF) constatées au 31 décembre 2020. Cette reprise se fait **au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam)** au plus tard le **31 juillet 2021**.

Le II prévoit deux prélèvements sur les réserves des fonds nationaux de gestion technique de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières :

- d'un montant de **40 millions d'euros** sur le fonds dédié aux agents en activité ;

- d'un montant de **135 millions d'euros** sur le fonds relatif aux pensionnés et agents en inactivité.

Ces deux prélèvements sont également réalisés **au profit de la Cnam, à la même date butoir**.

Le **deuxième alinéa du II** prévoit une application des règles en matière de taxe sur le chiffre d'affaires aux prélèvements faits sur les fonds de la CAMIEG.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale : une anticipation des versements

À l'initiative du rapporteur général, Thomas Mesnier, de Mme Brenier et plusieurs de leurs collègues, l'Assemblée nationale a **avancé la date des deux versements au 31 mars 2021**.

La députée Brenier évoque la nécessité « *d'éviter la baisse du plafond annuel de la sécurité sociale, mais également de protéger les assurés contre des éventuelles pertes de droit* » et estime qu'« *il semble judicieux de récupérer cet argent dès que possible* ».

III - La position de la commission : une adoption de ces dispositions malgré des réserves

La commission émet des réserves sur la pertinence des prélèvements répétés sur les réserves des régimes obligatoires à des fins **d'ajustement financier d'autres régimes**. Elle ne s'oppose cependant pas aux transferts proposés au bénéfice de l'assurance maladie dans le contexte actuel de dégradation brutale des comptes.

Aussi, elle **regrette la précipitation de cette liquidation**, dont le motif invoqué est la capacité à maintenir le plafond annuel de sécurité sociale à son niveau de 2020.

Elle constate cependant que dans le cas de la CAMIEG, les réserves étant constituées de dépôts à vue, le risque de perte de valeur est limité.

La commission souhaite rappeler comme elle l'a fait à différentes reprises lors de l'année 2020, que la liquidation éventuelle de réserves doit se faire à **des moments opportuns n'occasionnant pas de perte excessive de valeur en raison notamment de la situation des marchés financiers**. Aussi, la mobilisation de réserves n'apparaît pas toujours être la réponse souhaitable à des besoins de liquidités.

Il conviendra de veiller aux bonnes conditions de réalisation de cette opération dans le délai raccourci ainsi décidé par l'Assemblée nationale.

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

Article 12

**Sécurisation du mode de calcul de l'évolution du plafond
de la sécurité sociale**

Cet article précise que le montant du plafond de la sécurité sociale ne peut évoluer à la baisse d'une année sur l'autre, quel que soit le niveau des paramètres à partir desquels il est calculé.

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

I - Le plafond de la sécurité sociale, élément-clef de détermination de l'assiette des cotisations et contributions sociales ainsi que des prestations servies par certains régimes

A. L'utilisation du plafond

Le plafond de la sécurité sociale est une **valeur de référence mentionnée à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale**, pour définir l'assiette des cotisations sur les revenus d'activité au titre de l'assurance vieillesse. Mais son utilisation dépasse désormais largement ce seul cadre.

Ainsi, pour l'employeur, le plafond sert à calculer :

- les **cotisations sociales sur le salaire**, les **pensions**, les **allocations chômage**, ou les seuils de certains taux pour les **régimes complémentaires de retraite** ;

- les **seuils d'exonération fiscale et sociale des indemnités de ruptures** ;

- les **indemnités aux étudiants en stage** en entreprise, qui sont définies en fonction du plafond ;

- la contribution au Fonds national d'aide au logement (FNAL).

Du côté des prestations, il est utilisé pour calculer le montant des **indemnités journalières**, des **pensions d'invalidité** et des **pensions d'assurance vieillesse** du régime général et des régimes de retraite complémentaire.

Dans le champ du droit du travail, il sert également de base de calcul des sommes pouvant être versées au titre de la **participation** et de **l'intéressement**.

De manière concrète, pour le calcul des cotisations dites « plafonnées », le revenu de l'assuré n'est pris en compte que dans la limite du plafond (ou d'un multiple du plafond). En retour, le plafond (ou ses multiples) servent de base de calcul des valeurs maximales de certaines prestations.

B. Le calcul du plafond

Aux termes de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, le plafond est « *fixé à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année¹ et en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret* ».

Les articles D. 242-17 à D. 242-19 du code de la sécurité sociale précisent les modalités de fixation du plafond.

Concrètement, **sa valeur est fixée à partir de la valeur du précédent plafond, « en tenant compte » de l'évolution moyenne estimée des salaires sur l'année** prévue dans le rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières annexé au dernier projet de loi de finances de l'année. La base de ce calcul est en fait l'évolution du salaire moyen par tête du secteur privé.

C'est un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale qui fixe cette valeur de référence.

L'arrêté en vigueur à ce jour date du 2 décembre 2019 a fixé expressément les valeurs suivantes du plafond :

- valeur mensuelle : 3 428 euros ;
- valeur journalière : 189 euros.

Les autres valeurs en découlent, par exemple la valeur du plafond annuel, soit 41 136 euros.

C. Les effets de la crise due à l'épidémie de covid-19 sur le calcul du plafond de la sécurité sociale pour 2021

L'application de la méthode classique de calcul du plafond pour l'année 2021 aboutirait à **une diminution sensible de son montant par rapport à 2020**.

En effet, le **recours important à l'activité partielle**, dont les indemnités n'entrent pas dans le calcul de la masse salariale et donc, *in fine*, a nettement réduit sa valeur sans réduire à due proportion le nombre de salariés puisque les personnes en activité partielle restent comptabilisées comme des personnes en emploi. Il en résulterait **une forte diminution (- 4,1 %), en partie artificielle, du salaire moyen par tête en 2020**. Ce serait d'ailleurs la première fois depuis 1945 que cette évolution serait négative.

Le mode de calcul du plafond impliquerait donc sa diminution pour l'année 2021, alors même que la diminution du salaire moyen sur l'année 2020 n'est pas représentative de la réalité économique : le recours à l'activité partielle s'est déroulé dans des circonstances exceptionnelles, notamment durant la période de confinement.

¹ En pratique, la valeur du plafond est révisée une fois par an depuis plus de vingt ans.

Comme cela a été indiqué précédemment et comme le souligne l'étude d'impact annexée au présent PLFSS, une telle évolution aurait **des conséquences pour les assurés**, notamment :

- la déformation de la répartition des droits créés en retraite de base et en retraite complémentaire ;
- le montant de diverses indemnités versées par la sécurité sociale, en particulier les indemnités journalières ;
- les montants maximaux des pensions d'invalidité ;
- les montants d'intéressement et de participation pouvant être versés ;
- les seuils d'exonération fiscale et sociale des indemnités de rupture ;
- le montant de la gratification minimale due aux stagiaires en entreprise.

Quant à l'évolution des assiettes de cotisations, elle pourrait, selon l'étude d'impact, se traduire par **une perte de recettes de 2 milliards d'euros pour la branche vieillesse du régime général** et un gain également de l'ordre de 2 milliards d'euros pour le régime de retraite complémentaire Agirc-Arrco.

II - Une « sécurisation » du niveau PASS par l'instauration d'une impossibilité de baisse d'une année sur l'autre

Le 2° du présent article propose de préciser au sein de l'article L. 241-3 que **le montant du plafond arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale ne peut être inférieur à celui de l'année précédente.**

En outre, le 1° du présent article propose de prévoir formellement dans la loi la pratique constante depuis 1997 de revaloriser le plafond une fois par an.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La validation de ce dispositif par la commission

La commission approuve le dispositif proposé, qui jouera pleinement son rôle de « filet de sécurité » en 2021 sans modifier la règle de calcul du plafond, de niveau réglementaire.

Cependant, le fait de prendre une disposition pérenne pour régler la situation exceptionnelle de 2021 **ne règle pas la situation inverse qui devrait se produire en 2022** si la crise épidémique ne se poursuit pas durablement l'année prochaine. Sous l'effet de la diminution attendue du recours au chômage partiel, le salaire moyen par tête pourrait bondir de près de 6 % et il

faudra alors « neutraliser » cette hausse afin de retrouver un niveau de plafond qui traduira l'évolution du salaire moyen par tête entre 2019 et 2021 - ce que souligne au demeurant l'étude d'impact. Une disposition législative spécifique devra donc figurer dans le prochain PLFSS.

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

Article 13

Prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE)

Cet article prolonge de deux ans le dispositif d'exonération spécifique lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE).

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

I - Un régime plus favorable que les allègements généraux mais arrivant à expiration à la fin de l'année 2020

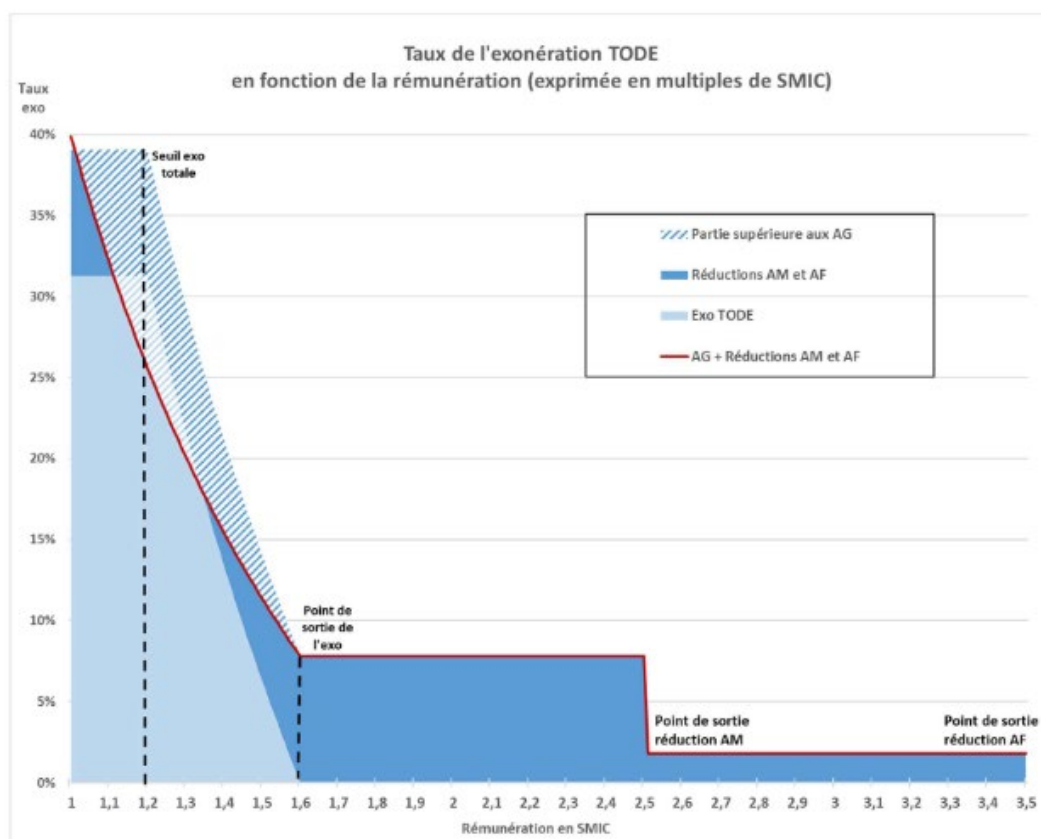
Depuis longtemps, l'emploi de **travailleurs saisonniers agricoles**, dits TO-DE, fait l'objet d'un **régime d'exonération spécifique** afin de soutenir les employeurs de ce secteur et de limiter l'emploi non déclaré de saisonniers.

Ce mécanisme, codifié à l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime, est **proche dans son fonctionnement des allègements généraux** (dits allègements Fillon) tout en ayant des **paramètres plus favorables**. Il a été révisé dans le cadre du renforcement des allègements généraux qui a fait suite à la transformation du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) en diminution de cotisations et contributions sociales.

Tout comme les allègements généraux, il concerne l'ensemble des cotisations et contributions à la charge de l'employeur, à la sécurité sociale mais aussi à l'assurance-chômage, au régime complémentaire agricole, à l'autonomie et au FNAL.

En revanche, alors que les allègements généraux suivent une pente dégressive pour les rémunérations comprises entre 1 SMIC (allègement total) et 1,6 SMIC (montant au-delà duquel les allègements ne s'appliquent plus), la courbe est décalée dans le mécanisme TO-DE. Ainsi, selon les paramètres applicables en 2020, **l'exonération est totale pour les rémunérations allant jusqu'à 1,2 SMIC. À partir de ce niveau, elle suit une pente dégressive pour s'annuler, comme les allègements généraux, à 1,6 SMIC.**

Le graphique suivant permet de comparer les courbes d'exonération des allègements généraux et des allègements TO-DE (cumulés dans les deux cas avec les réductions de cotisations maladie et aux allocations familiales communes à tous les employeurs).



Source : Annexe 5 du PLFSS pour 2021

Cependant, la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 n'a prolongé une spécificité de l'exonération « TO-DE » que pour deux ans. Elle a donc **programmé l'abrogation de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime à la date du 1^{er} janvier 2021**. Sans modification législative, les allègements généraux s'appliqueraient alors à l'emploi de travailleurs saisonniers agricoles.

Selon l'annexe 5 du présent PLFSS, **le coût de cette mesure est évalué à 454 millions d'euros en 2019**. Ce coût est **entièrement compensé par l'État à la sécurité sociale**, avec l'originalité de passer par un double canal, en partie budgétaire et en partie via une affectation de TVA.

II - Une prolongation de deux années de l'exonération spécifique « TO-DE »

Le présent article propose **une nouvelle prolongation de deux ans** de l'exonération « TO-DE », sans aucune modification des paramètres qui le régissent.

Il propose donc de modifier le 4° du III de l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 afin de modifier la date de l'abrogation programmée de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime. Celle-ci interviendrait désormais le **1^{er} janvier 2023**.

III - Une pérennisation de l'exonération « TO-DE » serait préférable

La commission approuve la prolongation du dispositif d'exonération spécifique à l'emploi de TO-DE, le Sénat ayant souligné à de nombreuses reprises l'importance de ce système pour l'économie de nombreuses filières agricoles, très dépendantes de l'emploi de saisonniers et soumises à une forte concurrence internationale.

Pour autant et pour ces mêmes raisons, il lui a paru nécessaire de **donner davantage de visibilité aux employeurs du secteur agricole en pérennisant le système** plutôt que de simplement le prolonger de deux ans. C'est pourquoi elle a adopté, à l'initiative du rapporteur général, un **amendement n° 146** supprimant l'abrogation programmée de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime.

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

Article 13 bis (nouveau)

Exonérations de cotisations et contributions sociales pour les employeurs du secteur de la viticulture ayant subi les conséquences de la crise due à l'épidémie de covid-19

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose d'instaurer un dispositif spécifique d'exonérations de cotisations et contributions sociales pour les entreprises vitivinicoles ayant subi les conséquences de la crise due à l'épidémie de covid-19, à côté du dispositif de soutien prévu pour l'ensemble des autres entreprises les plus touchées par cette crise prévu à l'article 6 ter du présent PLFSS.

La commission vous demande de l'adopter sans modification.

I - Un dispositif de soutien spécifique aux employeurs du secteur vitivinicole face à la crise du covid-19

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative de Marie-Christine Verdier-Jouclas et plusieurs autres députés, avec l'avis défavorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement, propose d'instaurer un dispositif de soutien spécifique aux employeurs du secteur de la viticulture et de la viniculture touchés par la crise actuelle due à l'épidémie de covid-19, à côté de celui prévu pour l'ensemble des employeurs les plus touchés par cette même crise figurant à l'article 6 ter du présent PLFSS

A. Un régime d'exonérations selon un barème en fonction de la perte de chiffre d'affaires en 2020

Le présent article propose d'insérer dans le code de la sécurité sociale un article L. 241-13-1 qui définirait le régime de cette exonération.

Aux termes de cet article, les **cotisations sociales patronales**, à l'exception des cotisations dues au titre des régimes de retraite complémentaire agricoles, **feraient l'objet d'une exonération totale ou partielle.**

Cette exonération serait assise au titre de l'année 2021 sur les **revenus d'activité versés aux salariés des employeurs exerçant leur activité principale dans le secteur culture de la vigne.**

Elle s'appliquerait sur le montant de cotisations et contributions sociales restant dues après application des allègements généraux ou de toute autre exonération de cotisations sociales ou de taux spécifiques, d'assiettes et de montants forfaitaires de cotisations¹.

¹ Par exemple, le régime TO-DE, cf. article 13 » du présent PLFSS.

Le taux de l'exonération serait fonction de la perte de chiffre d'affaires constaté par ces employeurs en 2020 par rapport à 2019, quelles que soient les causes de cette perte. Le barème serait le suivant :

- **100 % pour les entreprises qui ont constaté une baisse de chiffre d'affaires en 2020 d'au moins 60 %** par rapport à l'année précédente ;

- **50 % pour les entreprises qui ont constaté une baisse de chiffre d'affaires en 2020 d'au moins 40 %** par rapport à l'année précédente ;

- **25 % pour les entreprises qui ont constaté une baisse de chiffre d'affaires en 2020 d'au moins 20 %** par rapport à l'année précédente.

B. Un système de « remises » à préciser pour les autres employeurs

En outre, le présent article prévoit un dispositif de remise, aux contours peu précis, pour les autres employeurs de ce même secteur.

Ainsi, une remise pourrait être accordée par le directeur de l'organisme de recouvrement dont relèvent les travailleurs à ceux des employeurs dont l'activité a été réduite au cours de la période d'activité par rapport à la même période de l'année précédente et qui ne peuvent pas bénéficier du dispositif d'exonération décrit précédemment.

Le niveau de la remise ne pourrait excéder le sixième des sommes dues au titre de l'année 2020.

Il est précisé que la réduction d'activité serait appréciée selon « *les modalités définies par décret pour le bénéfice du fonds de solidarité à destination des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l'épidémie de covid-19* ».

Enfin, l'ensemble des conditions de mise en œuvre du présent article seraient fixées par décret.

Il n'a pas été possible d'obtenir une estimation du coût de ce dispositif. D'après le ministère de l'économie et des finances, il devrait être de l'ordre de plusieurs dizaines de millions d'euros.

II - La position de la commission

Le rapporteur général est tout à fait **conscient des difficultés rencontrées par le secteur de la viticulture**, comme par d'autres filières agricoles au demeurant, dans la période actuelle. À cet égard, le calibrage très exigeant du dispositif de soutien prévu à l'article 65 de la loi de finances rectificative du 30 juillet 2020 pour les entreprises de secteurs dépendants des secteurs fermés lors du premier confinement (secteur dit « S1 bis »)¹, dont fait partie le secteur viticole, n'a pas pu répondre aux difficultés de certains exploitants pourtant durement touchés.

¹ Ces entreprises devaient afficher une perte de chiffre d'affaires de 80 % afin de pouvoir bénéficier de ce dispositif de soutien.

Pour autant, il ne s'agit pas de cacher les **réelles difficultés de principe, techniques et juridiques que pose le dispositif proposé** par l'Assemblée nationale.

Tout d'abord, **sa constitutionnalité est loin d'être assurée au regard de l'égalité devant les charges publiques**. La crise épidémique ayant touché l'ensemble de l'économie

Ensuite, **le dispositif ne fait pas ce que ses auteurs ont indiqué qu'il faisait** lors du débat relativement confus à l'Assemblée nationale qui a précédé son adoption. Ainsi, en visant les employeurs, **il exclut les vignerons indépendants** - ce qui renforce par ailleurs le risque d'inconstitutionnalité précédemment souligné.

De plus, **pour les entreprises les plus touchées, il est moins favorable que le régime général de soutien** prévu à l'article 6 *ter* du présent PLFSS car il ne prévoit pas d'aide au paiement des cotisations et contributions restantes (qui permet en pratique d'absorber le coût des cotisations des salariés en plus de celles des employeurs). La réponse de la commission, qui passe notamment par un assouplissement des critères d'éligibilité au dispositif général (en l'ouvrant aux structures ayant perdu plus de 50 % de leur chiffre d'affaires) est probablement plus adaptée.

Enfin, **son application risque d'être délicate**. Le rapporteur général n'a pas pu, avant la rédaction de ce rapport, s'assurer que la MSA serait capable d'appliquer une exonération en fonction d'un barème sur la base de la perte de chiffre d'affaires de l'année 2020.

Néanmoins, votre commission a souhaité conserver ce dispositif en l'état à ce stade, considérant qu'il reviendra au Gouvernement lors de la séance publique, de proposer un dispositif de soutien à la hauteur des enjeux pour l'ensemble des employeurs et indépendants touchés par la crise en séance publique et, le cas échéant, de proposer la suppression de cet article qui n'aurait alors plus lieu d'être.

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

Article 13 ter (nouveau)

**Suppression de l'exemption de cotisations sociales pour les avantages
visant à favoriser la pratique sportive en entreprise**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à supprimer une disposition introduite par le projet de loi d'accélération et de simplification de l'action publique, créant une exemption de cotisations sociales afin de favoriser le développement de la pratique sportive en entreprise.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé : la suppression d'une exemption récemment adoptée par le Parlement

Cet article, issu d'un amendement du Gouvernement adopté en séance publique, vise à revenir sur une disposition du projet de loi d'accélération et de simplification de l'action publique (ASAP).

L'article 37 *bis* de ce projet de loi introduit en première lecture au Sénat, complète l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale (CSS), qui définit l'assiette des cotisations sociales afin d'ajouter, parmi les exemptions, « les avantages fournis par l'employeur afin de favoriser la pratique sportive en entreprise ou au nom de l'entreprise ainsi que la pratique du sport-santé ».

Plutôt que de se borner à supprimer l'alinéa ajouté par le projet de loi ASAP, encore en cours de discussion au moment de l'adoption du présent article, le présent article réécrit intégralement le II de l'article L. 242-1 du CSS en reprenant la rédaction en vigueur avant l'adoption du projet de loi ASAP.

II - La position de la commission : un désaccord tant sur le fond que sur la forme

Au moment du dépôt par le Gouvernement de l'amendement introduisant le présent article, le projet de loi ASAP était encore en cours de discussion devant le Parlement et venait d'être adopté en première lecture par l'Assemblée nationale sans que le Gouvernement ne propose de revenir sur son article 37 *bis*.

Suite à l'accord trouvé en commission mixte paritaire le 21 octobre 2020, ce texte a été adopté par les deux chambres mais n'a pas encore été promulgué, le Conseil constitutionnel ayant été saisi le 3 novembre 2020.

La méthode consistant, pour le Gouvernement, à déposer, en séance publique, un amendement visant à revenir sur une disposition d'un texte examiné en parallèle et adoptée par les deux chambres peut interroger et ne semble pas de nature à renforcer la sincérité des débats législatifs.

Ces seules considérations tendent à justifier la suppression de cet article.

Au demeurant, il convient de noter que le Sénat avait déjà adopté un amendement introduisant une disposition identique à celle que le présent article tend à supprimer dans le cadre de l'examen du PLFSS pour 2020, bien que le texte ait finalement été rejeté en première lecture.

Sur le fond, le rapporteur avait émis un avis de sagesse en 2020, considérant que le coût de cette mesure, quoi que probablement faible, n'avait fait l'objet d'aucune évaluation.

La commission est favorable à cette exemption, qui doit contribuer à développer la pratique sportive en France dans l'optique des Jeux Olympiques de Paris en 2024.

Elle a donc adopté un amendement (n° 147) du rapporteur général tendant à supprimer le présent article.

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 13 quater (nouveau)

Inclusion du secteur de la production audiovisuelle dans le régime d'exonération renforcé propre à certaines collectivités d'outre-mer

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose d'inclure le secteur de la production audiovisuelle dans le régime d'exonération de cotisations patronales renforcé propre à certaines collectivités d'outre-mer.

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

I - Une nouvelle extension du périmètre du régime d'exonération dit « LODEOM renforcé »

A. Les exonérations de cotisations et contributions patronales dites « LODEOM »

Depuis l'entrée en vigueur de la « loi LODEOM »¹, les employeurs localisés en **Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin** bénéficient d'un régime d'exonérations spécifiques en lieu et place des allègements généraux applicables dans l'Hexagone², régi par l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale.

¹ Loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer.

² Cf. article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

Ce régime est ouvert :

- **aux employeurs occupant moins de onze salariés.** Néanmoins, si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés ;

- **aux entreprises, quel que soit leur effectif,** des secteurs du **bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, de l'environnement, de l'agronutrition, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, du tourisme,** y compris les activités de loisirs s'y rapportant, du **nautisme, de l'hôtellerie, de la recherche et du développement,** ainsi qu'aux entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 établissant le code des douanes de l'Union ;

- aux entreprises de **transport aérien** assurant les liaisons internes, ou entre ces collectivités, ou entre ces collectivités et l'Hexagone ;

- et aux entreprises assurant la **desserte maritime ou fluviale** de plusieurs points de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin, ou la liaison entre les ports de ces départements ou collectivités ou la liaison entre les ports de La Réunion et de Mayotte.

Ce régime a été revu dans le cadre de la LFSS pour 2019 afin d'être adapté aux conséquences de la fin du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE).

Depuis lors, **les collectivités de Saint-Martin et Saint-Barthélemy font l'objet d'un dispositif spécifique,** codifié à l'article L. 752-3-3 du code de la sécurité sociale, qui n'est pas concerné par des dispositions du présent PLFSS.

Dans les autres collectivités (**Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion**), la réforme de la loi LODEOM a abouti à la définition de **trois barèmes d'exonération de l'ensemble des cotisations et contributions concernés par les allègements généraux** « de droit commun », parmi lesquels deux sont concernés par des dispositions du présent PLFSS¹ :

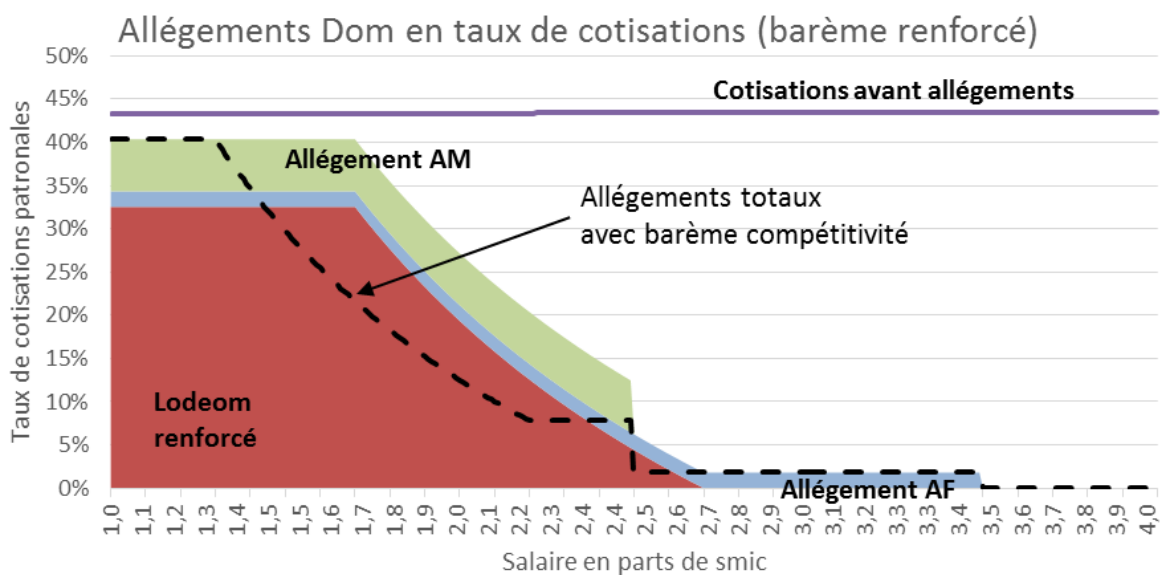
- **un régime dit « de compétitivité renforcée »** pour les entreprises de moins de 250 salariés et ayant réalisé un chiffre d'affaires de moins de 50 millions d'euros et actives dans les secteurs de l'industrie, de la restauration, de la presse, de l'environnement, de l'agronutrition,

¹ Le dernier barème concerne les PME au titre de la rémunération des salariés concourant essentiellement à la réalisation de projets innovants dans le domaine des technologies de l'information et de la communication.

des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, du tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, du nautisme, de l'hôtellerie, de la recherche et du développement, ainsi qu'aux entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 établissant le code des douanes de l'Union¹. Pour ces employeurs, **l'allègement est total pour les rémunérations jusqu'à 1,7 SMIC et dégressif jusqu'à devenir nul pour les rémunérations de 2,7 SMIC ;**

- **un régime dit « de compétitivité »** concernant les autres entreprises entrant dans le champ de la loi « LODEOM », désormais réduit au BTP et à la production audiovisuelle. **L'allègement est alors total jusqu'à 1,3 SMIC et devient nul à partir de 2,2 SMIC.**

Le graphique suivant permet de comparer ces deux régimes en faisant apparaître en clair la pente d'exonération du régime dit de compétitivité renforcé (et son effet cumulé avec d'autres exonérations de droit commun), la courbe en pointillé représentant les effets du régime de compétitivité « simple ».



Source : Acoiss (AM : assurance maladie, AF : allocations familiales)

¹ En Guyane, entrent également dans ce champ les employeurs ayant une activité principale relevant de l'un des secteurs éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 undecies B du code général des impôts ainsi que dans les secteurs de la comptabilité, du conseil aux entreprises, de l'ingénierie ou des études techniques.

B. L'élargissement proposé du champ du régime de compétitivité renforcé

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale, avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement (qui a sous-amendé le dispositif), à l'initiative de nombreux députés dont le rapporteur général Thomas Mesnier, Stéphane Claireaux, David Lorion et Justine Benin, propose **d'inclure la production audiovisuelle parmi les secteurs éligibles au régime de compétitivité renforcé**, dès lors que les conditions de nombre de personnes employées et de chiffre d'affaires sont remplies.

L'inclusion de ce secteur s'appliquerait aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'emploi courant à compter du 1^{er} janvier 2021.

II - La position de la commission

Votre commission n'est pas opposée à l'élargissement du dispositif de compétitivité renforcée au secteur de la production audiovisuelle, d'autant que le coût (non précisé) du dispositif sera compensé à la sécurité sociale.

Elle n'a donc pas adopté d'amendement à cet article.

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

Article 13 quinquies (nouveau)

**Suppression de la surcotisation patronale
sur la prime de feu versée aux sapeurs-pompiers professionnels**

Cet article vise à supprimer la part acquittée par les départements de la contribution supplémentaire applicable sur l'indemnité de feu versée aux sapeurs-pompiers professionnels.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par un amendement rédactionnel.

I - Le dispositif proposé : une suppression de la surcotisation patronale sur la prime de feu

A. Un engagement de revalorisation de la prime de feu

1. L'indemnité de feu prise en compte pour les pensions

L'article 17 de la loi du 28 novembre 1990 relative à la fonction publique territoriale prévoit la perception par les sapeurs-pompiers professionnels d'**une indemnité de feu, prise en compte dans le calcul de la pension de retraite**, aussi appelée « prime de feu ».

Afin de **couvrir la dépense pour la CNRACL** résultant de la prise en compte de l'indemnité de feu dans la pension des agents, il est prévu que cette indemnité soit assujettie :

- pour les bénéficiaires, à **une retenue pour pension** sur l'indemnité, qui peut être **majorée : la surcotisation salariale est de 1,8 %** ;
- pour les employeurs, à **une contribution supplémentaire**, qui peut être **majorée : la surcotisation patronale est de 3,6 %** ;

La loi prévoyait que la prise en compte de cette indemnité dans le calcul de la pension de retraite serait réalisée progressivement du 1^{er} janvier 1991 au 1^{er} janvier 2003.

2. Le financement controversé de l'augmentation de l'indemnité de feu

La suppression de la surcotisation est demandée de longue date, un syndicat ayant porté une demande d'abrogation devant le Conseil d'État (CE 20.12.2017 410350), mais cette demande a été relancée avec l'annonce d'une revalorisation de la prime de feu.

Le Gouvernement a annoncé en janvier 2020 une augmentation de l'indemnité de feu des sapeurs-pompiers professionnels, la revalorisation devant atteindre 100 euros nets par mois.

Un décret a été pris en ce sens en juillet 2020, permettant **le passage de l'indemnité de 19 % à 25 % du traitement de base soumis à cotisations**. Depuis la publication du texte, les services départements d'incendie et de secours, seuls décisionnaires *in fine* de l'effectivité cette augmentation, l'ont pour certains déjà votée.

Le coût de la mesure atteindrait 80 millions d'euros par an selon l'Assemblée des départements de France. Des négociations ont été poursuivies entre les départements et le Gouvernement concernant la répartition de cette charge.

Au titre de la **compensation financière de la prise en charge de l'augmentation de l'indemnité de feu décidée par le Gouvernement, les départements ont demandé la suppression de la majoration de leur contribution**, aussi appelée « surcotisation patronale », donc le produit est estimé à 40 millions d'euros.

B. Une suppression de la surcotisation patronale, soutien financier aux départements

Le présent article additionnel a été introduit à l'initiative du Gouvernement.

Le I modifie la **loi de 1990 relative à la fonction publique territoriale**, à son **article 17** relatif aux conditions de **prise en compte de l'indemnité de feu dans le calcul de la pension**.

Le 1° modifie son premier alinéa pour **supprimer la mention de la prise en compte de l'indemnité de feu** au titre des retenues pour pension.

Le 2° réécrit le **troisième alinéa** relatif aux surcotisations. La nouvelle rédaction **précise tant le régime de cotisations que de surcotisations** applicables à l'indemnité de feu.

Aux termes de la nouvelle rédaction, l'indemnité de feu est assujettie aux **retenues (cotisations) et contributions supportées pour les pensions, tant du côté des bénéficiaires que des employeurs**. Sur ces aspects, la nouvelle rédaction ne modifie pas le régime actuel de cotisations. Ces cotisations et contributions représentent aujourd'hui, avant la revalorisation, respectivement 20,9 millions d'euros et 57,7 millions d'euros.

Une **majoration de la retenue pour pension** - soit une surcotisation - est prévue par le même alinéa ainsi rédigé, mais elle est **uniquement applicable aux intéressés** et non aux employeurs. **La nouvelle rédaction supprime ainsi la « surcotisation employeur »**. La finalité de cette majoration demeure précisée, à savoir la couverture des charges supplémentaires de la CNRACL.

Le 3° **supprime un alinéa caduc** relatif à une montée en charge progressive de la prise en compte de l'indemnité jusqu'en 2003.

Le II prévoit une **entrée en application du nouveau régime d'assujettissement au 1^{er} janvier 2021**.

II - La position de la commission : l'adoption de cet article sans modification

L'ADF a indiqué être satisfaite de la **suppression de la surcotisation due par les collectivités employeurs**, signalant que cela ne répondait cependant pas à l'intégralité de sa demande qui concernait l'ensemble de la surcotisation.

La commission s'interroge sur le moyen choisi par le Gouvernement pour alléger la charge, pour les départements, de l'augmentation de la prime de feu des sapeurs-pompiers professionnels. En effet, **la suppression de la part patronale de la surcotisation prive la CNRACL d'une partie de la ressource** créée pour assurer le financement de la prise en compte de la prime de feu dans le calcul des pensions.

La **perte nette pour la CNRACL** occasionnée par la suppression de la contribution supplémentaire employeurs s'élève à **44,6 millions d'euros** et **devrait se traduire à terme, avec l'augmentation de la prime de feu par alourdissement des charges de pension**. Cette perte n'est pas compensée alors que le résultat net de la CNRACL devrait être déficitaire de 1,5 milliard d'euros en 2020 et que le régime n'a pas atteint sa maturité démographique.

Soucieuse de l'équilibre des comptes de la caisse de retraite des agents territoriaux et hospitaliers, la **commission des affaires sociales** estime qu'aurait pu être préférée à ce dispositif une compensation par l'État de la charge nouvelle créée pour les départements.

La commission souhaite clarifier le troisième alinéa de l'article 17 de la loi de 1990, la retenue et la contribution portant bien sur le revenu des actifs et non sur les pensions.

Sous ces réserves, la commission soutient le geste du Gouvernement à destination des départements dans la prise en charge de l'augmentation de la prime de feu.

Votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié par l'amendement rédactionnel n° 148.

Article 13 sexies (nouveau)

Maintien du calcul des prélèvements sociaux calculés sur les « taux historiques » pour les transferts de sommes épargnées sur un Perco vers un Pereco

Cet article vise à modifier le régime d'assujettissement aux prélèvements sociaux sur les revenus du capital des revenus des Perco transférés dans un nouveau Pereco.

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

I - Le dispositif proposé : un maintien de l'application des « taux historiques » pour les Perco transférés dans un nouveau Pereco

A. Une pratique d'assujettissement aux prélèvements sociaux non maintenue lors de transferts d'un Perco vers un nouveau Pereco

Le présent article additionnel a été introduit à l'initiative de Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis de la commission des finances.

Les anciens plans d'épargne retraite collectifs (Perco) étaient assujettis à des prélèvements sociaux sur les revenus du capital selon un mode de calcul favorable.

Le contrat ne se voyait donc pas appliquer le taux en vigueur lors du fait générateur de la taxe qu'est le dénouement du contrat, mais les taux propres à chaque tranche des revenus du contrat selon leur date d'acquisition. Les augmentations successives des taux ne valaient ainsi que pour les futurs revenus.

La loi de finances pour 2018 a supprimé cet avantage dit des « taux historiques », qui ne demeure que pour les revenus attachés aux sommes versées avant le 1^{er} janvier 2018.

Cet avantage n'est pas prévu pour les nouveaux plans d'épargne retraite d'entreprise collectifs (Pereco) tels que prévus par la réforme Pacte. Ces derniers se voient appliquer le taux en vigueur au dénouement du contrat à l'ensemble des revenus portés par celui-ci.

Aussi, lors d'une bascule d'un Perco vers un Pereco, le souscripteur perd aujourd'hui le bénéfice des « taux historiques », se voyant appliquer le taux en vigueur sur l'ensemble de ses revenus.

B. Un assujettissement sur le modèle des anciens Perco

La députée Cendra Motin entend ne pas freiner les transferts des anciens Perco vers les nouveaux Pereco et propose ainsi de conserver le système des « taux historiques » lors de ces transferts.

Le I de l'article **modifie la loi de financement pour 2018**, en ajoutant au C du V de son article 8 relatif notamment au régime d'assujettissement des Perco, un 5° *bis*.

Celui-ci permet, pour les Perco, **d'exclure du nouvel assujettissement prévu au titre des faits générateurs les revenus tirés des sommes versées avant le 1^{er} janvier 2018** et acquis au moment du transfert du Perco. Pour les sommes versées après 2018, le régime est celui du droit commun, applicable depuis cette même date aux Perco. Le dispositif retenu est donc celui d'une identité de régime d'assujettissement pour les Perco qu'ils soient transférés ou non.

Cet avantage ne s'applique qu'aux **produits transférés avant le 1^{er} janvier 2023**.

Le II prévoit une **consignation par le gestionnaire du contrat des revenus visés ainsi que des sommes versées s'y rattachant et des montants des prélèvements sociaux liés**.

Le **deuxième alinéa** prévoit que **ces informations doivent être transmises** par le gestionnaire en cas de transfert du contrat.

L'amendement prévoyait un gage concernant la perte de recettes pour l'État, levé par le Gouvernement.

II - La position de la commission : l'adoption de cet article sans modification

La perte du bénéfice des « taux historiques » pouvait en effet constituer une désincitation au transfert d'un Perco vers un nouveau Pereco, blocage que cet article lève.

Cet article est cohérent avec la logique de bascule des anciens produits d'épargne retraite vers les nouveaux produits prévus par la loi relative à la croissance et à la transformation des entreprises, d'une part, et avec le souci d'une meilleure lisibilité et homogénéité des régimes d'assujettissements des produits d'épargne retraite.

Votre commission vous demande d'adopter cet article.

CHAPITRE II

POURSUIVRE LES SIMPLIFICATIONS POUR LES ACTEURS DE L'ÉCONOMIE

Article 14

Simplification des démarches déclaratives et de paiement des cotisations sur les revenus issus de l'économie collaborative

Cet article vise à étendre le « régime ultra-simplifié » aux particuliers tirant des revenus de faible importance de l'économie collaborative et à clarifier les règles applicables aux loueurs de biens meublés.

La commission vous demande d'adopter cet article avec sa modification rédactionnelle.

I – Le dispositif proposé : une affiliation au régime général pour les activités de faible importance et une mise en cohérence des dispositions relatives aux loueurs de meublés

A. Des déclarations insuffisamment appropriées et réalisées

1. Un problème identifié pour les activités de faible importance des particuliers

Les activités de l'économie collaborative peuvent concerner un large public. Si certaines ne génèrent pas de revenu, **d'autres sont lucratives et donc doivent être soumises aux mêmes règles que les activités de l'économie traditionnelle.**

Alors que l'économie numérique apparaît « simple » dans sa pratique pour les particuliers qui y participent, les processus et **règles de déclaration des revenus tirés peuvent être complexes**, nécessitant parfois un statut particulier ou une création d'entreprise par exemple.

Les obligations d'information ont été renforcées, les plateformes devant tant adresser à leurs utilisateurs un récapitulatif des revenus générés que communiquer les données nécessaires aux Urssaf.

D'autres mesures ont été prises :

- la **création du statut d'auto-entrepreneur** facilite la création d'entreprises ;

- les centres nationaux CESU et Pajemploi ont simplifié les démarches des particuliers employeurs pour les services à la personne ;

- un droit d'option pour le régime général a été prévu pour les locations de biens meublés selon certain seuils.

Le problème identifié par le Gouvernement est celui de la non-déclaration des très petites activités. L'étude d'impact souligne ainsi que la législation applicable, comme les statuts proposés, de micro-entreprise par exemple, sont mal appréhendés.

Sans intention nécessaire de fraude, la méconnaissance des règles conduit à un **non-respect des obligations déclaratives**.

L'objet de cet article est ainsi de **faciliter les démarches des particuliers**. Le Gouvernement suit ainsi les recommandations de la mission IGAS de 2016 sur un régime ultra-simplifié et les préconisations du Haut conseil du financement de la protection sociale.

2. Une lacune sur les régimes applicables aux locations de meublés

Concernant **les locations de biens meublés**, les seuils applicables font basculer l'activité d'un revenu du patrimoine, assujéti aux prélèvements dédiés, à un revenu d'activité, soumis à des cotisations sociales. **Au-delà du seuil, les revenus doivent être déclarés au régime de sécurité sociale des travailleurs indépendants, la personne pouvant, sur option, s'affilier au régime général.**

Le Gouvernement estime que des **clarifications sont nécessaires pour améliorer la lisibilité du dispositif** issu de la loi de financement pour 2017 et assurer la cohérence avec les simplifications menées dans ce même article.

L'étude d'impact estime de l'ordre de 10 % la hausse attendue de la déclaration du chiffre d'affaires réalisé via les plateformes collaborative. Elle pourrait générer un rendement à hauteur de **10 millions d'euros environ**.

B. Un « régime simplifié » pour les particuliers aux activités de faible importance et une clarification du régime des loueurs de biens meublés

1. Une extension du régime d'affiliation au régime général pour les particuliers aux activités de faible importance

Le présent article vise à **étendre le « régime ultra-simplifié »** de déclaration aux particuliers ayant des activités sous un seuil de revenus bas. Les particuliers tirant des revenus de l'économie collaborative pourront ainsi **s'affilier au régime général en dessous d'un certain seuil de revenus**.

Le **b) du 2° du I** prévoit une **nouvelle catégorie de personnes** entrant dans le champ de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale et devant donc satisfaire à l'**obligation d'affiliation aux assurances sociales**. Sont ainsi concernées par le **37°** créé *« les personnes qui vendent des biens neufs qu'ils ont confectionnés ou achetés pour les revendre ou qui fournissent des services rémunérés de manière ponctuelle et qui exercent l'option pour relever du régime général, dès lors que leurs recettes annuelles ne dépassent pas un montant de 1 500 euros »*.

Le même 37° créé prévoit un **abattement pour les cotisations dues, fixé par décret**. Le **II** prévoit une **entrée en application de ce nouvel abattement** aux cotisations et périodes courant à compter du **1^{er} janvier 2022**.

Des **critères d'exclusion** de l'option sont également prévus en cas de dépassement du montant, nécessitant le cas échéant un **changement de situation administrative**.

En outre, le **1° du I** modifie l'article L. 131-6-4 du code de la sécurité afin d'**exclure la possibilité de cumul de l'exonération de cotisations** prévue à cet article **avec le nouveau dispositif d'abattement du 37° créé au b) du 2°**.

2. Une clarification des règles pour les loueurs de meublés ou de biens meubles

Le présent article vise également à **clarifier les règles applicables aux loueurs de meublés ou de biens meubles en redéfinissant les niveaux selon lesquels l'activité devient professionnelle et les règles d'option**.

Le **a) du 2° du I** modifie l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale. Il vise les personnes exerçant une **activité de location de locaux d'habitation meublés** ou de bien meubles, visés au 35° de l'article. Concernant la condition relative au niveau des recettes perçues, il substitue aux seuils prévus à l'article 293 B du code général des impôts le seuil de prévu à son article 102 *ter*.

Le **3° du I** modifie l'**article L. 611-1 du code de la sécurité sociale** à son 6° relatif aux personnes exerçant une activité de location de locaux d'habitation meublés. Dans la **désignation du champ de ces personnes soumises aux dispositions propres aux indépendants**, il remplace l'exclusion des personnes exerçant une activité de location de biens meubles par l'exclusion des loueurs de chambres d'hôtes.

Il étend en outre ce champ à l'ensemble des critères prévus au 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts, supprimant le seul critère prévu à son 1° (déjà abrogé) qui était relatif à l'inscription au registre du commerce et des sociétés.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale : une interconnexion visant à lutter contre la fraude

À l'initiative du rapporteur général, Thomas Mesnier, l'Assemblée nationale a **ajouté un 1° A au I de l'article visant à renforcer la lutte contre la fraude**.

Celui-ci modifie **l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale relatif au droit de communication**. Les deux phrases ajoutées au cinquième alinéa prévoient la **possibilité d'une interconnexion avec les données des URSSAF** « *au titre de l'accomplissement de leurs missions de contrôle et de lutte contre le travail dissimulé* ». Les modalités de cette nouvelle possibilité sont définies par un décret en Conseil d'État après avis de la CNIL.

Ont en outre été apportées des modifications d'ordre rédactionnel.

III - La position de la commission : une adoption sans modification

La commission souscrit à **l'intention de simplification** des démarches déclaratives et de **meilleure lisibilité** des règles qu'est celle de cet article avec l'extension du régime ultra-simplifié. Alors que de nombreux particuliers tirent des revenus complémentaires réduits de l'économie collaborative, **une facilitation de la déclaration de ces revenus est évidemment nécessaire**.

La commission a ainsi validé le dispositif proposé sous réserve d'une modification de **clarification rédactionnelle sur l'option pouvant être exercée afin de relever du régime général**.

Cependant, la commission estime que les efforts de simplification portés par les dispositions proposées comme par les précédentes modifications législatives ne sauront être efficaces que s'ils sont connus des citoyens. **Des campagnes de communication et d'information** sur les différentes règles de déclaration des revenus de l'économie collaborative **doivent ainsi être menées à destination des particuliers**.

Enfin, la commission des affaires sociales, comme elle l'a rappelé récemment à l'occasion de la publication du rapport à ce sujet¹, **partage l'intention de lutte contre la fraude et soutient l'adoption de nouveaux moyens à cette fin** avec le renforcement du droit de communication.

Votre commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement n° 149 adopté.

¹ Rapport d'information de M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général, fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes relative à la fraude aux prestations sociales.

Article 14 bis (nouveau)

**Attribution au contentieux général de la sécurité sociale
des litiges susceptibles de naître lors du recouvrement de la contribution
liée à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés**

Cet article vise à rétablir l'attribution au contentieux général de la sécurité sociale des litiges liés au recouvrement de la contribution liée à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - La correction d'une erreur de plume

Le présent article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement déposé par M. Thierry Michels (Larem), avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, vise à rétablir l'attribution au contentieux général de la sécurité sociale des litiges susceptibles de naître lors du recouvrement de la contribution liée à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés.

Cette attribution avait été prévue par l'ordonnance n° 2019-861 du 21 août 2019 visant à assurer la cohérence de diverses dispositions législatives avec la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel avec entrée en vigueur différée mais n'a pas été prise en compte lors de l'adoption de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

L'ensemble du contentieux relatif au recouvrement des cotisations et contributions effectué par les URSSAF serait ainsi unifié.

II - La position de la commission : un article qui n'entre pas dans le champ de la LFSS

Les entreprises de vingt salariés et plus qui n'atteignent pas l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés d'au moins 6 % des effectifs, s'acquittent de cette obligation en payant une contribution annuelle à l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées, l'AGEFIPH.

La mission de l'Agefiph, favoriser l'insertion, le maintien et l'évolution professionnelle des personnes handicapées dans les entreprises du secteur privé, relèvent de la politique de l'emploi. Elle n'entre pas dans le champ couvert par la loi de financement de la sécurité sociale.

Par sa décision n° 2006-544 du 14 décembre 2006, relative à la LFSS pour le Conseil constitutionnel a censuré comme cavalier social une disposition prévoyant le transfert aux tribunaux des affaires de sécurité sociale d'alors ; il a renouvelé cette position dans sa décision relative à la LFSS pour 2008.

Dès lors que le défaut de conformité avec l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale est établi à un double titre et bien que votre commission approuve sur le fond le transfert de contentieux proposé, elle ne peut qu'anticiper l'appréciation du Conseil constitutionnel et proposer la suppression de cet article (amendement n° 150).

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 14 ter (nouveau)

**Recours de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale
contre les tiers responsables de dommages à l'égard de ses assurés**

Cet article vise à rendre applicable à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale les dispositions relatives au recours contre tiers prévues pour les prestations maladies et AT-MP.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Une lacune mise en évidence par la Cour de cassation

Le présent article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement déposé par Mme Sereine Mauborgne (Larem), avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, vise à rendre applicable à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) les dispositions relatives au recours contre tiers prévues au bénéfice des caisses du régime général.

Dans un litige l'opposant à un assureur, la CNMSS s'était prévalue des dispositions de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale qui fait obligation à l'assureur du tiers responsable d'informer la caisse d'assurance maladie dont relève la victime dans les trois mois suivant la date à laquelle il a connaissance de la survenue de l'accident ou des lésions.

Tout en relevant la validité du raisonnement, la Cour de Cassation a relevé « qu'aucune disposition législative ne rend l'article L. 376-4 du code de la sécurité sociale applicable à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale instituée par l'article L. 713-19 du même code ».

Le présent article a donc pour objet de combler cette lacune.

Cette attribution avait été prévue par l'ordonnance n° 2019-861 du 21 août 2019 visant à assurer la cohérence de diverses dispositions législatives avec la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel avec entrée en vigueur différée mais n'a pas été prise en compte lors de l'adoption de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

II - La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 15

Simplification des démarches déclaratives des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants agricoles

Cet article vise à simplifier les démarches déclaratives des non-salariés agricoles en prévoyant une obligation de déclaration unique à l'administration fiscale.

La commission vous demande de l'adopter sans modification.

I - Le dispositif proposé : une unification des déclarations fiscales et sociales pour les non-salariés agricoles, par voie dématérialisée

A. Une mesure visant à fusionner des déclarations redondantes

1. Une unification des déclarations pour les non-salariés agricoles

Cette disposition s'inscrit dans les démarches de simplification applicables aux travailleurs indépendants, particulièrement agricoles. Depuis cette année, la déclaration fiscale professionnelle alimente par exemple la déclaration des revenus du travailleur non-salarié agricole.

La mesure proposée vise les campagnes de déclarations fiscales et sociales réalisées par **les travailleurs indépendants agricoles ou leurs tiers déclarants**.

Le présent article prévoit ainsi d'unifier trois déclarations faites par les indépendants agricoles : la déclaration professionnelle et la déclaration des revenus, toutes deux faites à l'administration fiscale, ainsi que la déclaration des revenus professionnels (DRP) adressée à la MSA. Elles sont aujourd'hui faites selon des calendriers différents.

Surtout, le dispositif proposé conduira à **l'obligation de dématérialisation pour les déclarations et paiements des cotisations sociales pour les travailleurs indépendants agricoles** à compter du 1^{er} janvier 2022. Aujourd'hui, la dématérialisation n'est obligatoire qu'au-delà de 15 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

2. Une application difficile et globalement reportée outre-mer

Concernant les outre-mer, **les conditions de fixation des cotisations sociales des exploitants agricoles**, sur une base forfaitaire, **ne permettent pas de les intégrer** à cette déclaration unifiée.

Cette mesure ne sera donc pas applicable en dehors de Saint-Barthélemy. Une mission interministérielle travaille actuellement sur les règles de calcul des cotisations des exploitants agricoles ultramarins.

B. Un dispositif reprenant l'unification des déclarations réalisée en 2019 pour les travailleurs non-salariés

1. Une unification des déclarations pour les non-salariés agricoles

Le **I** modifie le code rural et de la pêche maritime.

Son **A** procède à une **réécriture de l'article L. 731-13-2** du code, reprenant la rédaction établie par la loi de financement pour 2020 à l'article L. 613-2 applicable aux travailleurs indépendants.

Ainsi, le **I de l'article L. 731-13-2**, dans sa nouvelle rédaction prévoit une **obligation de déclaration par voie dématérialisée des éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales** par le biais de la déclaration d'impôt sur le revenu ou, à défaut, auprès de la caisse de la MSA. Cette obligation s'applique aux **travailleurs non-salariés agricoles**.

Le **deuxième alinéa** de ce **I** de l'article L. 731-13-2 prévoit la **réception par les caisses de la MSA des informations déclarées** à l'administration fiscale, dont **l'échange peut se faire au moyen du NIR**, numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques, aux termes du **troisième alinéa**.

La nouvelle rédaction du **II** de l'article L. 731-13-2 prévoit une **obligation de versement par voie dématérialisée** des cotisations et contributions sociales dues.

La nouvelle rédaction du **III** de l'article L. 731-13-2 prévoit une sanction financière, **majoration des sommes dues, en cas de non-respect de l'obligation** de procéder par voie dématérialisée à la déclaration et au versement prévus. Il s'agit là de corriger une erreur issue de l'abrogation de l'article L. 613-5.

Le **B du I** prévoit l'entrée en vigueur de la nouvelle rédaction pour les déclarations transmises en 2022 au titre de revenus de l'année 2021.

2. Des mesures d'application propres à Saint-Barthélemy

Le **A du II** modifie la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Il prévoit la **prolongation de l'application de l'ancienne rédaction des articles L. 613-2**, dont la nouvelle rédaction oblige la déclaration dématérialisée pour les indépendants, **et L. 613-5**, abrogé, **à Saint-Barthélemy** jusqu'aux déclarations transmises en 2022 au titre des revenus 2021.

L'entrée en vigueur des obligations de dématérialisation dans cette collectivité d'outre-mer **sera donc simultanée pour les travailleurs indépendants, agricoles comme non agricoles.**

Le **B du II** procède à une coordination à l'article L. 752-1 du code de la sécurité sociale et supprime la mention de l'article L. 611-1.

3. Une sanction prévue également pour les non-salariés non agricoles

Le **III** modifie l'article L. 613-2 du code de la sécurité sociale, réécrit par la loi de financement pour 2020. Cette modification vise à corriger une lacune de cette rédaction. Est ainsi ajouté **un IV prévoyant une sanction en cas de non-respect de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée**, sur le modèle de celle créée au III du nouvel article L. 731-13-2.

*

L'Assemblée nationale n'a apporté qu'une modification rédactionnelle à cet article.

II - La position de la commission : une adoption de cet article

Votre rapporteur **souscrit à l'intention de simplification des démarches administratives** et à ce titre **soutient l'extension aux travailleurs non-salariés agricoles de l'unification des déclarations fiscales et sociales par voie dématérialisée.**

Entendue par votre rapporteur, la **CCMSA** a fait état de la position de son conseil d'administration qui **a pris acte des dispositions proposées d'unification des déclarations fiscales et sociales** et attiré l'attention sur le remboursement en 2021 des coûts de développements informatiques réalisés par l'administration fiscale à cette fin. La Caisse a cependant souhaité souligner **la persistance de « zones blanches »** et les **difficultés dans certaines zones rurales d'accès à des moyens de connexion internet** appropriés pour réaliser les déclarations par voie dématérialisée.

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

Article 15 bis (nouveau)

**Transfert aux caisses de la MSA du recouvrement
de certaines cotisations perçues par la CNIEG**

Cet article complète une exception au transfert aux Urssaf des cotisations des salariés relevant du régime des industries électriques et gazières (IEG) en transférant à la MSA le recouvrement des cotisations de retraite des salariés des sociétés d'intérêt collectif agricole en électricité.

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

I - Une exception au principe du transfert aux Urssaf des cotisations au régime des IEG pour le recouvrement des cotisations complémentaires obligatoires d'assurance maladie et maternité des salariés des SICAE

Les **sociétés d'intérêt collectif agricole d'électricité (SICAE)** sont distributeurs d'électricité exerçant sur un périmètre géographique limité ; elles sont classées parmi les entreprises locales de distribution.

Leurs salariés sont affiliés à la MSA, à l'exception des risques vieillesse, invalidité, décès, AT-MP pour lesquels ils relèvent du régime prévu à l'article 16 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, dont la gestion est assurée par la Caisse nationale de retraite des industries électriques et gazières (CNIEG).

Le VIII de l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a prévu le transfert aux Urssaf du recouvrement des cotisations des salariés des IEG, à compter du 1^{er} janvier 2021 pour le risque maladie et à compter du 1^{er} janvier 2022 pour la retraite.

Le XI du même article a toutefois prévu une exception pour le recouvrement des cotisations complémentaires obligatoires d'assurance maladie et maternité des salariés des SICAE qui est, quant à lui, transféré à la MSA.

Cotisants	Population	Assiette	Type de cotisations	Cotisations (taux 2019)
Entreprises SICAE	Ouvrants-droits	Les rémunérations et salaires (hors primes et indemnités)	Régime des actifs	2,07 % Part salariale : 0,72 % Part patronale : 1,35 %
		La gratification de fin d'année Les majorations résidentielles	Cotisation de solidarité	1,39 % Uniquement part salariale

Source : Site Internet MSA

II - Une exception complétée pour les cotisations vieillesse des salariés des SICAE

Inséré en séance publique par l'adoption d'un amendement déposé par Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe (Larem), avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, cet article additionnel prévoit que le recouvrement des cotisations vieillesse IEG des salariés des SICAE est transféré aux MSA.

Il s'agit d'un régime de cotisations complexe qui couvre également les risques invalidité, décès et ATMP. L'assiette des cotisations est alignée sur celle retenue pour le calcul des cotisations dues auprès du régime spécial d'assurance vieillesse des industries électriques et gazières.

Elle est constituée par les rémunérations et salaires, la gratification de l'année et les majorations résidentielles.

Elle ne comprend pas les heures supplémentaires, les indemnités journalières de prévoyance complémentaire, les avantages familiaux, les primes et indemnités liées à la fonction ou à des sujétions de services.

Les rémunérations sont retenues à hauteur de 1,55 plafond mensuel.

D'après les informations fournies par la MSA à votre rapporteur, le nombre de cotisants affiliés au régime agricole au titre des cotisations sur les salaires est 518 salariés pour 12 SICAE.

Le volume des cotisations et contributions sur salaires recouvré par la CNIEG en 2019 pour ces entreprises relevant du régime agricole correspond à près de 10,5 millions d'euros.

III - La position de la commission

La commission est favorable à cette simplification dans la gestion des salariés concernés, qui devra toutefois s'accompagner d'un chantier de simplification d'un régime de cotisations particulièrement complexe.

Toutefois, la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale ne prévoyant pas, comme pour les cotisations complémentaires maladie que le transfert ne concerne que les salariés des SICAE, votre commission vous propose de le préciser (amendement n° 151).

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

Article 15 ter (nouveau)

Agrément des agents chargés du contrôle des non-salariés agricoles dans les outre-mer

Cet article prévoit l'agrément des agents chargés du contrôle des non-salariés agricoles dans les outre-mer.

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

I - Des agents qui ne relèvent pas d'un agrément par l'ACOSS

Le contrôle de l'application de la législation sociale en outre-mer est exercé par les caisses inter-régimes CGSS en Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion et Saint-Martin pour les travailleurs non-salariés agricoles tandis qu'il relève, à Saint-Barthélemy et à Mayotte, de la caisse de MSA du Poitou et d'Armorique qui assure la gestion des assurés du régime général et du régime agricole.

Les agents chargés de ce contrôle ne sont pas agréés par l'ACOSS qui n'est pas compétente pour les assurés concernés, ce qui est source de contentieux et fragilise les contrôles réalisés.

II - Un agrément confié au directeur de la caisse centrale de mutualité sociale agricole

Le présent article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement déposé par Mme Justine Benin (Modem), avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, vise à sécuriser et renforcer les contrôles effectués en outre-mer auprès des non-salariés agricoles en conférant au directeur de la caisse centrale de mutualité sociale agricole la compétence d'agrément, de suspension et de retrait d'agrément :

- des agents des CGSS chargés du contrôle de l'application de la législation en matière de sécurité sociale agricole en Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion et Saint-Martin pour les non-salariés agricoles ;

- des agents de la caisse de MSA chargés du contrôle de l'application de la législation en matière de sécurité sociale, pour les salariés du régime agricole et du régime général, les exploitants agricoles et les travailleurs indépendants à Saint-Barthélemy ;

- et des agents de la caisse de MSA chargés du contrôle de l'application de la législation en matière de sécurité sociale agricole, à Mayotte pour les non-salariés agricoles.

Il prévoit la mise en place d'une section spécifique au sein de chaque CGSS, chargée non de la gestion d'un risque comme c'est le cas des autres sections mais d'une catégorie : les non-salariés agricoles.

III - La position de la commission

La commission est favorable à cette précision, de nature à sécuriser les contrôles.

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

Article 15 quater (nouveau)

Instauration d'un dispositif de déclaration et de paiement pour les travailleurs non salariés relevant du régime de protection sociale des marins

Cet article prévoit la mise en place d'un dispositif de déclaration et de paiement pour les travailleurs non salariés relevant du régime de protection sociale des marins.

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

I - Des cotisations dont le recouvrement a été transféré aux Urssaf

Le recouvrement des cotisations et contributions sociales des marins non-salariés, a été transféré aux Urssaf par l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

II - Une obligation de procéder aux déclarations et aux paiements par voie dématérialisée

Le présent article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement déposé par Mme Sophie Panonacle (Larem), avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, prévoit la mise en place d'un dispositif simplifié de déclaration et de paiement pour les travailleurs non salariés relevant du régime d'assurance vieillesse des marins pour lesquels le dispositif de la déclaration sociale nominative ne s'applique pas. Ce dispositif permettrait également l'immatriculation au régime de protection sociale des marins.

Une obligation de procéder aux déclarations et aux paiements par voie dématérialisée, similaire à celles déjà en vigueur pour les autres dispositifs simplifiés, serait instaurée. Toutefois, comme c'est le cas pour les autres dispositifs, une exception est prévue au bénéfice des personnes qui ne sont pas en mesure d'effectuer leur déclaration de revenus par voie dématérialisée ; elles peuvent dans ce cas avoir recours au support papier.

III - La position de la commission

La commission est favorable à ce dispositif, qui viendra renforcer l'offre de service des Urssaf et moderniser les procédures de recouvrement.

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

Article 15 quinquies (nouveau)

Obligation de dématérialisation des paiements et des déclarations uniques simplifiées réalisées auprès du guichet unique pour le spectacle vivant

Cet article prévoit une obligation de dématérialisation des paiements et des déclarations uniques simplifiées réalisées auprès du guichet unique pour le spectacle vivant.

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

I - Le GUSO, une offre de service gérée par Pôle Emploi

Service gratuit et obligatoire géré par Pôle Emploi, le guichet unique du spectacle occasionnel (GUSO) permet d'effectuer les déclarations et le paiement des cotisations sociales pour le compte de plusieurs organismes de protection sociale :

- l'Afdas (formation professionnelle) ;
- Audiens (retraite complémentaire et prévoyance) ;

- CMB (médecine et santé au travail) ;
- les Congés Spectacles (congrés payés - gestion assurée par Audiens) ;
- l'Unédic (Assurance chômage) ;
- l'Urssaf (Sécurité sociale).

Il assure également la transmission à l'administration fiscale du montant du prélèvement à la source collecté par l'employeur.

Il concerne tous les employeurs qui n'ont pas pour activité principale la diffusion ou la production de spectacles, l'exploitation de lieux de spectacle, de parcs de loisirs ou d'attractions :

- personnes physiques : particuliers, commerçants, professions libérales...
- personnes morales de droit privé : associations, entreprises, comités d'entreprises, hôtels, restaurants...
- personnes morales de droit public : collectivités territoriales, établissements publics, services de l'État...

Le recours au GUSO permet de remplir les obligations liées au contrat de travail, à la déclaration annuelle des données sociales, à l'attestation d'emploi destinée à Pôle emploi et au certificat d'emploi destiné aux Congés spectacles. Il s'impose lors de l'embauche d'artistes et/ou de techniciens sous contrat à durée déterminée qui concourent à la réalisation d'un spectacle vivant (spectacle en présence d'un public, sans limitation du nombre de représentations).

II - Une modernisation de l'offre de service

Le présent article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement déposé par M. Raphaël Gérard (Larem), avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, prévoit l'obligation pour tous les employeurs adhérents au GUSO de déclarer et de verser les cotisations, contributions et impôts prélevés à la source par voie dématérialisée à compter des rémunérations relatives au mois de janvier 2021.

En cas de non-respect de cette nouvelle obligation, il est prévu d'appliquer une sanction similaire à celle existante pour les utilisateurs de la DSN - la déclaration sociale nominative - ainsi que la possibilité de formuler une demande de remise gracieuse.

Comme pour l'article précédent, cette obligation ne s'impose pas aux déclarants ne disposant pas de la capacité de procéder à la déclaration de leurs revenus par voie dématérialisée.

III - La position de la commission

La commission est favorable à ce dispositif, de nature à moderniser les procédures de recouvrement.

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

CHAPITRE III

CRÉER LA NOUVELLE BRANCHE AUTONOMIE

Article 16

Gouvernance de la nouvelle branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie

Cet article clarifie les modes de fonctionnement, d'intervention et de financement de la CNSA, et adapte sa gestion à celle des autres caisses de sécurité sociale.

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

I - Le dispositif proposé : une rationalisation bienvenue du rôle et du financement de la CNSA

A. Une clarification des missions de la CNSA

1. Des compétences aujourd'hui touffues

Si la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été créée en 2004¹, c'est en 2005² que ses missions et modalités de gestion ont été présentées dans la forme actuelle des articles L. 14-10-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

La caisse a originellement une quintuple mission : une mission de **financement** de l'accompagnement de la perte d'autonomie garantissant l'équité de traitement des personnes, une mission de **répartition** de crédits de l'assurance maladie en fonction des besoins régionaux, une mission d'**expertise** technique et de proposition pour établir les référentiels nationaux, une mission d'**évaluation** de l'action menée en faveur du soutien à l'autonomie, et une mission plus large d'**information et de conseil**.

¹ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées.

² Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

À ce cœur de métier, se sont ajoutées, pour s'en tenir à l'essentiel, une mission de participation au **financement de l'investissement**, et une mission d'**analyse des coûts et tarifs** des opérateurs.

La présentation qu'en fait l'article L. 14-10-1 n'a cependant cessé de perdre en lisibilité, à mesure que les missions de la caisse étaient superposées, réécrites ou modifiées, depuis la loi de 2005, par celles de 2007¹, 2009², 2015³ et 2018⁴, jusqu'à faire apparaître aujourd'hui pas moins de quatorze numéros d'alinéas.

2. Une clarification bienvenue des missions de la caisse

Le 1^o du I. modifie l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles pour présenter les missions de la CNSA sous une forme délibérément ramassée et clarifiée. La caisse a désormais pour rôle :

- de **veiller à l'équilibre financier de la branche autonomie**. Elle établit ses comptes, effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération qui en relève et est chargée de la gestion du risque. Cette nouvelle mission est la conséquence des dispositions de la loi du 7 août 2020⁵ confiant à la CNSA le soin de gérer la branche autonomie ;

- de **piloter et d'assurer l'animation et la coordination des acteurs** participant à la mise en œuvre des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et handicapées. La caisse assure à ce titre la **collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services** et de prestations, et **conçoit et met en œuvre des systèmes d'information** pouvant comporter l'hébergement de données de santé, en lien avec l'Agence du numérique en santé. Elle assure encore à ce titre un **rôle d'expertise technique et de développement de la formation** auprès des professionnels ;

- de **contribuer au financement de la prévention de la perte d'autonomie, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des prestations d'aide à l'autonomie des personnes et des proches aidants, de l'investissement** dans le secteur. La CNSA peut, pour l'exercice de ces missions, confier la réalisation d'opérations aux organismes des régimes obligatoires de sécurité sociale dans des conditions précisées par convention ;

- de **contribuer à l'information des personnes et de leurs proches aidants en créant des services numériques** facilitant leurs démarches ;

- de **contribuer à la recherche et à l'innovation** dans le secteur ;

- de **contribuer à la réflexion prospective** sur les politiques de l'autonomie et de proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque.

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

² Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.

³ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

⁴ Loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019.

⁵ Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

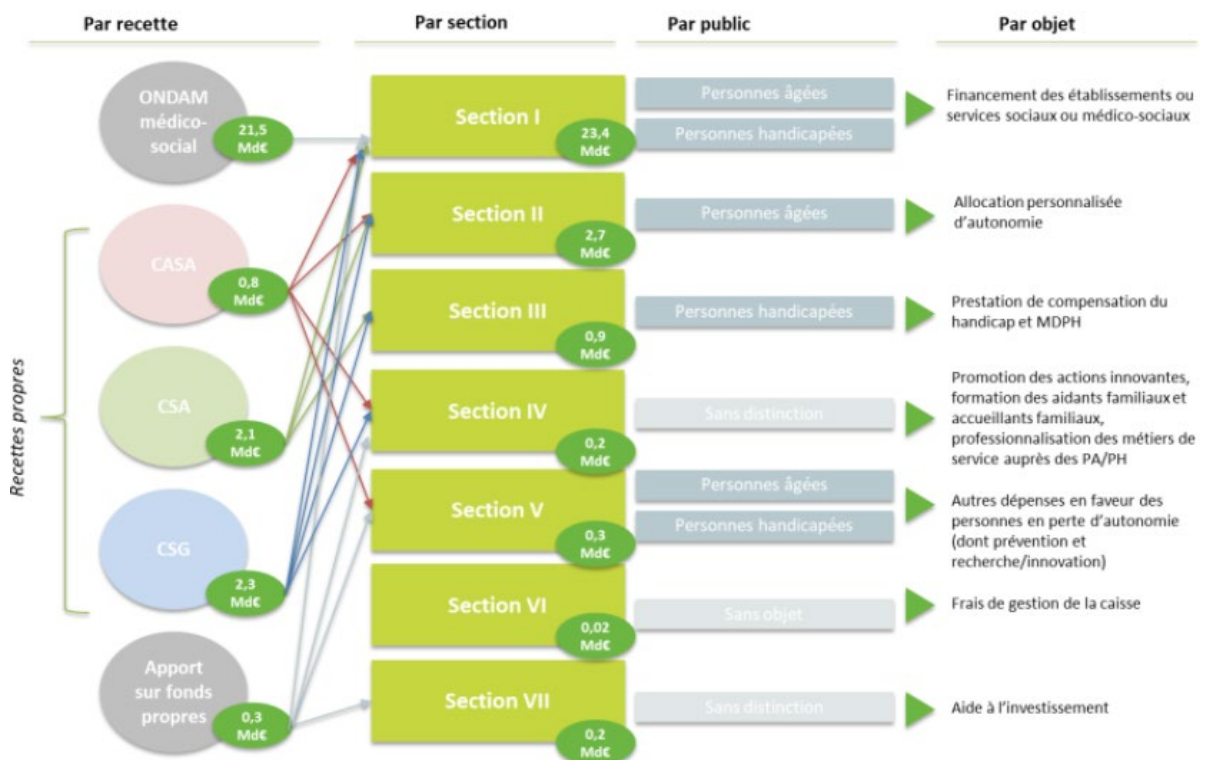
B. Une clarification de ses modes d'intervention

1. Des règles budgétaires d'une grande rigidité

Le budget de la CNSA est d'une grande complexité, dont son histoire fournit un début d'explication. Créée en 2004¹ – après la mortelle canicule de 2003 – pour coordonner des actions sanitaires et sociales de natures variées à destination des personnes âgées et handicapées, elle n'a jamais pu se défaire du flou séparant logiques d'assurance et d'assistance et s'est vue maintenue, en dépit de son intitulé, dans une fonction de fonds davantage que de caisse, dans le sens où elle rassemble des ressources d'origines diverses avant de les redistribuer aux opérateurs locaux, départements et ARS, chargés de gérer les aides et services destinés au public concerné.

Son budget est ainsi présenté en sept sections et sous-sections alimentées par des ressources fléchées, comme l'illustre le schéma ci-dessous.

Affectation actuelle des recettes aux différentes sections du budget de la CNSA



Source : CNSA

¹ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Cette configuration présente de nombreux inconvénients, comme l'a montré le rapport remis par Laurent Vachey en septembre dernier¹ :

- plusieurs sections étant alimentées par différentes recettes, le calcul du volume global attendu pour chaque section est une addition d'hypothèses de rendements et d'hypothèses d'affectations ;

- cet encadrement ne permet pas de sanctuariser des financements puisqu'il est fondé sur des fourchettes larges ou des seuils faibles d'affectation de recettes aux sections, des arrêtés déterminant les répartitions des recettes entre sections ;

- le principe d'équivalence entre les ressources allouées au financement de l'APA et de la PCH et les montants de ces concours rend impossible un prélèvement sur fonds propres pour maintenir leur niveau en cas de baisse des recettes propres.

Le rapport de M. Vachey recommande une structuration de la caisse en plusieurs fonds chargés de financer différents types d'interventions, que le présent article reprend en grande partie.

2. Un assouplissement opportun des règles budgétaires

Le 5° du I. simplifie considérablement l'actuel article L. 14-10-5 relatif au budget de la CNSA et la rapproche ainsi, sous le rapport des mécanismes d'intervention, des autres caisses de sécurité sociale. Il dispose que la CNSA assure :

- le **financement des établissements et services** sociaux et médico-sociaux relevant de l'objectif global de dépense de l'article L. 314-3 ;

- le **financement des aides à l'investissement** au bénéfice de ces établissements et services, ainsi que de l'habitat inclusif mentionné à l'article L. 281-1 ;

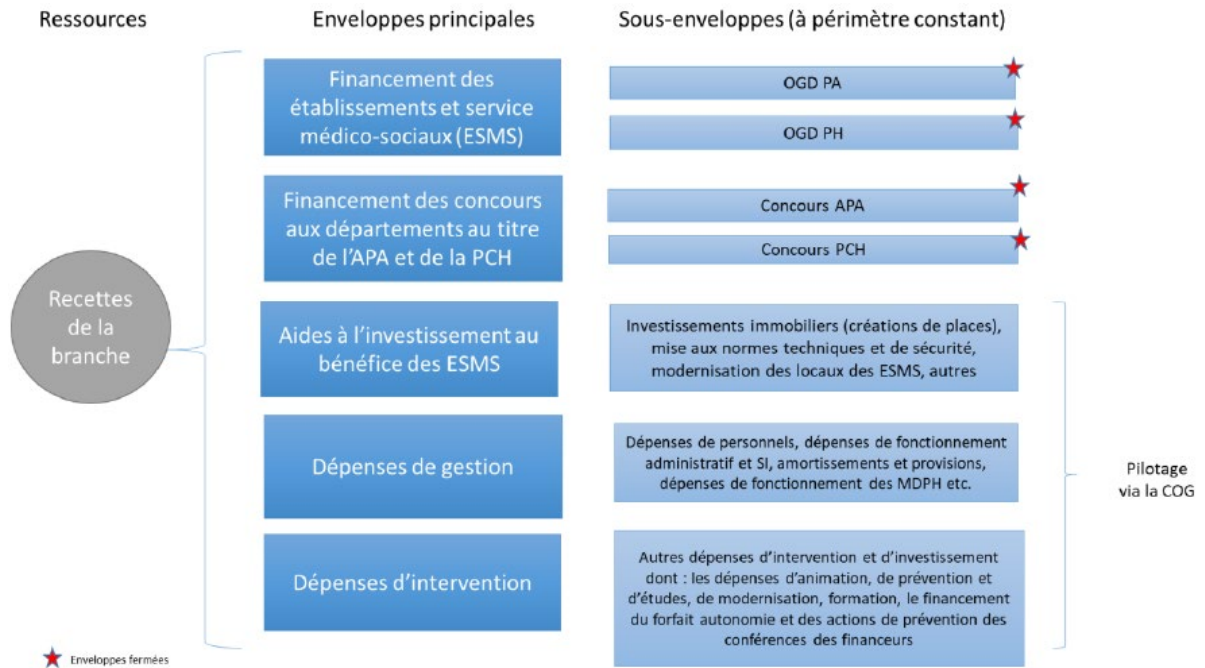
- le **financement des concours versés aux départements** destinés à couvrir une partie du coût de l'APA, de la PCH, d'installation et de fonctionnement des MDPH, ainsi que des actions de prévention de la conférence des financeurs - à l'exclusion de la coordination et l'appui des actions mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées ;

- le **financement des autres dépenses d'intervention** en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées dépendantes et des proches aidants entrant dans le champ des missions de la caisse. À cette fin, elle peut contribuer au financement du Fonds d'intervention régional ;

- le « *financement de la gestion administrative* », intitulé visant les maisons départementales des personnes handicapées, dont la CNSA finance le fonctionnement.

¹ « *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement* », remis au Premier ministre le 15 septembre 2020.

Architecture financière de la CNSA aux termes de l'article 16



Source : Étude d'impact

L'étude d'impact indique que le montant des deux premières enveloppes serait plafonné, tandis que les autres enveloppes seraient pilotées par le biais de la convention d'objectifs et de gestion.

Le 6° du I. crée en outre un article L. 14-10-5-1. Celui-ci dispose d'abord que le montant global du concours versé aux départements destiné à couvrir une partie du coût de l'APA est limité à 7,4 % des produits de la CSA, de la Casa et de la CSG. Le montant de la seconde part de la contribution APA est, lui, limité à 61,4 % du produit de la Casa. Il dispose ensuite que le montant du concours versé aux départements destiné à couvrir une partie du coût de la PCH est limité à 1,91 % des produits de la CSA, de la Casa et de la CSG. Ces équations, qui correspondent aux montants actuellement fléchés vers le financement de ces concours, sont des rigidités déplorées par la CNSA et dénoncée par le rapport Vachey ; leur correction, qui devra faire l'objet de discussions avec les départements, est implicitement remise à l'arbitrage de la future loi grand âge et autonomie.

Le 7° du I. est de coordination.

Les 8°, 9° et 10° du I. clarifient et coordonnent les dispositions relatives au concours versé aux départements destiné à couvrir une partie des coûts d'installation ou de fonctionnement des MDPH.

Le 11° réécrit l'article L. 10-14-7-3 relatifs aux concours que la caisse peut, par convention pluriannuelle, verser aux métropoles pour financer des actions de prévention.

Le 12° du I., relatif aux crédits non consommés et à l'affectation des crédits reportés de la CNSA, est de coordination.

Le 13° du I. toilette la rédaction de l'article L. 314-3, relatif à l'objectif global de dépense.

Le 4° du II. supprime le complexe mécanisme de financement de l'allocation journalière de proche aidant par la fraction des crédits de section I reportés sur l'exercice en cours au titre des exercices précédents et par les fonds propres de la caisse.

C. Une intégration au patrimoine commun de la sécurité sociale

1. Règles de gouvernance

Le 7° du II. est relatif à la convention d'objectifs et de gestion qui relie l'État aux caisses de sécurité sociale. Les a) et b) incluent la CNSA dans le dispositif. Les c), d) et e) précisent que ses stipulations incluent :

- les « *objectifs d'amélioration de la coordination de acteurs participant à la mise en œuvre des politiques en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées* » ;

- l'objectif de lutte contre l'exclusion est ajouté celui de « *soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées* » ;

- les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et, s'il y a lieu, d'action sanitaire et sociale, de prévention et de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le f) exclut du champ de la COG liant la CNSA à l'État les conditions de constitution ou d'amélioration et d'évolution du réseau des caisses locales.

Le 8° du II. dispense la CNSA de conclure des contrats pluriannuels de gestion avec des organismes régionaux ou locaux, puisqu'elle en est dépourvue.

Le 2° du I. supprime le dernier alinéa de l'article L. 14-10-2, qui réserve aux parlementaires membres des commissions saisies au fond du PLFSS le contrôle de la CNSA.

Le 3° du I. est relatif à la gouvernance de la Caisse. Il dispose d'abord que le conseil, qui à ce jour détermine la mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue avec l'État, déterminera dorénavant ses orientations, ainsi qu'il en va des COG conclues entre l'État et les autres caisses de sécurité sociale aux termes de l'article L. 227-1 (a)).

Le b) dispose encore que le conseil peut être saisi par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes handicapées et des personnes âgées de toute question relative à la politique de soutien à l'autonomie.

Aux dispositions prévoyant que le conseil délibère également, sur proposition du directeur, sur les comptes prévisionnels de la caisse et le rapport remis annuellement au Parlement, le c) substitue un nouvel alinéa prévoyant que **le conseil délibère, sur proposition du directeur, sur les budgets nationaux de gestion et d'intervention.**

Le d) supprime le rapport que la CNSA est tenue de rendre au Parlement et au Gouvernement avant le 15 octobre de chaque année, qui présente les comptes et le montant des fonds propres prévisionnels de la caisse ainsi que l'utilisation détaillée des ressources affectées à chacune des sections de son budget.

Le conseil de la CNSA, comme les conseils d'administration des autres caisses de sécurité sociale, est désormais saisi de tout projet de mesure législative ou réglementaire ayant des incidences sur l'équilibre financier de la branche ou entrant dans son domaine de compétences, notamment les projets de loi de financement de la sécurité sociale (5° du II.).

Le conseil de la CNSA

La CNSA est administrée par un conseil, « véritable parlement du secteur médico-social » d'après le site internet de la caisse, dont la composition générale est fixée par l'article L. 14-10-3 du CASF et le poids respectif des différentes parties prenantes par décret en Conseil d'État¹. Cette composition est effectivement originale, puisqu'y siègent 52 membres :

- 6 représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes handicapées ;
- 6 représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes âgées ;
- 6 représentants des conseils départementaux ;
- 5 représentants des organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;
- 3 représentants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;
- 10 représentants de l'État (disposant toutefois de 41 voix, soit 45 % du total) ;
- 2 parlementaires ;
- 8 représentants d'institutions intervenant dans les domaines de compétence de la Caisse ;
- 3 personnalités qualifiées, nommées par arrêté ministériel ;
- 3 représentants des régimes de base d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

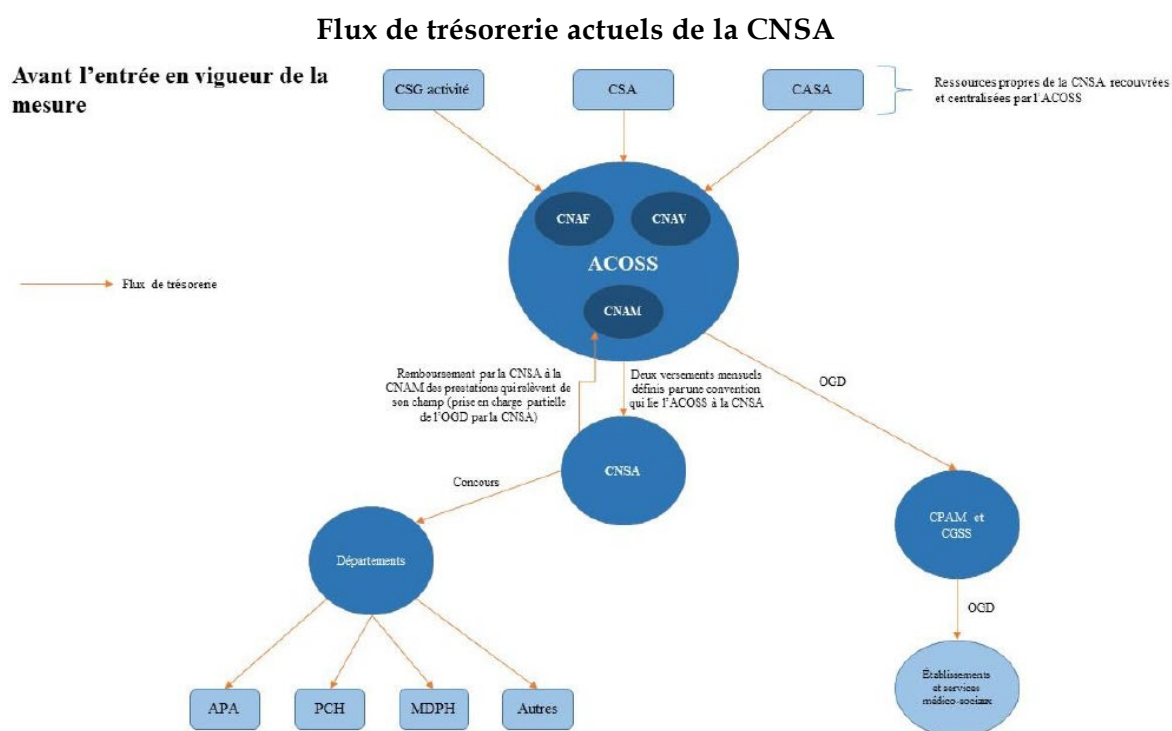
¹ Décret n° 2016-1416 du 20 octobre 2016 relatif à la composition du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Le **IV.** précise que les dispositions de l'article L. 14-10-8 du CASF dans leur rédaction en vigueur jusqu'à la date de promulgation du présent PLFSS demeurent applicables jusqu'au renouvellement de la COG dans sa rédaction issue du présent texte, et au plus tard jusqu'au 30 juin 2022.

2. Règles de gestion comptable

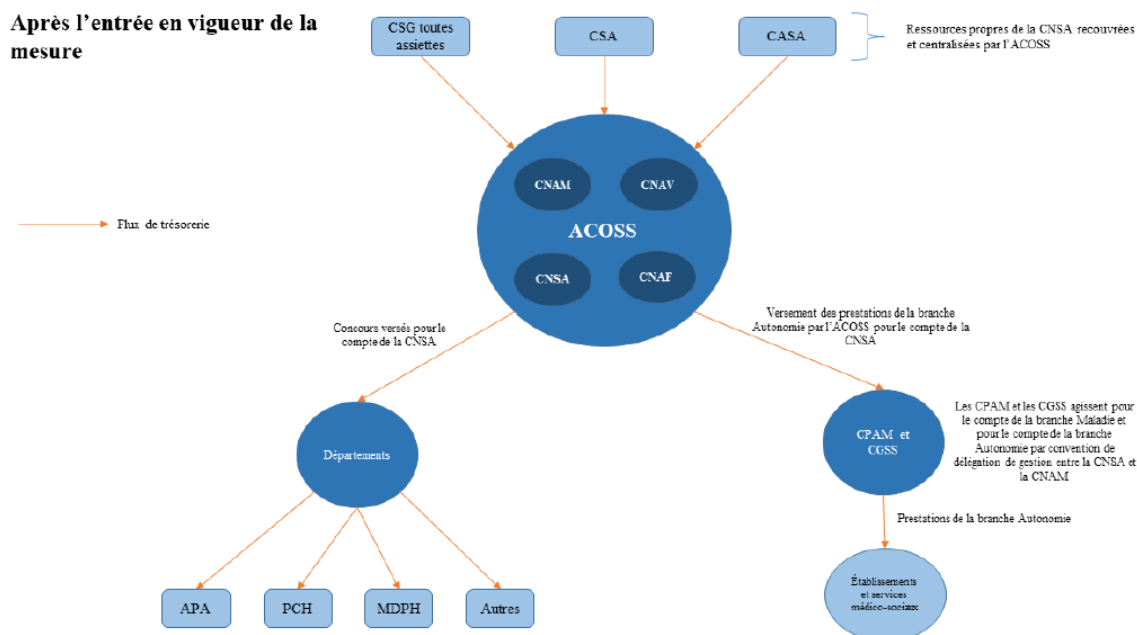
Le **II.** modifie le code de la sécurité sociale. Les **1°** et **2°** gomment la singularité de la CNSA dans les articles relatifs, respectivement, à l'application d'un plan comptable et à la certification des comptes.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) est ainsi chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie de la CNSA, comme de celle des autres caisses de sécurité sociale (**6°** du **II.**). Le circuit en est significativement simplifié, comme l'illustre le schéma ci-après.



Source : Étude d'impact

Flux de trésorerie de la CNSA aux termes de l'article 16



Source : Étude d'impact

D. La CNSA est confortée dans son rôle de gestionnaire de branche

1. Elle est dotée de ressources propres

Conséquence de sa nature indéterminée, la CNSA est aujourd'hui dotée de ressources hybrides - dans leur nature et leur provenance : des crédits d'assurance maladie, des contributions patronales, telles la CSA¹, des contributions assises sur les avantages de retraite, telle la Casa² et une fraction de CSG.

Le présent article fait un progrès significatif en dotant la caisse de ressources entièrement propres. Le 4^o réécrit à cette fin l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles consacré aux ressources de la CNSA. Celles-ci comprennent désormais :

- la CSA et la Casa, déplacées respectivement aux articles L. 137-40 et L. 137-41 du code de la sécurité sociale par le 3^o du II. du présent article, qui ajoute à cette fin une section 14 au chapitre VII du titre III du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale intitulée « Contribution de solidarité pour l'autonomie et contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie » ;

¹ Contribution de solidarité pour l'autonomie, ou « journée de solidarité » : contribution de 0,3 % de la masse salariale à la charge de l'employeur.

² La contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie : contribution de 0,3 % sur les pensions de retraite et d'invalidité ainsi que les allocations de préretraite.

- une fraction du produit de la CSG, dans les conditions prévues à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale tel que modifié par l'article 18 du présent PLFSS¹, qui conduisent à lui attribuer l'équivalent de 28 milliards d'euros de son produit ;

- des produits divers, dons et legs ;

- d'éventuelles dotations des autres branches destinées à couvrir les dépenses relevant des missions de la caisse.

Produits de la CNSA aux termes de l'article 16

Recette	2020		2021 (p)	
	Montant	Part	Montant	Part
Ondam	22,8	83%	-	-
CSA	1,9	7%	2	6%
Casa	0,8	3%	0,8	3%
CSG	2	7%	28	90%
<i>Dont CSG activité</i>	2	7 %	18,9	61%
<i>Dont CSG remplacement</i>			6,5	21%
<i>Dont CSG capital</i>			2,6	8%
Dotation Ségur investissement	-		0,4	1,3%
Total	27,5	100,0%	31,2	100,0%

Source : CCSS et annexe 4

Notons cependant que les recettes de la nouvelle branche n'équivalent à ses dépenses que grâce aux crédits de relance communautaires destinés à financer le plan d'investissement.

2. Son périmètre d'intervention s'élargit au financement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé

Le 9° du II. crée un article L. 541-5 disposant que l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et son complément éventuel sont servis et contrôlés par les organismes débiteurs des prestations familiales pour le compte de la CNSA, contre remboursement.

¹ Voir le commentaire de l'article 18.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

Créée en 2005¹, l'AEEH est une prestation familiale versée par les caisses d'allocations familiales destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant handicapé, dont l'incapacité permanente doit être au moins égale à 80 %, mais peut être supérieure à 50 % si l'enfant fréquente un établissement ou service assurant une éducation adaptée – hors placement en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie.

L'allocation se compose d'une base pouvant être majorée d'un complément. Le montant du socle équivaut à 32 % de la base mensuelle des prestations familiales soit, au 1^{er} avril 2020, 132,61 euros par mois². Le montant du complément varie selon l'importance des dépenses supplémentaires qu'exige l'état de l'enfant ; étagées en six catégories, elles permettent de compléter la prestation socle d'un montant allant de 99,16 à 1 121,92 euros.

En 2019, l'AEEH a été versée à 287 440 bénéficiaires au titre de 343 000 enfants de moins de 20 ans en situation de handicap. Ce nombre a plus que doublé sur la période 2008-2019 (+ 6,3 % par an en moyenne). Cette progression dynamique des effectifs de bénéficiaires traduit une meilleure détection et une reconnaissance élargie du handicap.

La loi de 2005 a toutefois aménagé un droit d'option aux bénéficiaires de l'allocation de base, qui peuvent choisir entre le complément et la prestation de compensation du handicap (PCH). À défaut de choix, il est présumé que la personne choisit le complément.

Dans un rapport de 2019³, l'IGAS a relevé « *l'extrême complexité du système actuel de prestations et l'insuffisante adaptation aux besoins réels de l'enfant* », qui aboutissent à la fois à une « *pièdre qualité de réponse aux situations individuelles* » et à « *des dépenses souvent élevées* ».

E. Demande d'habilitation à légiférer par ordonnance pour mettre en cohérence les codes de la sécurité sociale et de l'action sociale et des familles

Le **III.** demande l'autorisation au Parlement l'habilitation à prendre par ordonnance, dans un délai de douze mois à compter de la promulgation du PLFSS, « *afin de mettre en œuvre la création de la cinquième branche* », toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :

- codifier à droit constant, dans le code de la sécurité sociale, les dispositions relatives à la CNSA prévues au code de l'action sociale et des familles ;

¹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

² Articles L. 551-1 et D. 541-1 du code de la sécurité sociale.

³ « Améliorer et simplifier la compensation du handicap pour les enfants : clarifier l'articulation entre l'AEEH et la PCH », juin 2019.

- mettre en cohérence les dispositions du code de l'action sociale et des familles ou d'autres codes et textes législatifs avec la nouvelle codification mentionnée précédemment ;

- modifier les dispositions du code de la sécurité sociale pour les étendre, en tant que de besoin, à la CNSA.

Une telle habilitation s'impose d'autant moins qu'à en croire le Gouvernement depuis 2018, l'occasion devrait très prochainement être donnée au législateur de procéder à une profonde réforme de la prise en charge du grand âge et de l'autonomie.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

Les députés ont adopté 19 amendements et sous-amendements :

- deux amendements identiques du rapporteur général et des membres du groupe UDI et indépendants précisant que l'équité dont la caisse se porte garante est « *notamment territoriale* » ;

- un amendement des membres du groupe GDR ajoute à l'exigence d'équité et d'efficacité de l'accompagnement des personnes, dont la caisse se porte garante, sa « *qualité* » ;

- deux amendements identiques du rapporteur général et du groupe GDR, sous-amendés par le Gouvernement, qui précisent que la contribution de la CNSA à l'information des personnes se fait notamment en créant des services numériques « *et en favorisant la mise en place de guichets uniques au niveau départemental* » ;

- un amendement de la commission, identique à ceux des groupes Modem et UDI et indépendants, sous-amendé par le Gouvernement et par Mme Firmin Le Bodo et M. Paul Christophe, qui confie à la CNSA la nouvelle mission de « *contribuer à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées* » ;

- un amendement du groupe La République en marche précisant, au chapitre des compétences de financement de la caisse, que « *Les dépenses d'aides à l'investissement immobilier des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 sont conditionnées à l'adaptation des bâtiments à la transition démographique* » ;

- un amendement du Gouvernement, qui porte la part des ressources fiscales affectée à la contribution de la caisse au financement des dépenses d'APA et de PCH, respectivement, de 7,4 % à 7,7 % et de 1,91 % à 2 %. Ces relèvements de taux devraient accroître la contribution de la CNSA aux dépenses départementales, d'après le Gouvernement, d'environ 120 millions d'euros. En séance publique, la ministre déléguée chargée de l'autonomie a indiqué tenir compte, par cet amendement, « *des dernières remontées des départements sur les dépenses de 2019 et des crédits votés par le conseil de la CNSA au titre des concours pour 2020* » ;

- un amendement du rapporteur général et de la rapporteure spéciale de la branche autonomie, qui vise à étendre à la Casa le dispositif d'atténuation de franchissement du seuil d'assujettissement à la CSG voté en loi de finances pour 2019¹ et applicable depuis le 1^{er} janvier 2019, qui consiste à n'appliquer le taux prévu qu'aux assujettis dont les revenus franchissent deux années de suite le revenu fiscal de référence. Cette perte de recettes est gagée par une hausse des droits sur le tabac ;

- quatre amendements rédactionnels de la rapporteure spéciale de la branche autonomie.

III - La position de la commission

La commission approuve d'une manière générale la simplification opérée par cet article, qui donne à la CNSA la souplesse nécessaire à l'exercice de sa mission de gestionnaire de la nouvelle branche autonomie.

Elle propose cependant de procéder à plusieurs ajustements :

- l'amendement n° 152 précise la rédaction de l'alinéa 5 de l'article, relatif à la mission d'expertise technique de la caisse ;

- l'amendement n° 153 précise la mission de la caisse consistant à contribuer au financement de l'habitat inclusif, afin de tirer une première leçon du rapport de Denis Piveteau et Jacques Wolfrom remis au Gouvernement en juin dernier ;

- l'amendement n° 157 complète l'article d'une mise en cohérence du code rural et de la pêche maritime pour préserver le rôle de la MSA, en partenariat avec la CNSA ;

- l'amendement n° 156, qui supprime la demande d'habilitation à légiférer par ordonnance pour mettre le code de l'action sociale et des familles en cohérence avec le code de la sécurité sociale ;

- les amendements n°s 154 et 155 sont de coordination rédactionnelle.

L'examen, que le Gouvernement dit imminent, de la loi grand âge et autonomie sera l'occasion pour le législateur de jouer son rôle dans la définition d'une stratégie ambitieuse pour permettre à une population avançant rapidement en âge de vieillir dans les meilleures conditions.

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

¹ Loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 de finances pour 2019.

Article additionnel après l'article 16

Réunion d'une conférence des financeurs de la perte d'autonomie

Cet article prévoit qu'une conférence des financeurs de la perte d'autonomie se réunit sous l'égide de la CNSA pour faire des propositions de financement d'une réforme de la prise en charge du grand âge.

Cet article dispose qu'une conférence des financeurs de la politique de soutien à l'autonomie est réunie, sous l'égide de la CNSA, pour faire des propositions relatives aux financements nouveaux que requiert l'organisation, par la branche autonomie et les collectivités territoriales, d'une prise en charge des personnes en perte d'autonomie privilégiant le maintien à domicile.

La promesse d'une réforme ambitieuse de la prise en charge du grand âge, qui devait être le grand marqueur social du quinquennat, a fêté son deuxième anniversaire le 1^{er} octobre 2020, date du lancement de la concertation « *grand âge et autonomie* » par la ministre des solidarités et de la santé Agnès Buzyn. Celle-ci a donné lieu à un diagnostic largement partagé, sur la base des rapports remis par Dominique Libault¹ puis par Myriam El Khomri².

Mais à ce stade, ces travaux n'ont produit aucun résultat tangible. De la création, par les députés de la majorité, d'une nouvelle branche de sécurité sociale à l'occasion de l'examen de la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie³, l'actuel PLFSS ne tire guère profit en termes opérationnels. Cette nouvelle architecture budgétaire aura cependant permis de disposer de nouvelles pistes de réflexion, contenues dans le rapport de préfiguration commandé à M. Laurent Vachey⁴.

Cet amendement vise par conséquent, en y associant toutes les parties prenantes, à catalyser la réflexion pour enfin trancher le nœud gordien du financement d'une réforme très attendue par les Français, qui devra donner la priorité à la prévention et au maintien à domicile.

La commission vous demande d'adopter cet article additionnel ainsi rédigé (amendement n° 158).

¹ « *Grand âge et autonomie : le temps d'agir !* », mars 2019.

² « *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge* », octobre 2019.

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

⁴ « *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement* », septembre 2020.

CHAPITRE IV

ASSURER LA SOUTENABILITÉ DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS

Article 17

Clauses de sauvegarde des produits de santé

Cet article actualise les modalités d'assujettissement aux clauses de sauvegarde des médicaments et des dispositifs médicaux pour 2021.

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

I - Les clauses de sauvegarde : des mécanismes originaux de régulation par l'offre des dépenses d'assurance maladie

A. Dispositions relatives à la clause de sauvegarde des médicaments

1. Une incitation fiscale à la régulation de l'activité pharmaceutique

a) L'assiette et le taux : un impôt prohibitif à vocation de régulation

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 assujetti 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.**

b) Des cas d'exonération

Par ailleurs, **l'article L. 138-13 du CSS** prévoit que **sont exonérées** de la contribution au titre de la clause de sauvegarde les entreprises remplissant les deux conditions cumulatives suivantes :

- avoir conclu avec le comité économique des produits de santé (CEPS) une convention, en cours de validité au 31 décembre de l'année pour laquelle la contribution est due, pour au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au titre de médicaments remboursables par l'assurance maladie, dont la liste sera explicitée ci-dessous ;

- consentir, par un accord avec le CEPS, à verser à l'assurance maladie sous forme de remise **un montant qui ne peut être inférieur à 80 % de la somme donc elles seraient redevables au titre de la contribution.**

Les spécialités pharmaceutiques prises en compte dans le périmètre des conventions ouvrant droit à l'exonération sont :

- toutes les spécialités remboursables pour lesquelles a été défini un *prix de vente* au public, *via* le réseau des officines ;

- toutes les spécialités pour lesquelles a été défini un *prix de cession* au public (c'est-à-dire un prix de vente aux établissements de santé, qui en sont les seuls distributeurs).

Ne sont donc pas concernées les spécialités faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie au titre de l'accès précoce ou de l'accès compassionnel qui, par définition, ne donnent pas (encore) lieu à des prix de vente ou des prix de cession.

2. Une révision des mécanismes d'exonération

a) Des restrictions nouvelles aux possibilités d'exonération de la contribution...

Le I de l'article 17 du présent projet de loi redéfinit les conditions d'exonération de la clause de sauvegarde.

Le **1° du I**, outre une coordination juridique avec l'article 38 du présent projet de loi, **retire du périmètre des conventions conclues avec le CEPS susceptibles d'ouvrir droit à l'exonération** toutes les spécialités remboursables figurant sur les listes des spécialités agréées à l'achat et à la distribution par les établissements de santé **pour lesquelles un prix maximal de cession a été défini par arrêté ministériel**. Autrement dit, une entreprise pharmaceutique ne pourra se prévaloir, pour prétendre à une exonération de sa contribution au titre de la clause de sauvegarde, d'un accord conclu avec le CEPS sur une spécialité faisant l'objet d'un prix de cession encadré par arrêté.

Le **2° du I** prévoit que, pour être exonérées, les remises produits consenties par les entreprises pharmaceutiques ne devront plus être au moins égales à 80 % du montant de la contribution dont elles sont redevables, mais à **95 % de ce montant**.

b) ... à l'exception des entreprises qui consentent à une baisse du prix net de leur spécialité

Le **3° du I** prévoit toutefois qu'une entreprise qui accepte, par convention conclue avec le CEPS, une **baisse du prix net** (après versement des remises produits) d'une ou plusieurs spécialités qu'elle exploite, continuera d'être éligible à l'exonération pour un montant de remises compris entre 80 et 95 % du montant de la contribution dont elle est redevable. Le taux qui lui sera applicable sera déterminé selon un barème fixé par arrêté ministériel, qui tiendra compte du montant des économies réalisées par l'assurance maladie du fait de la baisse du prix net consentie.

Comme le note le rapporteur général de l'Assemblée nationale, ce **nouveau dispositif d'intéressement de l'entreprise pharmaceutique à son exonération** de la contribution instaure un lien plus direct entre l'effort individuellement fourni par une entreprise pour réguler la dépense d'assurance maladie et le montant de remise qu'elle devra verser pour bénéficier de l'exonération.

3. La détermination du montant M pour 2021

Le **II** de l'article 17 fixe le montant M pour 2021 à **23,99 milliards d'euros**. Sa détermination, qui tient normalement compte du chiffre d'affaires réalisé au cours de l'exercice précédent auquel est appliqué un taux d'évolution de 0,5 %, a été exceptionnellement revu cette année.

L'étude d'impact précise que le montant M pour 2021 a pris pour base **le chiffre d'affaires de 2019, auquel a été appliqué un taux de progression fictif de 0,5 % pour 2020, puis un nouveau taux de 0,5 %**. En effet, compte tenu de la crise sanitaire et de la baisse drastique du chiffre d'affaires en 2020, le montant M, s'il s'était directement fondé sur l'exercice 2020, aurait connu un dépassement excessif en 2021 en raison de la reprise de la consommation de médicaments.

Bien que satisfaits des évolutions récentes qui ont simplifié le calcul de la clause de sauvegarde, les représentants des industriels du médicament ont toutefois mis en garde votre rapporteur général contre le maintien d'un taux d'évolution du chiffre d'affaires « fiscalement immune » de 0,5 %, alors qu'une « vague d'innovations sans précédent semble attendue pour les prochaines années ».

B. Dispositions relatives à la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux

L'introduction par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 d'une « **clause de sauvegarde des dispositifs médicaux** » n'avait pas été sans susciter quelques débats. Jugée indispensable par les pouvoirs publics pour juguler le dynamisme important des dépenses d'assurance maladie au titre des produits de santé, les acteurs du secteur avaient déploré que son instauration ne se soit pas accompagnée des mêmes mécanismes d'atténuation prévus par la clause de sauvegarde des médicaments.

1. Un dispositif analogue à la clause de sauvegarde des médicaments, quoique plus limité dans son champ mais plus large dans son assiette

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**.

2. La détermination du montant Z pour 2021

À l'instar de la clause de sauvegarde des médicaments, le calcul de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux prend pour base le montant de dépense d'assurance maladie de l'exercice précédent, auquel est appliqué un **taux de 3 %**. De la même manière, il a été décidé de ne pas tenir compte des chiffres de l'exercice 2020 et de neutraliser les effets de la crise sanitaire.

Le **montant Z de 2,09 milliards d'euros**, défini par le **III** du présent article, résulte donc de l'application successive d'un taux de 3 % au chiffre de 2019, puis au chiffre ainsi obtenu.

II - La commission globalement favorable à l'actualisation des deux clauses de sauvegarde, avec une double vigilance

Tout comme l'Assemblée nationale, qui a adopté cet article sans modification, votre rapporteur général recommande l'adoption de cet article dans sa version originelle, avec toutefois deux points de vigilance.

A. Des doutes sur l'utilité d'une modification du régime d'exonération pour la clause de sauvegarde des médicaments

Bien que votre rapporteur général comprenne l'intérêt théorique d'individualiser l'incitation au versement de remises afin de s'exonérer du paiement de la contribution, il s'est montré sensible aux avertissements des acteurs du secteur du médicament selon lesquels cette nouvelle mesure paraissait inopportune.

En effet, la baisse du prix d'un médicament intègre normalement la phase de négociation entre l'exploitant et le CEPS et précède de ce fait l'intervention de la clause de sauvegarde. Comme l'ont indiqué les représentants des industriels à votre rapporteur général, « *la contribution n'est due par les entreprises qu'en cas d'insuffisance de la régulation par d'autres moyens, dont les baisses de prix* ».

Par ailleurs, ces derniers se montrent inquiets quant à la **régulation spécifique des « produits matures »**, jusqu'ici épargnés par le plan de baisses de prix du CEPS pour des raisons de protection de leur tissu industriel, et qui, de ce fait, pourraient se trouver redevables d'une contribution plus importante.

B. Les dispositifs médicaux : un secteur qui reste caractérisé par une forte dynamique de dépenses

Dans son rapport d'application de la loi de financement de la sécurité sociale (RALFSS) pour 2020, la Cour des comptes dresse un **bilan sévère de la régulation financière des dépenses de dispositifs médicaux par l'assurance maladie, dont le rythme de croissance demeure nettement supérieur à celui de l'Ondam**.

La Cour déplore que les mécanismes de régulation déployés ne soient pas suffisamment concentrés sur la phase précédant l'inscription des dispositifs médicaux sur la LPPR. Deux dérives sont notamment identifiées : l'inscription d'un dispositif médical sous « description générique », qui offre au fabricant un tarif de remboursement unique propre à la ligne à laquelle il rattache un produit, et un allongement mal contrôlé de la liste en sus.

Aux termes même du rapport de la Cour, « la clause de sauvegarde introduite par la LFSS pour 2020 apporte une réponse incomplète en ne visant que les dispositifs médicaux de la liste en sus. [...] L'extension de ce dispositif aux autres dispositifs poserait, selon le ministère chargé de la santé et des affaires sociales, des difficultés techniques. Il est en conséquence nécessaire de trouver d'autres mécanismes visant à encadrer, de préférence de manière pluriannuelle, l'évolution de la dépense des dispositifs remboursables, le cas échéant à travers le recours accru à des contrats de performance ».

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

Article 17 bis (nouveau)

Assiette de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, introduit une obligation pour les régimes d'assurance maladie de transmettre à l'Acoss avant le 30 septembre de chaque année civile les informations disponibles et nécessaires à l'établissement de l'assiette de la contribution dont sont redevables les exploitants de dispositifs médicaux.

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

L'article L. 138-19-9 du code de la sécurité sociale (CSS) définit l'**assiette** de la contribution due par les exploitants de dispositifs médicaux au titre de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux. Comme décrit au commentaire du précédent article, **cette assiette est égale au montant remboursé par l'assurance maladie, minoré des remises consenties par les exploitants.**

L'assiette consolidée est établie par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), après transmission des données de remboursement par la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) ou l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Un amendement de Mme Agnès Firmin Le Bodo et de M. Paul Christophe, portant article additionnel au présent projet de loi, prévoit l'obligation pour l'assurance maladie de **communiquer à l'Acoss les chiffres correspondant à la part de l'assiette réalisée les six premiers mois de**

l'année civile au plus tard le 30 juillet de cette même année. Le Gouvernement a déposé un sous-amendement, adopté en séance publique, visant à reporter cette date au **30 septembre**, en raison de contraintes techniques liées à la disponibilité des données de remboursement.

Cette disposition utile vise à donner en cours d'année aux exploitants redevables une **visibilité préventive** sur le montant de la contribution dont ils devront s'acquitter.

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

Article 17 ter (nouveau)

**Taux de la contribution sur le chiffre d'affaires
des industriels pharmaceutiques**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, élève le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques.

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

I - La contribution de base sur le chiffre d'affaires des industriels pharmaceutiques : une taxe affectée aux organismes de sécurité sociale

Outre les impositions de droit commun, les entreprises pharmaceutiques sont assujetties à un ensemble de taxes spécifiques, affectées aux organismes de sécurité sociale, au sein desquelles figurent notamment la clause de sauvegarde des médicaments évoquée au commentaire de l'article 17 mais également une **contribution sur le chiffre d'affaires définie à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale (CSS).**

Cette contribution se décompose en deux parties : une contribution dite « de base », seule mentionnée par le présent article 17 *ter*, et une contribution additionnelle.

L'assiette de la contribution de base, particulièrement large, se compose du chiffre d'affaires hors taxe réalisé par la vente de l'ensemble des médicaments, remboursables ou non par l'assurance maladie, titulaire d'une autorisation de mise sur le marché (AMM), ou d'une autorisation d'importation parallèle (AIP). Sont donc par définition exclus de cette assiette les médicaments qui feront l'objet, en application de l'article 38 du présent projet de loi, d'un accès précoce ou d'un accès compassionnel.

Par ailleurs, l'article L. 245-6 du CSS prévoit de ne pas inclure dans l'assiette le chiffre d'affaires issu de la vente de médicaments génériques, *à l'exception de ceux dont le prix de vente au public est identique à celui de leur princeps*, de médicaments orphelins et de médicaments dérivés du sang.

Enfin, l'assiette de la contribution s'entend déduction faite des remises produits accordées par les entreprises au moment de la négociation des prix nets de référence avec le comité économique des produits de santé (CEPS).

Le taux de cette contribution est établi à **0,17 %**.

II - Une augmentation du taux de la contribution, qui ne suscite pas d'opposition des industriels

Un amendement de plusieurs députés du groupe Mouvement démocrate (Modem), adopté par l'Assemblée nationale, prévoit un **passage du taux de contribution de 0,17 % à 0,18 %**.

Le tableau ci-dessous retrace l'évolution du rendement de cette contribution sur les exercices 2017-2019. D'après les estimations du LEEM, l'augmentation du taux décidé par l'article 17 *ter* du présent projet de loi serait susceptible de produire un **rendement supplémentaire de l'ordre de 3,2 millions d'euros (en base 2019)**.

Produit de la contribution sur le chiffre d'affaires (en millions d'euros)		
2017	2018	2019 (p)
390	420	408

Source : LEEM

D'après l'exposé des motifs de l'amendement, l'intention des auteurs est d'affecter le rendement supplémentaire de cette contribution à la dotation versée annuellement par l'assurance maladie à l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour augmenter le financement des comités de protection des personnes (CPP).

Cette affectation faisant l'objet d'un arrêté ministériel, votre rapporteur général se montrera particulièrement attentif à ce que le produit supplémentaire de la taxe se voie bien dirigé vers la destination définie par les auteurs de l'amendement.

En outre, interrogés sur l'opportunité de cet article additionnel, les représentants des industriels n'ont fait part d'aucune opposition.

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

Article 17 quater (nouveau)

Demande de rapport sur les clauses de sauvegarde des produits de santé

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, charge le Gouvernement de la remise d'un rapport relatif à l'avenir des clauses de sauvegarde et à l'opportunité de la « bioproduction académique » afin de rendre les dépenses relatives aux médicaments plus soutenables.

Conformément à sa position sur les demandes de rapports adressées au Gouvernement, **vo**tre commission a adopté un amendement n° 159 de votre rapporteur général vous demandant de supprimer cet article.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 18

Financement de la branche autonomie et transferts financiers entre la Sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale

Cet article procède, comme chaque année, à l'aménagement de la répartition entre branches des principales impositions affectées à la sécurité sociale afin de tenir compte de l'évolution de leurs missions. Il s'agit avant tout cette année de prendre en compte la création de la nouvelle branche « Autonomie » en lui affectant une fraction de contribution sociale généralisée (CSG).

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

I - Une nouvelle répartition des ressources pour prendre en compte, à titre principal, la création de la branche autonomie

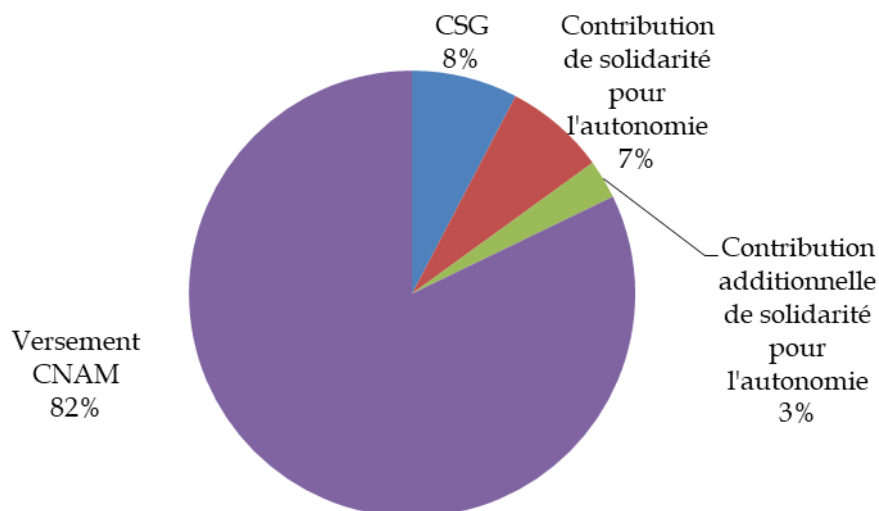
A. L'affectation d'une fraction de CSG à la CNSA au titre de la branche autonomie

1. L'attribution de 1,9 point des CSG activité, remplacement et patrimoine à la CNSA

Le présent article propose en premier lieu de **modifier en profondeur le mode de financement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**, désignée gestionnaire de la **nouvelle branche autonomie**, en lien avec la création de ladite branche.

En effet, comme le montre le schéma suivant, le mode de **financement actuel de la CNSA**, d'un peu moins de **29 milliards d'euros** en 2020, est mixte avec **un panier de recettes fiscales** (dont une petite fraction de CSG et la CSA, qui est le produit de la « journée de solidarité ») et surtout, **de manière prépondérante, une subvention en provenance de la CNAM** au titre du financement des deux sous-objectifs médico-sociaux figurant dans l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Répartition des recettes de la CNSA en 2020



Source : Commission des affaires sociales

Bien que, comme cela est souligné dans le présent rapport, les deux sous-objectifs médico-sociaux restent intégrés dans l'Ondam en 2021, le Gouvernement a considéré que la création d'une nouvelle branche impliquait de couper le lien financier direct entre la branche maladie et la branche autonomie.

Il en résulte un transfert massif de CSG auparavant perçue en faveur de la CNSA en lieu et place de l'ancien versement de la CNAM.

Plus précisément, le présent article proposait, dans sa version initiale, de **modifier l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale**, support de la répartition des impositions affectées entre branches et organismes « liés » (FSV, Cades...), **afin d'abonder la CNSA au moyen « des » CSG frappant divers types de revenus**. Les transferts vers la CNSA concernent :

- 1,67 point de CSG sur les revenus d'activité auparavant affecté à l'assurance maladie (*b* et *d* du 1° du I) ;

- 1,9 point de la CSG sur les revenus de remplacement », quel que soit le taux de CSG appliqué auxdits revenus, précédemment affecté à l'assurance maladie (*b* et *d* du 1° du I) ;

- 1,9 point de CSG sur les revenus du patrimoine qui finançait jusqu'alors le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) (*e* du 1° du I).

Au bout du compte, **la CNSA percevra donc 1,9 point des assiettes de CSG sur les revenus d'activité, les revenus de remplacement et les revenus patrimoniaux.**

Selon l'étude d'impact du Gouvernement, ces mouvements correspondent à **un gain net de CSG de 25,7 milliards d'euros pour la CNSA**, dont 23,2 milliards d'euros précédemment affectés à la CNAM et 2,5 milliards d'euros en provenance du FSV. Ce montant équilibre ainsi les mouvements suivants :

- l'arrêt de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses médico-sociales (22,8 milliards d'euros) ;

- le transfert de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) de la branche famille à la branche autonomie (1,2 milliard d'euros) ;

- et le coût pour la branche autonomie des mesures du « Ségur de la santé » qui la concerne (1,7 milliard d'euros).

2. Les conséquences sur les autres branches du financement de la branche « Autonomie »

Les transferts de recettes et modifications de périmètre au profit de la branche autonomie entraînent **par ricochet divers réaménagements de la répartition des recettes entre les autres branches** de la sécurité sociale.

a) La compensation au FSV de l'affectation à la branche autonomie d'une fraction de CSG patrimoine

Comme indiqué précédemment, une part de la CSG sur les revenus patrimoniaux précédemment affectée au FSV et représentant 2,5 milliards d'euros doit bénéficier à la branche autonomie à compter de 2021.

Cette perte est compensée par l'affectation de 0,94 point supplémentaire de CSG frappant les pensions de retraite et d'invalidité au taux normal et au taux de 6,6 %, issu des régimes d'assurance maladie (*c du 1° du I*).

Cette opération est neutre pour le Fonds, le produit cette nouvelle ressource correspondant à celui de sa perte (2,5 milliards d'euros) tout en s'appuyant sur une assiette plus stable.

b) Les opérations faisant suite au transfert de l'AEEH à la branche autonomie

Comme indiqué *supra*, les transferts de CSG dont bénéficie la nouvelle branche permettent de financer la nouvelle charge du service de l'AEEH qui lui incombera, via une perte de recette pour la branche maladie.

Or l'AEEH constituait jusqu'à présent une charge pour la branche famille et non à la branche maladie.

Dans une optique de rééquilibrage entre branches, le *a du 1°* du présent article propose un **transfert de 8,48 points de taxe sur les salaires de la branche famille vers la branche maladie**. Le produit attendu pour la branche maladie, soit 1,2 milliard d'euros, correspond bien au financement du transfert de l'AEEH vers la branche autonomie.

Bilan des opérations financières entre branches

Au bout du compte, le **bilan de l'ensemble de ces transferts** entre branches aboutit à une **neutralité pour** :

- la **nouvelle branche autonomie**, dont le panier de recettes supplémentaires (25,7 milliards d'euros) compense à la fois la perte du financement de la branche maladie (22,8 milliards d'euros) et les nouvelles charges issues de l'AEEH (1,2 milliard d'euros) et du « Ségur de la santé » (1,7 milliard d'euros) ;

- la **branche famille**, qui perd 1,2 milliard d'euros de recettes (taxe sur les salaires) et de charge (AEEH) ;

- et le **FSV**, qui change simplement de « tuyau » de CSG pour 2,5 milliards d'euros de gain (CSG remplacement) et de perte (CSG patrimoine).

En revanche, sans même compter les nouvelles charges pérennes qui pèseront sur elle en raison du « Ségur de la santé » la branche maladie accuse un déficit de l'ordre de 1,7 milliard d'euros du fait d'une perte globale de CSG de 25,7 milliards d'euros au profit de la branche autonomie et du FSV, que l'attribution d'une fraction de taxe sur les salaires (1,2 milliard d'euros) et l'arrêt du financement de l'Ondam médico-social (22,8 milliards d'euros) ne compensent pas entièrement.

B. Les autres mesures

1. La prise en compte de nouveaux transferts de charges de l'État à la sécurité sociale

Deux mesures de transferts de charge de l'État à la sécurité sociale sont prévues pour 2021 :

- **l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)**, actuellement financée par les crédits du programme 157 « Handicap et dépendance » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » et qui incomberait désormais à la CNAM au travers d'un fonds *ad hoc* (cf. article 37 du présent PLFSS) ;

- le financement des **points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ)**, qui relève actuellement du programme 304 « Inclusion sociale et protection des personnes » de la même mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » et qui serait transféré à la branche famille (mesure de niveau infra-législatif).

Le financement de ces transferts se ferait au moyen de l'adaptation du flux de TVA en direction de la CNAM¹, que l'article 30 du projet de loi de finances pour 2021 augmente à cette fin de 279 millions d'euros au titre du transfert de l'ASI et de 9 millions d'euros au titre de celui des PAEJ.

¹ Pour des raisons de simplicité, la CNAM est l'affectataire unique de transferts de TVA de l'État, divers transferts entre branches assurant ensuite la neutralité des opérations.

Et, pour assurer le « bouclage » de cette opération au sein des différentes branches de la sécurité sociale, le présent article propose :

- pour ce qui concerne l'ASI, de faire figurer expressément le fonds qui assure le financement des dépenses liées cette allocation parmi les affectataires de la TSA, dont la branche maladie stricto sensu ne perçoit que le reliquat (*f* du **1° du I**) ;

- pour ce qui concerne les PAEJ, de diminuer de 9 millions d'euros le transfert de taxe sur les salaires entre les branches famille et maladie décrit précédemment¹.

3. Diverses mesures de coordination

a) Le rétablissement de la cotisation des salariés comme ressource de la branche maladie

Le **2° du I** du présent article propose de compléter la liste des ressources possibles de la branche maladie en y incluant de nouveau certaines cotisations de salariés supprimées par erreur dans le cadre de la LFSS pour 2018.

En effet, le mouvement de bascule de ces cotisations (et des contributions des salariés à l'assurance-chômage) vers une augmentation des taux de CSG n'a pas concerné les salariés affiliés en France et résidents fiscaux à l'étranger qui n'ont pas subi la hausse de la CSG.

Pour la bonne forme, il convient donc d'inclure les cotisations de ces salariés parmi les ressources de la CNAM.

b) Des ajustements de la réforme de la protection sociale des indépendants

Enfin, le présent article contient **quelques nouvelles mesures d'ajustement de la réforme de la protection sociale des indépendants**² à laquelle a procédé la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Il convient simplement de rappeler que cette réforme a consisté à supprimer le Régime social des indépendants (RSI) auquel étaient affiliés les travailleurs non salariés artisans et commerçants :

- en transférant les missions de recouvrement et de prestations maladie et vieillesse du RSI au régime général ;

- et en maintenant des régimes spécifiques d'invalidité et de retraites complémentaires, dont la gestion s'effectue du régime général à travers des conventions.

¹ Le commentaire d'article parlait d'un transfert de 1,2 milliard d'euros pour ce transfert. Il est en fait exactement de 1 202 millions d'euros, soit 1 211 millions d'euros au titre du financement de l'AEEH desquels on retranche 9 millions d'euros au titre du financement des PAEJ.

² Pour l'analyse de fond de cette réforme, cf. rapport Sénat n° 77 (2017-2018), Tome II, commentaire de l'article

Ainsi, le **3° du I** du présent article propose d'adapter la rédaction de l'article L. 612-2 du code de la sécurité sociale au fonctionnement concret des relations financières entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI), l'ACOSS, la CNAM et la CNAV, c'est-à-dire un financement du CPSTI par une dotation des régimes invalidité et retraite complémentaire - tandis qu'actuellement l'article L. 612-2 prévoit une dotation des branches du régime général.

Et le **4° du I** du présent article de compléter l'article L. 635-4-1 du code de la sécurité sociale afin de confier à la CNAV la charge d'effectuer les travaux et études nécessaires au pilotage du régime d'invalidité, sur le modèle de ce qu'elle réalise déjà pour le régime de retraite complémentaire des indépendants.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

Outre deux amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement au présent article, qui **tirait les conséquences de l'avancement de la mise en œuvre au 1^{er} décembre 2020 de la deuxième tranche de revalorisation salariale** prévue initialement en mars 2021 dans le cadre du **Ségur de la santé**.

Pour l'année 2021, ce décalage aboutit à **alourdir de 830 millions d'euros les charges de la sécurité sociale**, dont :

- 680 millions d'euros pour la CNAM ;
- et 150 millions d'euros pour la CNSA.

En cohérence avec le choix de compenser à l'euro près les pertes de recettes et les charges nouvelles de la branche autonomie, **l'amendement du Gouvernement a majoré de 150 millions d'euros aux dépens de la branche maladie** en augmentant de 0,01 point supplémentaire la fraction de CSG affectée à la CNSA sur l'ensemble de ses assiettes à l'exception de celle sur les jeux. Cette fraction passera donc à 1,91 %.

Par cohérence, cet amendement a également procédé à une coordination avec l'article 3 de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie qui prévoit d'affecter à la CNSA 0,15 point de CSG sur l'ensemble des assiettes de CSG (hormis celle sur les jeux) à partir du 1^{er} janvier 2024. À cette date, la fraction de CSG affectée à la CNSA sera donc de 2,06 % (**II et III** du présent article).

III - L'approbation de la commission, sous réserve de l'adoption d'un amendement relatif à l'ASI

La commission approuve pour l'essentiel les dispositions du présent article, en cohérence avec l'approbation par le Sénat de la création de la branche autonomie.

Ce faisant, elle prend acte du choix de **faire peser sur la seule branche maladie les conséquences financières de la crise actuelle du covid-19** en termes de pertes de recettes ou d'alourdissement des charges - notamment issues du Ségur de la santé. De ce fait, la nouvelle branche autonomie commence son existence (presque) à l'équilibre, dans des conditions financières relativement saines.

Néanmoins, cet article souligne en creux les limites financières actuelles de la nouvelle branche dont l'essentiel des ressources proviendra d'une recette partagée (la CSG), dont la répartition est réexaminée au sein de chaque PLFSS et non d'une « cotisation » ou d'une recette qui lui sera véritablement « propre ». Ce constat souligne donc la nécessité d'avancer rapidement sur les conditions de l'équilibre financier à moyen terme d'une branche dont les charges devraient croître de manière importante à l'avenir.

La commission a simplement adopté **un amendement n° 160 supprimant la prise en compte du transfert du financement de l'ASI de l'État à la sécurité sociale**, en cohérence avec le refus de ce transfert par la commission (*cf.* commentaire de l'article 37).

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

Article 19

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 5,3 milliards d'euros

Le présent article propose d'approuver un montant de 5,3 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.

Ce montant est en légère augmentation par rapport à celui qui a été adopté dans la dernière LFSS (5,1 milliards d'euros). Cette évolution correspond à celle du coût des dispositifs, aucune modification de périmètre significative n'étant à signaler.

Le montant global recouvre des exonérations, allègements et exemptions d'assiette de différentes natures que l'on peut distinguer comme suit :

(en milliards d'euros)

Mesures en millions d'euros	2019	2020 (p)	2021 (p)
Allègements généraux	52,9	46,5	51,8
Exonérations compensées	5,9	5,3	5,3
Exonérations non compensées	2,1	1,9	2,0
Exemptions d'assiette	7,6	7,7	7,5
Total	68,5	61,4	66,6

Source : Annexe 5 PLFSS

L'évolution de ces montants traduit l'effet de 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.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - Une approbation de la commission malgré de réelles incertitudes

La commission a approuvé le présent article malgré les incertitudes relatives 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 2021 et des mesures de soutien que les pouvoirs publics prendront pour y répondre, le cas échéant.

Ainsi, la compensation des exonérations massives de cotisations et contributions sociales dans le cadre du soutien aux secteurs contraints de fermer pendant le confinement et des secteurs qui en dépendent, prévus à l'article 65 de la loi de finances rectificative du 30 juillet 2020 et à l'article 6 *ter* du présent PLFSS, prend la forme de crédits budgétaires. Il va donc de soi qu'une prolongation de ces mesures en 2021 aurait un impact sur le montant de 5,3 milliards d'euros qu'il est demandé d'approuver.

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 consacrerait en 2021

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 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, 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 2021 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 resterait historiquement bas malgré un net redressement par rapport à 2020

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 2021.

Ce tableau, qui agrège les régimes obligatoires de base et le FSV, fait apparaître une prévision de déficit consolidé de 27 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 2021**

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	199,4	219,1	- 19,7
AT-MP	14,8	14,1	0,6
Vieillesse	245,5	251,9	- 6,4
Famille	50,5	49,3	1,1
Autonomie	31,3	31,6	- 0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	527,4	552,0	- 24,6
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris FSV	525,4	552,4	- 27,0

Source : PLFSS pour 2021

Malgré un très net rebond anticipé par rapport au déficit historique que la sécurité sociale devrait enregistrer en 2020¹, le déficit prévu pour 2021 est l'un des plus élevés qui ait été soumis au vote du Parlement.

La situation des branches redevient toutefois plus contrastée qu'au plus fort de la crise, le déficit se concentrant sur la branche maladie et, dans une moindre mesure, sur la branche vieillesse.

Le déficit de la branche maladie devrait ainsi atteindre 19,7 milliards d'euros, sous l'effet d'un **Ondam toujours particulièrement dynamique** (en particulier du fait de la réponse à apporter à la crise du covid-19 et de l'effet du Ségur de la santé, cf. article 45) et d'une **concentration des pertes de recettes**, notamment au profit de la nouvelle branche autonomie (cf. article 18).

Le déficit de la branche vieillesse, prévu à 6,4 milliards d'euros, est également préoccupant et présentera un aspect structurel dans les années à venir en l'absence de réforme.

¹ 48,4 milliards d'euros sur le périmètre des ROBSS et du FSV, voir article 7.

La situation financière des autres branches serait plus favorable, notamment celle de la branche autonomie, dont les recettes ont, par construction, été adaptées aux charges pour cette première année d'exercice.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement au présent article, dont les conséquences financières ont déjà été intégrées dans les tableaux ci-dessus.

Ledit amendement traduisait les conséquences financières des mesures suivantes :

- comme déjà vu à l'article 7, l'avancement au 1^{er} décembre 2020 de la deuxième tranche de revalorisation salariale prévue initialement en mars 2021 dans le cadre du Ségur de la santé. Cela représente un montant de 830 millions d'euros de dépenses supplémentaires à la charge de la sécurité sociale en 2021, dont 680 millions d'euros pour la CNAM et 150 millions d'euros pour la CNSA ;

- la majoration de 120 millions d'euros des concours versés par la CNSA aux départements au titre de de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) ;

- le financement par la CNSA à hauteur de 150 millions d'euros en 2021 auprès des départements qui s'engagent dans la révision de la convention collective et la revalorisation des rémunérations dans les services d'accompagnement et d'aide à domicile.

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 dépendra profondément de l'évolution de la situation sanitaire et économique de la France en 2021, qui demeure à ce stade très incertaine (*cf.* tome I du présent rapport).

À cet égard, en cas de fortes révisions de l'équilibre des ROBSS et du FSV, il serait souhaitable qu'à l'inverse de 2020, le Parlement soit saisi l'année prochaine d'un projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale.

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

Article 21

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 2021 du régime général de la sécurité sociale.

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

I - Un solde qui resterait historiquement bas malgré un net redressement par rapport à 2020

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 sociale rappelées à l'article 20 ci-dessus.

Il présente le tableau d'équilibre contenant, par branche, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses du régime général pour 2021.

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 27,9 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 2021

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	197,9	217,6	- 19,7
AT-MP	13,2	12,7	0,5
Vieillesse	137,6	144,7	- 7,2
Famille	50,5	49,3	1,1
Autonomie	31,3	31,6	- 0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	416,5	442,0	- 25,4
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris FSV	415,8	443,7	- 27,9

Source : PLFSS pour 2021

Là encore, malgré un très net rebond anticipé par rapport au déficit historique que la sécurité sociale devrait enregistrer en 2020¹, le déficit prévu pour 2021 est l'un des plus élevés qui ait été soumis au vote du Parlement.

La situation par branche est comparable à celle décrite à l'article 20, avec toutefois un déficit de la branche vieillesse encore plus marqué sur le périmètre du régime général et du FSV (7,2 milliards d'euros).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Comme à l'article 20, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement au présent article, dont les conséquences financières ont déjà été intégrées dans les tableaux ci-dessus.

Cet amendement traduisait les conséquences financières des mêmes mesures que l'amendement de l'article 20, puisque l'effet de ces dispositions concernent le régime général. Il s'agit, pour rappel, des mesures suivantes :

- comme déjà vu à l'article 7, l'avancement au 1^{er} décembre 2020 de la deuxième tranche de revalorisation salariale prévue initialement en mars 2021 dans le cadre du Ségur de la santé. Cela représente un montant de 830 millions d'euros de dépenses supplémentaires à la charge de la sécurité sociale en 2021, dont 680 millions d'euros pour la CNAM et 150 millions d'euros pour la CNSA ;

- la majoration de 120 millions d'euros des concours versés par la CNSA aux départements au titre de de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) ;

- le financement par la CNSA à hauteur de 150 millions d'euros en 2021 auprès des départements qui s'engagent dans la révision de la convention collective et la revalorisation des rémunérations dans les services d'accompagnement et d'aide à domicile.

III - La position de la commission

De même que pour l'article 20, la commission souhaite l'adoption par le Sénat du présent article, qui n'est que la traduction des votes des assemblées - malgré là aussi la forte incertitude relative aux chiffres présentés.

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

¹ 48,4 milliards d'euros sur le périmètre du régime général et du FSV, voir article 7.

Article 22

Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et du FSV

Cet article détermine, pour l'année 2021, 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 envisagé

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 2021 figurant en annexe C, soit 16,7 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 17,1 milliards d'euros. Au 31 décembre 2021, 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 116,1 milliards d'euros au 31 décembre 2021.

¹ Un montant de transferts de 40 milliards d'euros est prévu en 2021.

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.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

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

Article 23

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 : une reconduction à l'identique du plafond d'emprunt de l'Acoss pour 2021

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.

L'article 23 habilite ainsi l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), 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 2021

(en millions d'euros)

Agence centrale des organismes de sécurité sociale	95 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	500
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	250
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	465
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	150
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	3 600

Source : PLFSS 2021

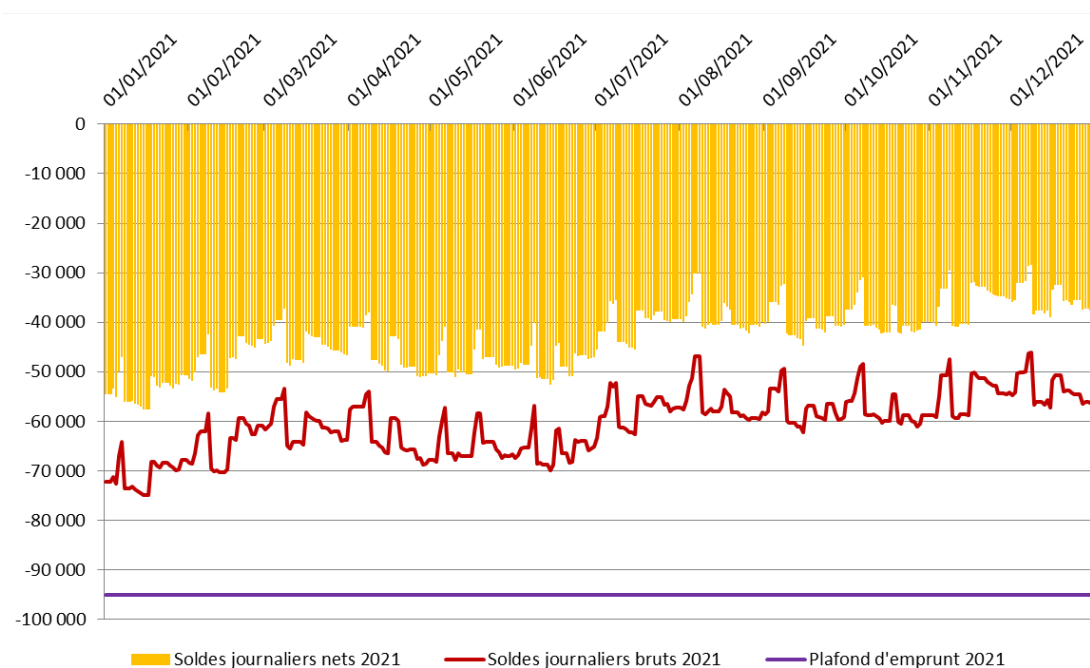
L'annexe 4 au PLFSS pour 2021 précise que les hypothèses retenues d'application des mesures du PLFSS 2021 font apparaître **un solde moyen net prévisionnel de - 43 milliards d'euros**, stable par rapport à 2020.

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 - 60,5 milliards d'euros** en 2021. Un besoin de financement maximal est anticipé pour le 15 janvier à hauteur de 74,9 milliards d'euros.

Le taux moyen annuel de financement pour 2020 s'établirait autour de - 0,30 %.

Prévisions de soldes de l'Acoss pour 2021

(en millions d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données de l'Acoss et du PLFSS

Le Gouvernement met en avant un positionnement de prudence compte tenu des **incertitudes sanitaires et économiques, justifiant ainsi un plafond à un niveau jamais atteint en loi de financement.**

Selon les prévisions, le plafond à 95 milliards d'euros représenterait **une marge de 20 milliards d'euros** par rapport au point maximal prévu en janvier 2021. Ce plafond permettrait, en cas de recrudescence de l'épidémie, de **couvrir la survenue d'aléas tels qu'un mois de cotisations recouvrées à hauteur de 75 % ou de deux mois de cotisations recouvrées à hauteur de 67 %**. Le Gouvernement estime également que ce plafond permet de garantir une gestion prudente du risque de liquidité, en sécurisant la trésorerie à un horizon plus lointain (20 à 25 jours) qu'en période habituelle.

Les autres plafonds ne montrent pas d'écarts substantiels avec la LFSS pour 2020, à l'exception notable de la CCMSA, dont le plafond a été abaissé du fait de la reprise de déficit par la Cades.

*

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission : une prudence raisonnable

A. Des marges de prudence justifiées

La situation sanitaire et économique fragile impose de conserver des marges de précaution importantes et des **capacités de financement solides pour faire face à des aléas éventuellement brutaux**.

Comme le souligne l'annexe 4 au PLFSS, « *l'incertitude sur la situation économique et sanitaire plaide pour une prudence accrue* ». Si le plafond proposé pour 2021, à hauteur de 95 milliards d'euros, apparaît sensiblement supérieurs aux besoins bruts identifiés, **il s'agit non tant d'un confort que d'une sécurité**.

La préoccupation est, comme le rappelle l'annexe, de « *couvrir le risque d'une éventuelle dégradation de la trésorerie de l'Acosse consécutive à une reprise de la crise sanitaire* » dont l'impact économique pourrait conduire à des mesures à l'égard des employeurs ayant des conséquences immédiates en termes de paiements des cotisations.

La commission **partage pleinement la prudence** qui a guidé le Gouvernement dans ce choix.

B. Un ajustement envisagé du plafond de l'Acosse pour 2021

1. Une nécessaire prise en compte des transferts à la Cades

L'analyse des besoins de financement de l'Acosse doit se faire également au regard des versements que la Cades réalise depuis cette année aux termes de la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie. L'échéancier prévu à l'été 2020 vise en effet à **soulager rapidement et régulièrement l'Acosse de déficits trop importants**, difficiles à financer par des emprunts de court terme.

Ainsi, la Cades doit avoir réalisé **avant le 30 juin 2021** la reprise des déficits cumulés au 31 décembre 2019 de la branche maladie, du FSV, du régime des non-salariés agricoles et de la CNRACL, **dans la limite de 31 milliards d'euros**. 20 milliards ont déjà été repris à ce titre en 2020.

Le **plafond des versements à l'Acosse est fixé à 40 milliards d'euros par an**, ce qui excède le seul reliquat des déficits cumulés pour 2019 à couvrir en 2021. La caisse pourra ainsi commencer des **versements au titre des versements au titre du déficit 2020** et des dotations chargées d'assurer la « reprise de dette » hospitalière. **La trésorerie de l'Acosse s'en trouvera améliorée en conséquence**

2. Un ajustement possible au regard de la situation envisagée sur l'année

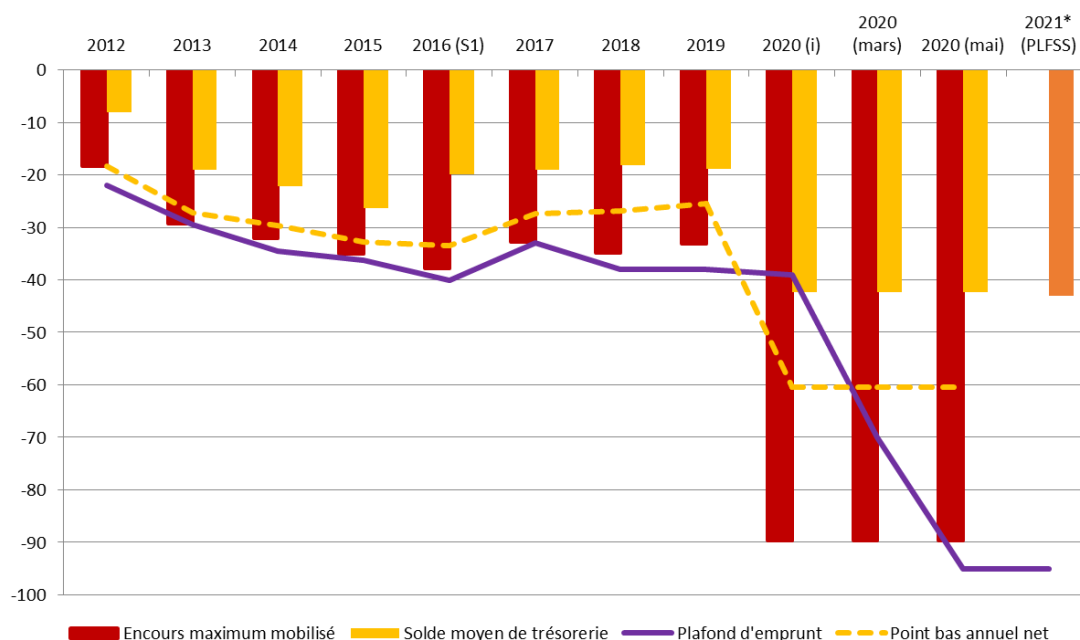
Les **limites fixées en loi de financement n'ont de sens que si elles sont cohérentes avec les besoins réels des organismes de financement de la sécurité sociale**. Un écart trop important et injustifié dénaturerait de manière significative l'esprit de la loi organique.

À ce titre, les écarts connus en 2020, s'ils sont tout à fait inédits dans leurs proportions, étaient justifiés par la situation. **Les marges données ont autorisé une mobilisation substantielle d'encours, permettant d'assurer les financements des engagements** de l'Acoss dans un contexte de tension majeure sur les marchés financiers.

Les plafonds pour 2021 doivent être dûment proportionnés aux besoins anticipés et refléter l'évolution prévue de la situation sur l'année, intégrant tant les reprises de la Cades que l'évolution attendue de la situation économique.

Situation de l'Acoss au regard des limites fixées depuis 2012

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données de l'Acoss et du PLFSS

Aussi, la commission a envisagé de modifier les limites proposées par le Gouvernement au titre de 2021, afin de **conserver sur l'année le même écart entre les soldes bruts projetés et le plafond fixé. Le plafond pour le second semestre aurait ainsi été ramené à 85 milliards d'euros**, après des versements de la Cades, le Gouvernement conservant ses facultés de modification de ce plafond en cas d'urgence selon la procédure prévue par les dispositions organiques.

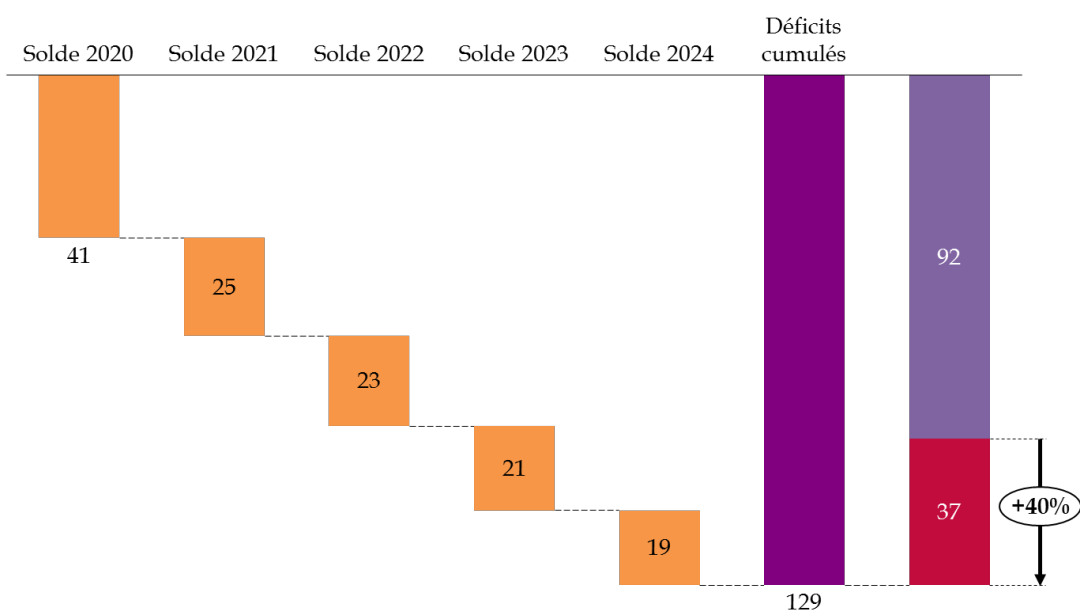
Cependant, compte tenu de la dégradation brutale de la situation sanitaire au moment de l'examen du présent projet de loi de financement et des incertitudes majeures concernant les perspectives économiques qui en résulteront pour 2021, la commission souhaite laisser à l'Acoss la latitude maximale proposée par le Gouvernement.

C. À brève échéance, une gestion en réalité de déficits et non plus de trésorerie

Les déficits projetés représentent en cumulé 110,1 milliards d'euros sur la période 2020–2023, période pour laquelle un **plafond de reprise de la Cades** a été fixé à 92 milliards d'euros. En intégrant l'année 2024, le montant cumulé atteint 129 milliards d'euros.

Projection des déficits cumulés du régime général et du FSV sur les années 2020–2024

(en milliards d'euros)



Source : commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données du PLFSS

Ainsi, en 2024, l'Acoss porterait des déficits cumulés du régime général et du FSV de 37 milliards d'euros, soit un retour à la situation de 2019. Ces prévisions posent la question du juste **calibrage des transferts anticipés à la CADES** lors de la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie et, une nouvelle fois, du probable **non-respect de la date d'extinction prévue de la Caisse et fixée aujourd'hui à 2033**.

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

Article 24

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

Cet article soumet à l'approbation du Parlement un cadrage pluriannuel des recettes et des dépenses de la sécurité sociale ainsi que de l'Ondam pour les années 2021 à 2024.

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

I - Le dispositif envisagé

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 2021 à 2024, 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 (+ 8 % de croissance du PIB) suivie de plusieurs années de croissance dynamique en 2022 et 2023.**

L'inflation hors tabac progresserait de 0,6 % en 2021, avant de remonter lentement sur le reste de la période pour s'établir à 1,8 % en 2024.

L'hypothèse d'évolution de la masse salariale du secteur privé, déterminante pour le niveau des recettes de la sécurité sociale, n'apparaît pas pessimiste. Ainsi, après une chute de 7,9 % en 2020, notamment sous l'effet de l'activité partielle, celle-ci rebondirait en 2021 (+ 6,8 %) puis conserverait un dynamisme durable sur l'ensemble de la période considérée (encore + 3,4 % en 2024 malgré une croissance du PIB retombée à 1,4 %).

Les dépenses comprises dans l'Ondam progresseraient très fortement sur toute la période, sous l'effet de la réponse à la crise épidémique en début de période, puis du Ségur de la santé et retrouverait (par convention) un rythme « de croisière » de 2,4 % puis 2,3 % à partir de 2023. De ce fait, **en 2023, les dépenses comprises dans l'Ondam excéderaient de plus de 12 milliards d'euros le niveau programmé l'année dernière.**

Les principales hypothèses économiques fondant la prévision 2020-2024

PRINCIPALES HYPOTHÈSES RETENUES	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PIB volume	1,7 %	1,5 %	- 10 %	8 %	3,5 %	2,0 %	1,4 %
Masse salariale privée	3,5 %	3,2 %	- 7,9 %	6,8 %	4,7 %	3,7 %	3,4 %
Croissance de l'Ondam(*)	2,2 %	2,6 %	7,6 %	3,5 %	1,1 %	2,4 %	2,3 %
Inflation	1,6 %	0,9 %	0,2 %	0,6 %	1,0 %	1,4 %	1,8 %

(*) Hors dépenses exceptionnelles liées au covid-19, ce taux de croissance de l'Ondam s'établirait à 3,2 % en 2020, 6 % en 2021 et 3,1 % en 2022

Source : Annexe B du PLFSS 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 **au-delà de 20 milliards d'euros au moins jusqu'en 2024.**

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)

		2020	2021	2022	2023	2024
Maladie	<i>Recettes</i>	206,3	199,4	202,8	208,3	213,4
	<i>Dépenses</i>	238,5	219,1	221,0	225,9	230,8
	<i>Solde</i>	- 32,2	- 19,7	- 18,2	- 17,6	- 17,4
AT-MP	<i>Recettes</i>	13,6	14,8	15,4	15,8	16,3
	<i>Dépenses</i>	13,9	14,1	14,2	14,3	14,5
	<i>Solde</i>	- 0,2	0,6	1,2	1,5	1,8
Famille	<i>Recettes</i>	47,2	50,5	51,3	52,8	54,2
	<i>Dépenses</i>	50,4	49,3	49,7	50,2	50,8
	<i>Solde</i>	- 3,2	1,1	1,6	2,6	3,4
Vieillesse	<i>Recettes</i>	237,4	245,5	249,4	254,8	260,7
	<i>Dépenses</i>	247,0	251,9	257,0	263,6	271,4
	<i>Solde</i>	- 9,5	- 6,4	- 7,6	- 8,8	- 10,7
Autonomie	<i>Recettes</i>		31,3	32,2	33,2	36,6
	<i>Dépenses</i>		31,6	32,7	33,6	34,5
	<i>Solde</i>		-0,3	-0,5	-0,3	2,1
Total	<i>Recettes</i>	491,0	527,4	536,7	550,4	566,4
	<i>Dépenses</i>	536,1	552,0	560,2	573,0	587,1
	<i>Solde</i>	- 45,2	- 24,6	- 23,4	- 22,6	- 20,8
FSV	<i>Recettes</i>	16,5	16,7	17,3	17,9	18,5
	<i>Dépenses</i>	19,7	19,2	19,0	19,1	19,3
	<i>Solde</i>	- 3,2	- 2,4	- 1,7	- 1,2	- 0,8
Total avec FSV	<i>Recettes</i>	488,2	525,4	535,6	549,7	566,1
	<i>Dépenses</i>	536,6	552,4	560,7	573,5	587,6
	<i>Solde</i>	- 48,4	- 27,0	- 25,1	- 23,8	- 21,6

Source : Annexe B du PLFSS 2021

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 dépasser 10 milliards d'euros à l'horizon de 2024. Quant à la branche maladie, aucune perspective d'amélioration ne se dessine au-delà de l'année prochaine, avec un déficit qui se stabiliserait au-delà de 17 milliards d'euros.

II - Les modifications de l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement modifiant le tableau décrivant la trajectoire financière de la sécurité sociale jusqu'en 2024 afin de tenir compte :

- du relèvement de l'Ondam 2020 de 2,4 milliards d'euros (cf. article 7) ;

- de l'impact sur 2021 de l'avancement au 1^{er} décembre 2020 de la deuxième tranche de revalorisation salariale prévue initialement en mars 2021 dans le cadre du Ségur de la santé. Cela représente 830 millions d'euros de dépenses supplémentaires à la charge de la sécurité sociale dont 680 millions d'euros pour la CNAM et 150 millions d'euros pour la CNSA ;

- de la majoration de 120 millions d'euros des concours versés par la CNSA aux départements au titre de de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) ;

- et du financement par la CNSA à hauteur de 150 millions d'euros en 2021, puis 200 millions d'euros à compter de 2022, auprès des départements qui s'engagent dans la révision de la convention collective et la revalorisation des rémunérations dans les services d'accompagnement et d'aide à domicile.

Les effets de cet amendement avaient déjà été intégrés dans le commentaire ci-dessus.

III - La position de la commission

La commission prend acte du rapport constituant l'annexe B du PLFSS en soulignant le grand degré d'incertitudes qui entoure les hypothèses économiques sur lesquelles s'appuie la trajectoire pluriannuelle de la sécurité sociale.

Toutefois, **le rapporteur général s'inquiète de la stabilisation du déficit de la sécurité sociale à une vingtaine de milliards d'euros** sur les années 2022 à 2024 dont semble s'accommoder le Gouvernement. Cette trajectoire se distingue fortement de l'amélioration continue des comptes sociaux qui a suivi l'année 2010, ancien point bas « historique » du solde de la sécurité sociale.

En l'état, **le Conseil constitutionnel pourrait déjà s'interroger sur la compatibilité de cette trajectoire financière avec les dispositions organiques de l'article 4 bis de l'ordonnance n° 96-50** du 24 janvier 1996 qui fixe au 31 décembre 2033 la date limite d'extinction de la dette sociale. Il est clair en tout cas que si le PLFSS de l'année prochaine n'offre aucune perspective d'amélioration, la date de valeur organique ne pourra être respectée.

En tout état de cause, **la sécurité sociale ne pourrait durablement accumuler des déficits d'une telle ampleur sans remettre en cause le modèle social lui-même.** Une génération ne saurait, en effet, financer sa protection sociale aux dépens des générations suivantes – qui auront leurs propres défis à relever.

Il est donc **troublant que le Gouvernement, dans ce rapport, n'esquisse même pas la nécessité de tendre de nouveau vers l'équilibre des comptes sociaux une fois la crise passée.**

C'est pourquoi, sans retoucher à des tableaux de recettes, dépenses et soldes par branches à faible valeur prédictive, votre commission a adopté **un amendement n° 161 qui insère dans ce rapport un paragraphe soulignant la nécessité de maîtriser les comptes sociaux une fois estompés les effets de la crise actuelle** au travers de réformes qui amélioreront les comptes des branches déficitaires, notamment les retraites.

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

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021

CHAPITRE I^{ER}

METTRE EN ŒUVRE LES ENGAGEMENTS DU SÉGUR DE LA SANTÉ

Article 25 A (nouveau)

**Soutien financier de la CNSA aux départements
au titre de leur action en faveur des professionnels des SAAD**

Cet article, introduit à l'Assemblée nationale, confie à la CNSA la gestion d'une enveloppe de 150 millions d'euros, selon des modalités à définir par décret, pour soutenir la réforme de la tarification des services d'accompagnement et d'aide à domicile.

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

I – Le dispositif proposé : une aide de 150 millions d'euros de la CNSA en 2021, distribuée aux Saad sous conditions

Cet article, introduit par l'amendement n° 2522 du Gouvernement, vise à contribuer à « l'attractivité » des métiers des professionnels des services d'accompagnement et d'aide à domicile ; le sous-amendement n° 2744 de M. François Ruffin y ajoute le soutien à leur « dignité ».

Pour ce faire, il confie (I) à la CNSA le soin de verser « une aide » aux départements finançant « un dispositif de soutien à ces professionnels ». **L'aide ainsi prévue est annuelle et « dans la limite de 200 millions d'euros par an »**. Elle est « répartie entre les départements en fonction des dernières données disponibles portant sur le volume total d'activité réalisée par les services d'aide et d'accompagnement à domicile aux titres » de l'APA, de la PCH et de l'aide à domicile. Les paramètres de ce dispositif et les modalités du versement de l'aide aux départements qui le financent sont fixées par décret.

Ce dispositif entre en vigueur le 1^{er} avril 2021 (A du II.), ce qui, par proratisation, porte le montant maximal de l'aide distribuable en 2021 à 150 millions d'euros (B du II.).

En séance publique, la ministre déléguée à l'autonomie, Mme Brigitte Bourguignon, a indiqué que cette somme soutiendrait financièrement les départements qui s'engageraient à revaloriser les salaires des aides à domicile, sur le modèle de la « *prime covid* » de 80 millions d'euros décidée en août, destinée aux professionnels du domicile sous réserve que les départements débloquent une somme d'un montant égal, dans les conditions prévues à l'article 4 du présent PLFSS.

II - La position de la commission : un soutien malgré des réserves

La commission se félicite que le secteur du domicile fasse ainsi l'objet de l'attention du Gouvernement. Les rapports de Dominique Libault¹ et Myriam El Khomri² - pour ne citer que les plus récents - ont montré la nécessité de soutenir et de réorganiser un secteur aujourd'hui atomisé, sous-financé, mal équipé, dans lequel travaillent pour l'essentiel des femmes payées en-deçà du Smic, et dont le dévouement n'est guère reconnu, et encore, qu'en période de crise sanitaire. Cette nécessité se double d'urgence dans un pays dont la population comptera 15 % de plus de 75 ans d'ici 2040 et souhaite à une écrasante majorité vieillir à domicile.

La méthode du Gouvernement ne saurait cependant rassurer complètement.

D'abord, produire une enveloppe d'aide à la restructuration des services d'aide à domicile en première lecture à l'Assemblée nationale s'apparente moins à une stratégie qu'à une combine, et bientôt ancienne. L'article 70 du PLFSS pour 2013 chargeait déjà la CNSA de gérer, sur ses deniers, un fonds exceptionnel de restructuration des Saad doté de 50 millions d'euros. L'article 17 du PLFSS pour 2014 reconduisait un dispositif analogue, doté cette fois de 30 millions d'euros. Idem en 2016 : les réserves de la CNSA se voyaient sollicitées à hauteur de 50 millions d'euros pour constituer, plus ambitieusement, « *un fonds d'appui à la définition de la stratégie territoriale dans le champ de l'aide à domicile, de soutien aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration* » des Saad. C'est encore ainsi que le Gouvernement a procédé, en cours d'examen, dans le cadre des PLFSS pour 2019 et 2020.

Ensuite, les modalités de mise en œuvre du dispositif sont encore incertaines. Les aides octroyées au début des années 2010 avaient pour objectifs d'accroître l'efficacité et la qualité de l'offre des structures ; elles ont permis d'augmenter ponctuellement les fonds propres des Saad mais leur situation financière est restée fragile. Les fonds d'appui prévus depuis la LFSS pour 2017 visaient davantage à accompagner les conseils départementaux en amorçant une logique de contractualisation avec les services.

¹ Rapport de la concertation grand âge et autonomie « Grand âge, le temps d'agir », mars 2019.

² Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge », octobre 2019.

C'était encore la logique de la réforme de 2019, dont la mise en œuvre a été contestée par quatre des principaux acteurs du secteur jusque devant le juge administratif¹, avant d'être interrompue par la crise sanitaire. L'article 4 du présent PLFSS supprime d'ailleurs la contribution de 50 millions d'euros de la CNSA à cette réforme, dont il y a lieu de penser qu'elle sera remplacée par celle prévue à cet article. Le Sénat sera attentif à ce qu'elle soit effectivement versée aux départements, et dans des conditions satisfaisantes d'équité territoriale.

Enfin, si le montant de l'enveloppe consacrée aux métiers du domicile est dans le présent PLFSS significativement plus élevé que dans les précédents, il reste en-deçà de celui qui serait nécessaire pour porter les qualifications, l'organisation de l'offre et les rémunérations à un niveau acceptable. Il faudrait même ajouter, depuis la crise sanitaire : acceptable et susceptible de freiner la fuite des professionnels vers les établissements ou secteurs où les conditions d'exercice sont plus favorables, en raison notamment du bénéfice des 1,4 milliard d'euros de revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur. Selon tous les professionnels auditionnés par la commission, ce phénomène de départs est une « *bombe à retardement dont la mèche se raccourcit rapidement* ». Le présent article ne saurait donc être qu'un premier pas vers son extinction.

Pour le dire d'un mot, c'est d'une réforme globale de la prise en charge du grand âge faisant ambitieusement du maintien à domicile une priorité que notre pays a besoin, plutôt que de tentatives récurrentes et souvent inabouties de ravaudage d'un tissu professionnel déjà fragile.

En dépit de ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

¹ Recours en annulation du décret du 15 mai 2009 déposé devant le Conseil d'État le 16 juillet 2019, par l'AD-PA, APF France handicap, l'Uniopss et l'UNA.

Article 25

**Revalorisation des carrières des personnels non médicaux
dans les établissements de santé et les Ehpad**

Cet article vise à créer un complément de rémunération pour les personnels non médicaux, traduisant un des engagements du Ségur de la santé.

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

I - Le dispositif proposé : un complément de traitement et de pension pour les personnels non médicaux

A. Un engagement du Ségur, mis en œuvre dès l'automne

Les accords de Ségur, signés en juillet 2020, comprennent un volet relatif aux rémunérations des personnels soignants.

Au-delà d'une reconnaissance des efforts des personnels durant la crise sanitaire, la mesure entend **renforcer l'attractivité de ces métiers**.

Une revalorisation de 183 euros nets par mois supplémentaires est ainsi prévue pour tous les professionnels non médicaux au sein des établissements de santé et Ehpad, publics et privés non lucratifs. Une majoration analogue est prévue pour le secteur privé lucratif, à hauteur de 160 euros nets par mois.

Ce complément de rémunération devrait concerner **1,5 million de professionnels**. Il est prévu **en deux temps**, la première partie de la revalorisation se faisant **à compter du 1^{er} septembre 2020 pour un montant de 90 euros**, les **93 euros restants s'ajoutant au 1^{er} mars 2021**.

Alors que le paiement effectif de la part entrant en vigueur au 1^{er} septembre 2020 devait se faire en janvier 2021 à titre rétroactif, **le Gouvernement a finalement annoncé en septembre anticiper le paiement** qui se ferait dès septembre ou octobre 2020 pour la fonction publique hospitalière.

Ces mesures concernent 765 318 agents pour ce qui est des personnels de la fonction publique hospitalière en établissement public de santé, 172 479 agents de la fonction publique hospitalière en Ehpad, 29 991 agents de la fonction publique territoriale en Ehpad, 5 828 personnels dans les HIA et l'INI. Du côté des Ehpad privés, 194 784 agents seraient concernés.

Les coûts bruts de ces revalorisations seraient pour l'assurance maladie de 5,073 milliards d'euros, la hausse de ces coûts se répartissant de 2020 à 2022 : 822 millions en 2020, 3 840 millions en 2021 et 411 millions en 2022.

Les coûts représentés pour l'assurance vieillesse sont estimés négligeables pour la Cnav et l'Ircantec. Ils sont **importants pour la CNRACL mais seraient cependant compensés** par la hausse des cotisations produite par les revalorisations.

B. Une revalorisation des personnels non médicaux

Le I de l'article prévoit le **versement aux fonctionnaires et militaires d'un complément de traitement indiciaire**, à partir du **1^{er} septembre 2020**.

Sont concernés les fonctionnaires et militaires **exerçant dans les établissements énumérés aux 1^o à 5^o**, soit **principalement les hôpitaux, établissements publics de santé, et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**, mais aussi les hôpitaux des armées ou l'Institution nationale des invalides. Sont exclus les établissements sociaux ou médico-sociaux créés par des établissements de santé.

Le **septième alinéa du I** prévoit **une indemnité équivalente**, à compter de la même date, pour la revalorisation des personnels **contractuels de droit public ou ouvriers des établissements industriels de l'État** exerçant dans les mêmes établissements.

Le complément de traitement comme l'indemnité équivalente sont versés dans des conditions fixées par décret.

Tous les personnels des établissements listés ne sont cependant pas visés par cet article. Le Gouvernement entend revaloriser ici de manière ciblée les personnels paramédicaux – **principalement les infirmiers et aides-soignants** – mais aussi les catégories non médicales comme les administratifs ou des agents techniques.

Aussi, le **huitième alinéa du I** liste des catégories de personnels **exclus du versement de complément de rémunération**, à savoir les **personnels médicaux : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens**, internes des hôpitaux des armées, élèves des écoles du service de santé des armées ; sont aussi exclus les personnels des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

C. Une prise en compte de cette revalorisation dans le calcul des pensions

L'article 25 prévoit également de répercuter cette revalorisation dans les pensions de retraite des agents qui en seront bénéficiaires.

Ainsi, le **II** de l'article prévoit le **versement d'un supplément de pension** au titre du complément de traitement mentionné au I pour les fonctionnaires de l'État et les militaires partant à la retraite à partir du **1^{er} septembre 2020**.

Le **deuxième alinéa du II** précise le calcul du **supplément de pension**, considérant la perception, au moins une fois au cours des six derniers mois, du complément mentionné au I. Ce supplément de pension se voit ensuite appliquer les **mêmes règles de jouissance, réversion et revalorisation** que la pension du fonctionnaire.

Parallèlement à la prise en compte du complément de traitement dans le calcul de la pension, le **troisième alinéa du II** prévoit l'**application à ce complément des cotisations et contributions prévues pour le financement de l'assurance vieillesse** par le code des pensions civiles et militaires, soit la contribution employeur et la cotisation de l'agent.

Le **III étend ces principes de prise en compte pour la pension aux fonctionnaires territoriaux et hospitaliers** ainsi qu'aux ouvriers des établissements industriels de l'État, dans des modalités fixées par décret.

D. Pour les personnels des Ehpad, une prise en charge par la CNSA

Le Gouvernement entend **ne pas augmenter le reste à charge des résidents des Ehpad** du fait des revalorisations prévues à cet article. À cet effet, le **IV** modifie le code de l'action sociale et des familles, à son article L. 314-2.

Le **forfait global relatif aux soins pourra ainsi financer les mesures de revalorisation des personnels** dont les rémunérations sont assurées par le forfait global relatif à la dépendance ou les tarifs journaliers. **La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie portera donc la charge de ces revalorisations.**

II - Les modifications apportées à l'Assemblée nationale : un dispositif inchangé mais une anticipation annoncée et budgétée

L'Assemblée nationale a apporté deux modifications à cet article, d'ordre rédactionnel.

Cependant, le Gouvernement a annoncé la **mise en œuvre anticipée au 1^{er} décembre 2020 de la deuxième tranche** de revalorisation prévue. **L'impact financier de ces annonces est évalué à 360 millions d'euros en 2020 et 810 millions d'euros au titre de 2021.**

Cet impact a été intégré aux amendements du Gouvernement au PLFSS 2021 rectifiant l'Ondam 2020 et 2021.

III - La position de la commission : un soutien malgré des réserves

La commission souscrit à l'**intention de revalorisations des personnels non médicaux** des établissements de santé et des établissements médico-sociaux.

L'effort financier consenti est important, tant sur les rémunérations de carrière que pour les pensions. Il devrait contribuer à **renforcer l'attractivité de ces métiers** dont la crise sanitaire a rappelé s'il était nécessaire combien ils étaient indispensables.

Cependant, la commission **regrette que ces revalorisations pérennes soient décidées en pleine crise, sans que ne soit réellement remis à plat le sujet de l'organisation des établissements** de santé et des établissements médico-sociaux. Il ne s'agit pas ici d'une prime ponctuelle : ces augmentations auraient pu être le fait de **contreparties structurelles** quand la gestion des ressources humaines et des sujets comme le temps de travail ne sont pas abordés.

Votre commission approuve le dispositif proposé par le présent article et vous demande d'adopter cet article.

Article 26

Relancer l'investissement pour la santé

Cet article vise à substituer au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés un nouveau fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, aux missions et au périmètre étendus.

La commission vous demande de modifier cet article.

I - Le dispositif proposé : un nouveau fonds pour la modernisation et l'investissement en santé

A. Une transformation du FMESPP existant

Les dispositions relatives au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés figurent à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. La rédaction initiale prévoyait un « **fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé** », devenu par la loi de financement pour 2002 « **fonds pour la modernisation des établissements de santé** » puis « **fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés** » par la loi de financement pour 2003.

Le fonds reçoit chaque année une dotation prévue en loi de financement de la sécurité sociale, **financée par les régimes obligatoires d'assurance maladie**. Sa gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations.

Aux termes de l'article 40 de la LFSS pour 2001, ce fonds finance aujourd'hui :

- des **dépenses d'investissement des établissements de santé** et des groupements de coopération sanitaire dans le cadre d'**opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements, de réorganisation de l'offre de soins** ou de création de groupements hospitaliers de territoire ;

- des **missions d'expertise** exercées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ;

- des **missions d'ampleur nationale** pilotées ou conduites au bénéfice des établissements de santé déléguées au groupement d'intérêt public chargé du **développement des systèmes d'information de santé** partagés.

B. Une ambition de relance de l'investissement

1. Trois axes de relance de l'investissement

Le Gouvernement a présenté dans les conclusions du Ségur de la santé un plan de relance de l'investissement autour de trois grandes priorités pour un montant de 6 milliards d'euros :

- **les projets hospitaliers prioritaires et projets ville-hôpital** : 2,5 milliards d'euros engagés sur 5 ans. Ce volet vise à **lutter contre la vétusté** des équipements et du bâti. Il entend être le **financement d'investissements structurants**, là où la reprise de dette prévue à l'article 27 doit couvrir l'investissement courant ;

- **le rattrapage du retard sur le numérique en santé** : 1,4 milliard d'euros sur 3 ans. Cet axe, engagé sur 3 ans, se répartit en trois items concernant **l'interopérabilité, la réversibilité et la sécurité des systèmes d'information**, pour le premier (800 millions d'euros), **la circulation des données de santé**, pour le deuxième (400 millions d'euros) et le **renforcement des équipes numériques**, pour le dernier (200 millions d'euros) ;

- **la transformation, la rénovation et l'équipement dans les établissements médico-sociaux** : 2,1 milliards d'euros sur 5 ans. Ce troisième axe se répartit entre la transformation des établissements vétustes (1,5 milliard d'euros) et les investissements dans les équipements numériques (600 millions d'euros).

Parmi ces 6 milliards d'euros, 3,9 milliards d'euros seraient portés par le FMIS.

2. Un volet du plan de relance de l'économie

Le Gouvernement indique que cet effort en faveur de l'investissement « *s'inscrit dans le plan de relance de l'économie* » qui doit atteindre **6 milliards d'euros, sur 3 à 5 ans selon les axes décrits.**

Aussi, l'étude d'impact indique que le coût projeté pour l'Assurance maladie serait en réalité nul, **un financement de l'Union européenne au titre du plan de relance européen devant en assurer la compensation.**

L'étude d'impact indique ainsi un coût de 967 millions d'euros par an de 2021 à 2023 puis 500 millions d'euros en 2024.

3. Un changement de gouvernance

La transformation du FMIS et l'effort financier qu'il est censé porter au cours des prochaines années doit également s'accompagner **d'un changement dans son pilotage.**

Ainsi, les conclusions du Ségur de la santé indiquent **la fin du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (Copermo)** qui validait l'essentiel des crédits du FMESPP qu'étaient les investissements immobiliers.

Le Copermo doit ainsi être supprimé au profit d'un nouveau **conseil national de l'investissement en santé** « *porteur d'une nouvelle approche fondée sur l'équité territoriale, le conseil et l'association des élus locaux à la prise de décision* ». Cette instance sera chargée d'établir une nouvelle doctrine d'investissement, de répartir les enveloppes entre régions et valider au niveau national une minorité de projets.

Le futur CNIS sera créé a priori au premier semestre 2021, par circulaire ministérielle.

Une « **gouvernance déconcentrée** » est surtout annoncée pour la **sélection des projets au niveau régional**. L'échelon régional doit ainsi devenir le seul lieu d'examen d'un nombre accru de projets majeurs.

C. Une transformation du FMESPP en un nouveau FMIS

L'article 26 modifie **l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.**

1. Une modification du champ d'action et des missions du fonds

Le 1^o modifie le I de l'article 40 et change le nom du fonds pour le dénommer « **fonds pour la modernisation et l'investissement en santé** ».

Le 2^o modifie le III de l'article 40 :

- le *a)* **étend le champ des établissements pouvant recevoir des financements du fonds** aux équipes de soins primaires (L. 1411-11-1 du code de la santé publique), aux communautés professionnelles territoriales de santé L. 1434-12 du CSP), aux **centres de santé** (L. 6323-1 du CSP), aux **maisons de santé** (L. 6323-3 du CSP) ainsi qu'aux **établissements et services**

sociaux et médico-sociaux (article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles), ces derniers étant auparavant visés au III bis du même article ;

- le *b*) complète le III par un nouvel alinéa précisant les dépenses éligibles au fonds, celles-ci devant avoir pour objet **la modernisation, l'adaptation ou la restructuration des systèmes d'information de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale**.

En conséquence, le 3° abroge le III *bis* de l'article 40 qui **prévoyait que les établissements sociaux et médico-sociaux** mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles **pouvaient recevoir des financements du FMESPP, dans la limite d'un plafond** correspondant aux produits affectés par la loi de finances pour 2006.

2. Une modification des règles de déchéance

Le 4° **modifie le IV de l'article 40 et les conditions de prescription des sommes dues au titre de ses actions dans le cas d'une absence d'agrément ou de décision attributive de subvention**.

Il faudra désormais compter un **délaï fixé par décret, d'au moins un an**, après la notification ou la publication de l'acte de délégation des crédits (contre un délai d'un an aujourd'hui) ou un délai, également fixé par décret et supérieur à un an, à partir du premier jour de l'année où les droits ont été acquis (contre trois ans aujourd'hui).

Pour rappel, le IV prévoit que les sommes prescrites viennent minorer la dotation en loi de financement.

3. Une contribution nouvelle de la CNSA

Le 5° réécrit la première phrase du V de l'article 40 concernant **les ressources du fonds**. La nouvelle rédaction conserve les ressources initiales (remboursement des avances et **participation des régimes obligatoires d'assurance maladie**) mais **y ajoute une participation de la nouvelle branche autonomie** ; elle supprime également une disposition caduque prévoyant la dotation pour l'année 2001.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

À l'initiative de Mme Rist et plusieurs de ses collègues, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements visant à ajouter un 3° *bis* modifiant l'article 40 par deux paragraphes supplémentaires :

- un **III *sexies* conditionnant le financement** des dépenses liées à la transformation et la modernisation des systèmes informatiques **à l'interopérabilité des logiciels informatiques** ;

- un **III *septies* autorisant les établissements publics de santé à refuser le paiement des factures** liées à l'achat de logiciels informatiques **dans le cas où les référentiels d'interopérabilité ne seraient pas respectés**.

Un **II** a été ajouté à l'initiative du rapporteur général, qui procède à des **coordinations rédactionnelles** :

- dans le code de la santé publique concernant le reversement des sommes ayant permis le financement de l'actif immobilisé dans le cas de la fermeture d'un établissement privé ;

- dans la loi de finances pour 2006, son article 49 prévoyant une affectation au FMESPP d'une part du produit des amendes forfaitaires perçues par la voie de systèmes automatiques de contrôle et sanction.

III – La position de la commission : un soutien à la transformation mais un refus des modalités de financement

A. Une vocation louable de transformation du fonds

1. Une modification du champ d'action et des missions du fonds

La commission s'inscrit dans la **volonté d'investissements en santé qui soient davantage transversaux**, dans une approche destinée aux hôpitaux mais également aux liens ville-hôpital.

En outre, la **priorité donnée au numérique** apparaît une nécessité pour rattraper le retard en la matière.

Si l'approche globale retenue, mettant sous une même casquette établissements de santé et établissements médico-sociaux, peut être une **idée louable**, elle doit cependant bien **montrer sa pertinence**. À ce titre, la transformation du fonds s'apparente davantage à un changement de périmètre qu'à une vision plus intégrée du sanitaire et du médico-social.

2. Un mélange non abouti du sanitaire et du médico-social ?

L'opportunité de créer une branche autonomie a été discutée lors de la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie au regard notamment de **l'imbrication parfois forte des crédits dédiés à la prise en charge de la dépendance au sein des dépenses de santé**. Alors que le choix de création de la cinquième branche a été acté, **il peut paraître surprenant de vouloir créer un seul fonds** destiné à la fois aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux.

Surtout, si le fonds est doté de **deux sources de financement reprenant les deux branches**, ce sont également bien **deux enveloppes distinctes qui sont déjà fléchées pour le plan de relance et reprises dans le FMIS**, comme l'étude d'impact le précise, avec 3,9 milliards d'euros sur la santé et 2,1 milliards sur le médico-social. **La répartition des investissements en numérique est à ce titre symptomatique de ce non-choix, répartis selon le secteur** : une première partie fait l'objet d'un axe propre, relatif à au numérique en santé, une seconde étant une sous-enveloppe de l'axe médico-social.

Se pose ainsi **la question de la pertinence éventuelle de la création de deux fonds distincts**, le premier en charge de l'investissement en santé, le second porté sur l'investissement en matière d'autonomie.

La composition de la future instance qui assurera la sélection des projets devra en outre être représentative de l'ensemble des composantes des deux secteurs. Là où **deux conseils de pilotages distincts auraient alors pu paraître plus spécialisés** n'impliquant pas les mêmes acteurs et, par exemple, pas les mêmes niveaux de collectivités.

3. Une gouvernance à préciser

La commission salue l'approche davantage territorialisée que le Gouvernement entend donner à la sélection des projets financés par le FMIS.

Cependant, interrogé sur la meilleure association des élus locaux par votre rapporteure, le ministre des solidarités et de la santé a semblé surtout **attendre des cofinancements des collectivités locales qu'une participation aux choix directeurs**.

Si la gouvernance est annoncée « déconcentrée » et non décentralisée, il sera néanmoins nécessaire qu'elle garantisse **une intégration des élus des territoires aux décisions**. En outre, pour ce qui du soutien aux Ehpad, la participation des départements est indispensable. **Les investissements en santé doivent se faire sur une logique territoriale cohérente**.

En ce sens, par son amendement, la commission a souhaité inscrire le rôle du **futur CNIS créé et préciser que celui-ci devra comporter des représentants des élus locaux**.

B. Une trajectoire de financements peu lisible

1. Une imbrication imprécise du FMIS dans l'effort de 6 milliards d'euros d'investissements

La direction de la sécurité sociale a précisé à votre rapporteure que, sur la période 2021-2025,

- les **2,5 milliards d'euros prévus pour la modernisation des établissements de santé** seront portés dans le FMIS ;

- les **600 millions d'euros au titre des investissements pour le numérique des établissements sociaux et médico-sociaux** seront assurés par le FMIS sur une dotation de la CNSA ;

- les **investissements relatifs au numérique (hors ESMS) à hauteur d'1,4 milliard d'euros** seront pour une partie seulement assurés par le FMIS, le reste étant porté par différents vecteurs au sein de la branche maladie en fonction de l'objet exact à financer ;

- le montant prévu d'1,5 milliard d'euros pour les établissements sociaux et médico-sociaux hors numérique ne sera pas intégré dans le FMIS mais géré par la CNSA (PAI).

2. Un effort supplémentaire mal identifié

Votre rapporteure s'est interrogée sur l'effort supplémentaire réel qui sera porté par le FMIS dans les prochaines années au service de l'investissement en santé, par rapport à une trajectoire d'investissement préexistante.

Les investissements anticipés pour les années à venir avant les effets du Ségur de la santé sont retranscrits dans le tableau ci-après. **Les investissements décidés dans le cadre du Ségur ont normalement vocation à s'ajouter aux montants initiaux de cette trajectoire.**

Trajectoire prévisionnelle 2021-2027 avant prise en compte des effets du Ségur

en millions d'euros

2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
517,3	389,3	247,0	253,3	161,8	87,0	64,7

Source : DGOS

Le second tableau retrace ainsi les apports à cette trajectoire résultant des efforts d'investissements décidés dans le cadre du Ségur de la santé. La direction de la sécurité sociale précise cependant que **ces apports viendraient s'ajouter à la base 2020 révisée à 458 millions d'euros.**

Trajectoire prévisionnelle des apports supplémentaires au FMIS au titre du Ségur de la santé

en millions d'euros

	2021	2022	2023	2024	2025
Apport supplémentaire au FMIS dont :	674	720	720	640	640
<i>Dotation de l'assurance maladie (investissement structurant des établissements de santé et transversal)</i>	500	500	500	500	500
<i>Dotation de l'assurance maladie (investissement numérique)</i>	74	120	100	0	0
<i>Dotation de la 5^e branche (investissement numérique ESMS)</i>	100	100	120	140	140

Source : DSS/DGOS

Le total des sommes prévues en **apports de 2021 à 2025 représente 3,394 milliards d'euros**, ce qui ne couvre donc pas la somme annoncée de 3,9 milliards d'euros du Ségur pris sur le FMIS.

Enfin, **le fonds dispose encore de créances importantes** de la Cnam, comme le montre le tableau ci-après. Celles-ci correspondent à des **dotations non encore consommées**, d'une part, mais aussi à des **reliquats reportés**, en face desquels il n'y a pas d'engagement, d'autre part.

Elles ne sont cependant pas rappelées dans l'étude d'impact ; leur mobilisation pour couvrir l'effort de dépenses futures n'est pas non plus précisée.

Ressources et consommation des crédits du fonds de 2016 à 2020

en euros

	2016	2017	2018	2019	2020
Dotation FMESPP (LFSS)*	347 012 000	264 400 000	448 710 250	673 358 745	448 725 000
Report de crédits N-1	156 590 333	147 731 590	78 943 455	246 918 124	546 802 273
Ressources	503 602 333	412 131 590	527 653 705	920 276 869	995 527 273
<i>* hors déchéance</i>					
Délégué ATIH / ASIP	14 200 000	41 314 000	48 437 951	64 118 899	27 105 000
Délégué ARS	321 670 741	266 874 135	232 498 201	309 355 697	25 220 000
Total délégué	335 870 741	308 188 135	280 936 152	373 474 596	52 325 000

Source : DGOS

Ainsi, les documents budgétaires présentés montrent des incohérences ou imprécisions qui **permettent difficilement d'apprécier l'envergure budgétaire réelle du FMIS dans les années à venir, tant dans ses dotations que dans ses dépenses.**

Il apparaît donc nécessaire que le Gouvernement **clarifie les vecteurs du plan d'investissement** annoncé à hauteur de 6 milliards d'euros, **et la part de ce plan qui a réellement vocation à être porté par le FMIS.** Il s'agit d'identifier les organismes financeurs, remboursement de l'Union européenne ou non.

Surtout, il est nécessaire d'accompagner la trajectoire des dotations d'une trajectoire de consommation des crédits du FMIS.

Il convient ainsi de préciser dans la trajectoire pluriannuelle l'amplification réelle en matière d'investissement que le fonds portera par rapport au tendancier et, surtout, **les leviers de financement des dépenses futures** (reports, Union européenne ou assurance maladie) détaillés par année.

3. Des crédits de relance à faire porter par la loi de finances

a) Un effort de relance qui doit être porté par le budget général

Lors du précédent plan de relance de l'économie, en 2009, le Gouvernement avait également choisi de soutenir les investissements dans le domaine de la santé. Le FMESPP s'était alors vu octroyer une dotation spéciale de 70 millions d'euros. **Cette dotation avait été assurée par des crédits budgétaires et figurait au sein du projet de loi de finances rectificative qui portait le plan de relance.**

C'est la méthode qu'aurait dû retenir le Gouvernement cette année encore, alors que, comme en 2009, une mission *ad hoc* a été créée dans le projet de loi de finances pour 2021.

b) Un remboursement peu classique de l'Union européenne à l'assurance maladie

Le circuit de financement au titre du plan de relance apparaît en outre peu satisfaisant. Les éléments indiqués à ce stade signalent un financement de l'Union européenne au titre du plan de relance, les investissements du Ségur étant inscrits dans le « plan national de relance et de résilience » élaboré par la France. Cependant, la dispersion de ce plan entre le FMIS et d'autres acteurs ne facilitent pas la lecture dans les documents budgétaires des charges compensées par des remboursements de l'Union européenne.

Surtout, le remboursement de l'assurance maladie (ou de la CNSA) par des crédits de l'Union européenne passera nécessairement par des crédits de l'État. **Ainsi, si le financement a bien vocation à être porté par l'Union européenne, il n'appartient pas à la Cnam et la CNSA d'en assurer l'avance, mais à l'État.**

Là encore, une dotation budgétaire unique au sein du budget général aurait permis une meilleure lisibilité et une plus grande traçabilité de la dépense, avec en outre un remboursement européen mieux identifié sur une ligne unique.

Il apparaît souhaitable de **distinguer dans les projections de financement du FMIS :**

- la part qui relève de l'effort « classique » assumé par les crédits de l'assurance maladie ;

- la part attribuée à la charge de la CNSA ;

- la part qui relève du plan de relance, éventuellement couverte par des financements européens, et qui doit donc être portée par des crédits budgétaires en loi de finances.

La commission émet des **réserves sur la conformité des dispositions du III septies créé par l'Assemblée nationale avec le droit de la commande publique et le respect des relations contractuelles**. En outre, il pourrait inciter les établissements à baisser leur vigilance en amont des commandes passées. Les III *sexies* et III *septies* appellent en outre à être réunis.

La commission a enfin précisé l'application outre-mer de ces dispositions, mentionnant leur **applicabilité à Saint-Barthélemy et Saint-Martin** dans le même amendement.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié par l'amendement n° 162 adopté.

Article 27

Favoriser l'investissement courant à travers la reprise de la dette des établissements de santé assurant le service public hospitalier

Cet article vise à organiser la reprise de la dette hospitalière afin de permettre aux hôpitaux de dégager des capacités nouvelles d'investissement.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé : l'organisation des reprises prévues par la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie

A. Une reprise de la dette hospitalière initiée par la loi du 7 août 2020

1. Une dette importante et nuisible au financement des établissements de santé

a) Une forte augmentation de la dette depuis 2005

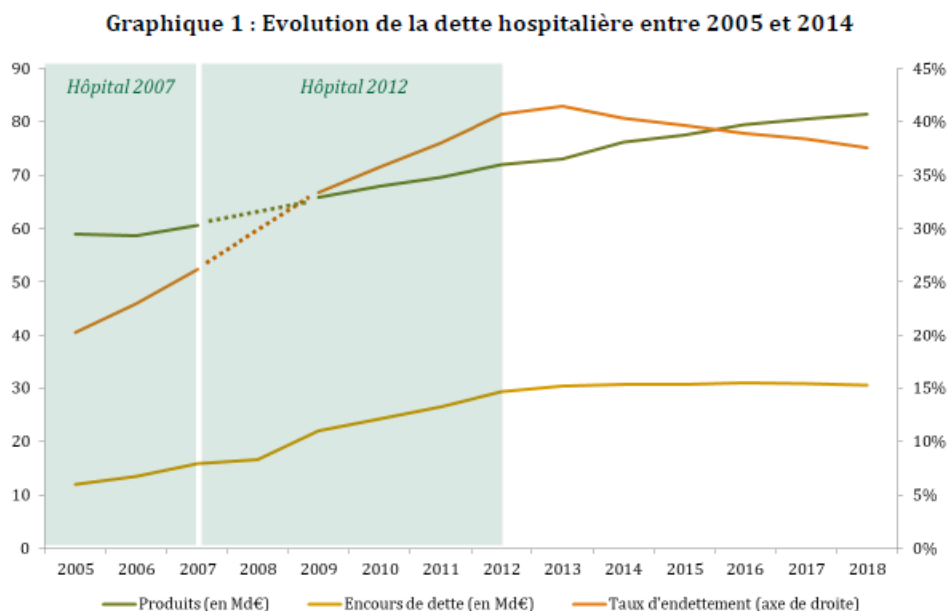
Selon les données établies par l'IGAS¹, **l'encours de la dette des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif (Espic) s'est stabilisé autour de 32,1 milliards d'euros à fin 2018.**

La dette des hôpitaux a connu une croissance très importante entre 2005 et 2014, **passant de 11,9 milliards d'euros à 30,3 milliards d'euros**, soit une multiplication par près de 2,6. L'encours de dette des établissements publics de santé est relativement stabilisé depuis 2016, estimé à **30,8 milliards d'euros à la fin de l'exercice 2018.**

Dans le même temps, **le taux d'endettement des hôpitaux a doublé entre 2005 et 2014** pour atteindre 37 % en 2018.

¹ Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise – IGAS.

La croissance rapide et substantielle de cet endettement résulte **principalement des plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 »**, comme le rappelle le rapport de l'IGAS publié en avril 2020. **Ces deux plans portaient pour l'essentiel des investissements immobiliers.**



Source : Calculs pôle Science des données de l'IGF, d'après données DGFIP.

Source : Rapport IGF-IGAS 2020 l'évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise (2020)

À fin 2018, **41 % des établissements se trouvent en situation de surendettement**. En conséquence, 42 % des établissements publics de santé sont aujourd'hui soumis à l'autorisation préalable pour leurs emprunts ; ceux-ci représentent 77 % de l'encours total. Le surendettement concerne principalement les établissements de santé de taille importante.

b) Des encours à risque

En outre, **la dette hospitalière** apparaissait encore récemment comme une dette sensiblement **exposée au risque**.

En effet, les établissements de santé faisaient l'objet d'une vigilance renforcée sur leurs encours, avec des **craintes d'exposition à des « emprunts toxiques »**. La part de dette considérée comme toxique s'est cependant **fortement réduite** du fait de dispositifs successifs de désensibilisation.

Les **taux variables**, qui représentaient encore 9 % de l'encours de dette en 2014, représentent également un facteur de risque.

Comme le souligne l'étude d'impact du PLFSS, *« l'accumulation des déficits budgétaires dans les EPS et la réduction des excédents dans les Espic ces dernières années ont accru la **problématique de soutenabilité** »*.

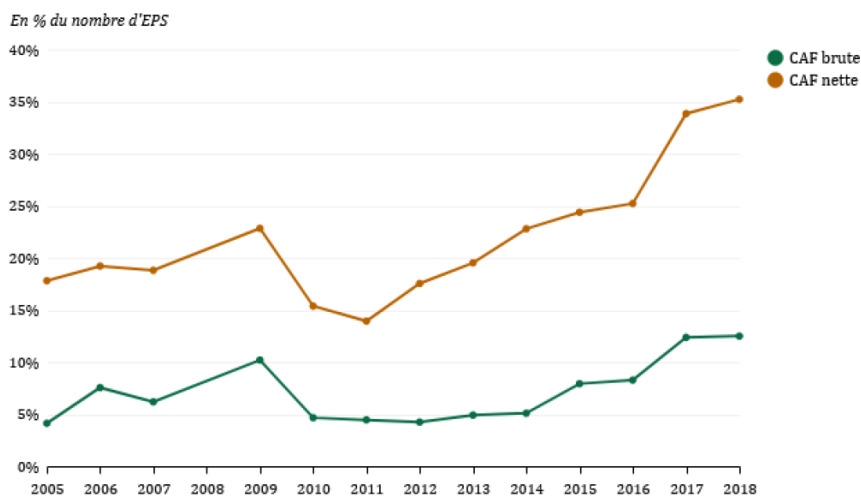
2. Des capacités d'autofinancement réduites mettant en péril l'investissement du quotidien

a) Une capacité d'autofinancement dégradée...

Le rapport de l'IGAS souligne que la capacité d'autofinancement des établissements publics de santé s'est dégradée entre 2005 et 2018.

En 2018, 35 % des établissements présentaient ainsi une capacité d'autofinancement négative, ce taux était de 18% en 2005. Cette proportion s'est particulièrement aggravée au cours des trois dernières années.

Graphique 3 : Part des établissements présentant une capacité d'autofinancement négative (2005-2018)



Source : Calculs pôle Science des données de l'IGF, d'après données DREES (issues des comptes financiers transmis par la DGFIP). Nota : la mission a constaté une rupture de périmètre sur l'exercice 2008, dont les données ont été exclues de l'analyse.

Source : Rapport IGF-IGAS, « Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise », 2020

Le rapport constate que **les remboursements des dettes financières représentent une part croissante du besoin de financement** des établissements publics de santé.

b) ... grevant l'investissement courant et aggravant ainsi la vétusté

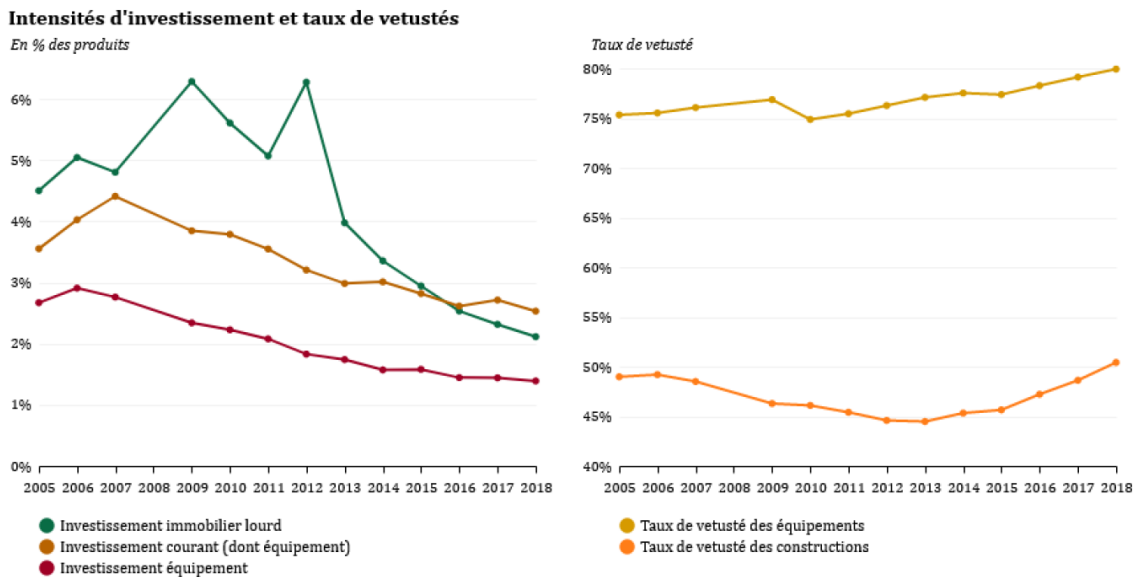
Parallèlement, l'investissement des établissements a connu **une baisse régulière et prolongée depuis 2007 pour ce qui est de l'investissement courant** et de l'investissement en équipement, et une baisse brutale depuis 2012 pour ce qui est de l'investissement en immobilier lourd.

Les investissements ont diminué de 45 % entre 2012 et 2018. Plus préoccupante, **l'intensité de l'investissement courant est inférieure depuis 2015 à 3 %, seuil en-dessous le renouvellement des équipements est considéré comme insuffisant pour assurer le maintien en capacité des établissements.**

Cependant, si 83 % des établissements publics de santé consacrent en 2018 moins de 3 % de leurs produits en courants à l'investissement courant, le rapport de l'IGAS souligne la **grande variation de taux** que cache cette moyenne, et donc la grande hétérogénéité dans les situations des établissements, la part variant entre 0 et 9,6 %.

Les taux de vétusté, particulièrement ceux relatifs aux équipements, ont connu une progression régulière depuis 2010, atteignant 80 %.

Graphique 5 : Évolution de l'intensité d'investissement des taux de vétusté (2005-2018)



Source : Calculs pôle Science des données de l'IGF, d'après données DREES (issues des comptes financiers transmis par la DGFiP). Nota : la mission a constaté une rupture de périmètre sur l'exercice 2008, dont les données ont été exclues de l'analyse.

Source : Rapport IGF-IGAS, « Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise », 2020

Le rapport de l'IGAS pointe en outre **les différences également importantes concernant les taux de vétusté, selon la taille des établissements**. La vétusté des équipements des centres hospitaliers de taille intermédiaire est particulièrement préoccupante (85 %) ; ces établissements présentent par ailleurs le taux d'endettement le plus faible (30,4 %).

3. Une promesse de reprise concrétisée par la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie

Le Gouvernement avait annoncé à l'automne 2019 **la reprise d'une partie de la dette des hôpitaux**, un montant de 10 milliards d'euros était alors évoqué.

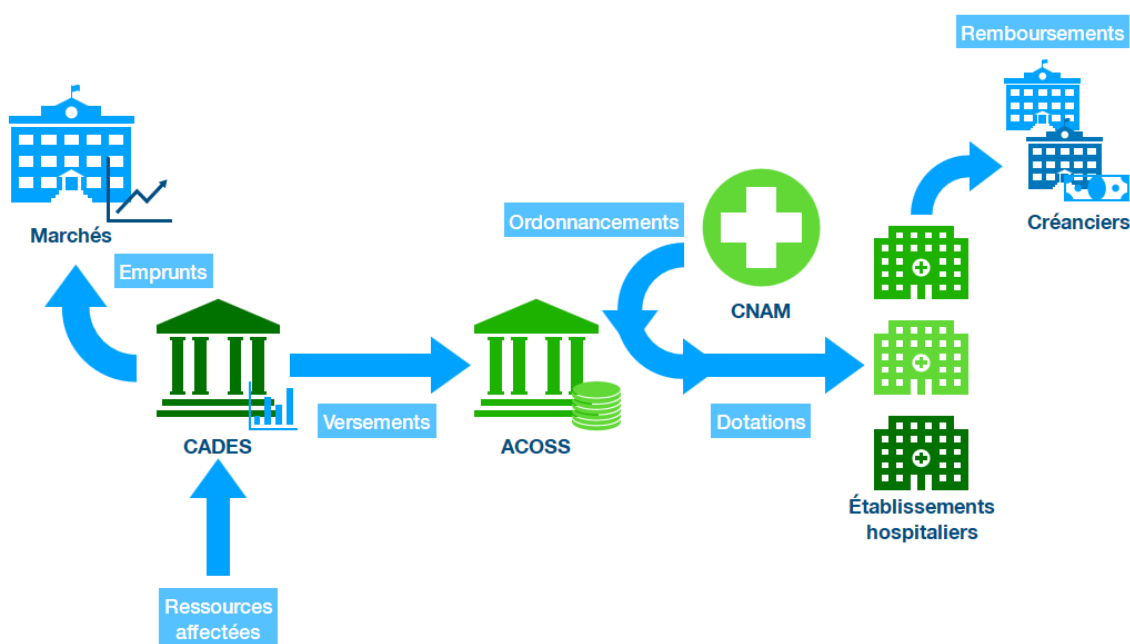
À l'issue du Ségur de la santé, en juillet 2020, il a été décidé de procéder à **la reprise d'un tiers des encours des emprunts des établissements du service public hospitalier** et des frais financiers liés, soit 13 milliards d'euros.

Cette reprise a été inscrite dans la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie du 7 août 2020. L'étude d'impact du projet de loi soulignait alors que la santé financière des établissements publics de santé « *menace dans certains cas la pérennité de leurs missions permanentes de service public auxquelles ils ne peuvent se soustraire* ».

Le mécanisme retenu est celui de **versements de la Cades à l'Acoss, dans la limite de 13 milliards d'euros à un rythme de 5 milliards d'euros par an maximum. L'Acoss verse ensuite, pour le compte de la Cnam, des dotations aux établissements hospitaliers, lesquels remboursent leurs créances selon leurs échéanciers propres.**

La « reprise » n'est donc pas une reprise au sens propre des encours de dettes, mais bien une dotation visant à prendre en charge le remboursement de l'encours et des frais financiers liés.

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



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

4. Une dotation prévue sur deux niveaux

L'étude d'impact précise la forme que devrait prendre la dotation aux établissements.

Le Gouvernement prévoit ainsi deux parts :

- une « **part ferme** », représentant 20 %, répartie au niveau national **sur la base de l'endettement et de la capacité d'autofinancement nette**, ayant pour objectif la relance de l'investissement courant ;
- une « **part régionale** », représentant 80 %, définie à par les ARS et tenant compte **des enjeux d'inégalités et de transformation**.

Une compatibilité avec le droit de l'Union européenne

Les mesures proposées de reprise de dette des établissements de santé constituent une aide d'État au sens des traités européens.

Le Gouvernement indique que cette aide est compatible avec le marché intérieur et **exemptée de l'obligation de notification à la Commission européenne.**

Cette compatibilité relève des dispositions relatives aux **compensations de charges de service public pour les services d'intérêt économique général (SIEG)**, catégorie dont relèvent les établissements de santé.

Trois critères doivent cependant être respectés : la gestion du SIEG doit être confiée par un acte ou mandat à l'entreprise, **aucune surcompensation** n'est acceptée et un **mécanisme de contrôle** doit être prévu.

La contractualisation prévue, **les paramètres de calcul de la dotation** et le **mécanisme de contrôle** et de reprise prévus au présent article entendent satisfaire à ces obligations.

B. Un dispositif apportant un cadre opérationnel à la reprise de dette

1. Des reprises visant à la continuité, la qualité, la sécurité et la transformation du service public hospitalier

Le I expose le cadre général et les principes du dispositif.

Le **premier alinéa** prévoit ainsi que les régimes obligatoires d'assurance maladie versent une dotation annuelle aux établissements du service public hospitalier volontaires. Celle-ci a pour but « *de 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* ».

Le **deuxième alinéa** conditionne ce versement à un contrat entre l'établissement et l'agence régionale de santé, celui-ci devant être conclu avant le 31 décembre 2020.

Le **troisième alinéa** prévoit que la somme des dotations est égale à **13 milliards d'euros**, mobilisant ainsi le plafond prévu par la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie.

Le **dernier alinéa du I** précise enfin les conditions d'imputation comptable de ces dotations pour les organismes de la branche maladie : ces versements constitueront des opérations de trésorerie sans incidence sur leur compte de résultat.

2. Des dotations liées aux encours de dettes

Le II précise les éléments pris en compte pour déterminer les montants des dotations.

Le 1° mentionne les encours restants dus au 31 décembre 2019 inscrits au bilan de l'établissement, précisant que ceux-ci ne doivent se rapporter qu'au « *seul champ sanitaire* ». Le Gouvernement entend exclure les activités du champ médico-social ainsi que les unités de soins de longue durée, considérant leurs différents modes de financement.

Le 2° intègre à cette prise en compte les aides ou compensations accordées au titre de ces emprunts, mais aussi les frais financiers liés.

3. Une contractualisation de la reprise avec les hôpitaux

Le III précise le contenu des contrats conclus entre les établissements et les ARS.

Le premier alinéa prévoit que les contrats sont conclus pour une durée maximale de quinze ans ; ils peuvent faire l'objet de révisions par avenant. Ils sont signés par le directeur général de l'ARS et les représentants légaux des établissements. Différents éléments sont prévus comme devant être précisés par ces contrats :

- le 1° prévoit le mandat que l'établissement doit suivre concernant l'investissement, la transformation et l'assainissement de la situation financière, ainsi que les charges tirées du I, financées par la dotation ;

- le 2° mentionne les différents paramètres financiers, l'encours de dette mais aussi les paramètres de calcul et les dotations prévues ;

- le 3° vise l'échéancier de versement des dotations annuelles ;

- le 4° prévoit les conditions de suivi, d'évaluation et de contrôle mais aussi les modalités de reprise des financements en cas de non-respect des engagements. Une même reprise est prévue en cas de surcompensation des charges, afin d'assurer la conformité de cette aide avec le droit de l'Union européenne.

Le IV exige que les ARS veillent à la cohérence, lors de leur renouvellement, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les contrats liés à la reprise de dette.

Le V précise les modalités d'imputation comptable de la dotation pour les établissements, ainsi que sa répartition entre fonds propres et produits financiers.

Le VI prévoit la définition des conditions d'application par un décret en Conseil d'État, au titre desquelles sont listés :

- la détermination des compensations des obligations du service public hospitalier, au 1° ;
- la détermination des encours de dettes pris en compte et du montant des dotations annuelles, au 2° ;
- la mise en œuvre des contrats, au 3° ;
- les modalités de contrôle et de récupération des éventuelles surcompensations, au 4°.

4. Une modification des termes de la reprise par la CADES

Le VII modifie l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. Le C du II *septies* de son article 4 est complété par la **mention d'un décret devant fixer les dates et montants des transferts de la Cades à l'Acoss** assurant la couverture des dotations de l'Assurance maladie aux établissements.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale : un allègement substantiel du lien à la dette des établissements

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a largement modifié l'article 27, afin notamment d'**affirmer l'objectif d'investissement** que porte la mesure.

A. Une suppression du lien entre la dotation et l'encours de dette

L'Assemblée nationale a notamment, à son I :

- supprimé la mention du caractère annuel de la dotation ;
- prévu que la somme des dotations serait finalement fixée par décret, dans le **plafond de 13 milliards d'euros** ;
- **modifié les règles d'imputation comptable**, prévoyant une inscription au bilan de la CNAM au moment du transfert de la Cades à l'Acoss mais une constatation au compte de résultat suivant les versements des dotations annuelles.

Elle a en outre réécrit le II, **supprimant les références aux encours restants dus** et aux frais financiers pour la détermination du montant de la dotation. Sont désormais visés « *les ratios d'analyse financière et les marges financières nécessaires à l'investissement* ». Le Gouvernement indique vouloir « *alléger le travail technique* » préalable à la contractualisation, qui aurait nécessité un audit complet et ralenti le processus.

En outre, la suppression de la mention des encours inscrits au bilan des établissements permettrait une **prise en compte des dettes et participations des hôpitaux au titre des groupements de coopération sanitaire dont ils sont membres.**

Au **III**, l'Assemblée nationale a **réduit la durée des contrats liant les établissements aux ARS, de quinze à dix ans.** Le Gouvernement entend accélérer les versements, à montants inchangés.

Le **désendettement** a été inscrit au titre du mandat qui doit être précisé par le contrat. En revanche, **l'encours de dette de l'établissement disparaît de ce contrat.**

Dans ce même **III**, à l'initiative du rapporteur général Thomas Mesnier et plusieurs de ses collègues, l'Assemblée nationale prévoit **un suivi du conseil territorial de santé sur les contrats prévus.**

Au titre des modifications proposées par le Gouvernement, le **V** ne prévoit désormais plus qu'une **comptabilisation en capitaux propres** pour la dotation.

La **mention des encours de dette pris en compte est également supprimée** du 2° du **VI**. À ce **VI**, à l'initiative de M. Mesnier, la publication des modalités retenues par l'ARS pour la détermination du montant de la dotation est ajoutée aux éléments devant être précisés par décret en Conseil d'État.

B. Une réécriture de la finalité des dotations assurées par la CADES

Le **VII** est enfin remplacé par une **rédaction nouvelle du C du II septies de l'article 4 de l'ordonnance de 1996.**

Aux termes de la nouvelle rédaction, les dotations de l'Assurance maladie aux établissements ne visent plus à couvrir « *des échéances des emprunts contractés au 31 décembre 2019* » mais à la couverture d'un « *soutien exceptionnel (...) au titre du désendettement pour favoriser les investissements* ».

III - La position de la commission : un rejet du dispositif au regard de sa nature et de ses intentions

A. Un rejet réaffirmé du dispositif

Lors de l'examen de la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie à l'été 2020, le Sénat avait **supprimé les dispositions relatives à la reprise de la dette hospitalière.**

La commission avait en effet considéré que cette dette était pour l'essentiel le fait de **plans d'investissements d'initiative gouvernementale, à visée principalement immobilière**, dont la Cnam n'avait pas à assurer le financement et qui **ne relevaient pas de la « dette sociale ».**

La commission s'interrogeait en conséquence sur la formulation retenue dans la rédaction initiale concernant **les encours de dettes** qui « *se rapportent au seul champ sanitaire hors unités de soins de longue durée* », supprimée par l'amendement du Gouvernement.

Si la reprise de la dette des établissements du service public hospitalier ne pose pas de problème de principe à la commission, c'est bien le moyen choisi qui est refusé. La commission rejette le principe de transfert à la Cades d'une « dette future », créée à la charge de la Cnam par le législateur pour cette reprise. **La Cades se trouve ici à financer directement une dotation aux hôpitaux** quand elle a la charge de la seule dette sociale.

Le rétablissement de meilleures capacités de financement des hôpitaux est une nécessité, afin de permettre à ceux-ci de réaliser les investissements nécessaires à leur bon fonctionnement.

La commission des affaires sociales renouvelle ici la position déjà exprimée dans ses récents rapports : la reprise d'une partie de **la dette hospitalière doit se faire par le biais de crédits budgétaires et non alourdir les déficits sociaux**.

Le dispositif retenu par le Gouvernement dans la loi du 7 août 2020 comme sa mise en œuvre proposée **remettent en cause le bon amortissement de la dette transférée à la Cades**, réalisé conformément aux dispositions organiques au moyen des ressources affectées. Surtout, ce transfert non justifié **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**.

B. Un dévoiement de l'intention d'une reprise de la dette : une nouvelle dette chasse l'ancienne

1. Une reprise de dette sous forme de remplacement de dette

La commission craint que le dispositif proposé n'apporte pas une réponse solide au désendettement des hôpitaux.

En effet, **cette reprise visait à au rétablissement des capacités d'autofinancement des hôpitaux**, et ainsi à leur permettre d'améliorer leurs investissements du quotidien. Cependant, l'objectif décrit autour du présent article est bien de **favoriser de nouveaux investissements structurants**.

Les 13 milliards de reprise de dette, qui avaient été annoncés en décembre 2019, sont ainsi aujourd'hui présentés comme faisant partie de la « relance de l'investissement » décidée à l'issue du Ségur de la santé à hauteur de 19 milliards d'euros.

En cela, il est **difficile de penser que la capacité d'autofinancement des hôpitaux en sortira améliorée : à une dette passée viendra se substituer une nouvelle dette**. Alors que la reprise visait à gommer l'héritage d'endettement des plans gouvernementaux passés, **la commission refuse qu'elle se transforme en un seul renouvellement de dettes**.

2. Une nouvelle rédaction qui oublie même l'intention de reprise

a) Une réécriture aux objectifs mal identifiés

La rédaction retenue par l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement **renforce le caractère illisible du dispositif proposé, au prétexte d'une simplification et d'une accélération de sa mise en œuvre.**

Le Gouvernement indique ainsi que *« l'amendement proposé vise à orienter plus nettement la mesure vers le soutien à l'investissement et à la transformation de l'offre en redonnant aux établissements les marges financières nécessaires par le versement d'aides en capital destinées à financer tant les projets structurants, que l'investissement du quotidien ».*

Alors que les encours de dettes ne sont plus pris en compte pour déterminer les dotations, la volonté de proportionner les dotations aux besoins liés aux encours en sort affaiblie. En ce sens, la garantie de conformité au droit de l'Union européenne en matière d'aide d'État ne paraît plus aussi solidement assurée.

La modification des règles d'imputation comptable de cette dotation **interroge sur la finalité de cet amendement.** En effet, le texte prévoit désormais une inscription au bilan de la Cnam des transferts de la Cades et une constatation progressive au compte de résultat. En cela, la modification apparaît davantage comme **une justification de la place du dispositif en loi de financement** qu'un souci de bonnes règles comptables.

b) Une modification précipitée d'une loi tout juste adoptée

Dans l'amendement adopté, le Gouvernement a également choisi de signer ce louvoiement par la modification qu'il propose de l'ordonnance de 1996. **Moins de trois mois après l'adoption de la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie qui a rédigé ce C du II septies rétabli, le Gouvernement propose une réécriture** à la pertinence douteuse. De telles dispositions n'ont pas vocation à être réécrites au gré des réorientations soudaines : cet amendement signe le manque de précision et de calibrage qui a présidé à la rédaction de la loi du 7 août en matière de reprise de dette.

Aussi, vouloir mélanger l'investissement et le désendettement comme le fait ici le Gouvernement constitue, pour la commission, le meilleur moyen de ne réussir ni le premier, ni le second. Et ce alors que le service public hospitalier a besoin d'un dispositif clair, solide, réfléchi.

Pour toutes ces raisons, la commission vous demande de supprimer cet article.

Article 28

Ajustements à la réforme du financement des établissements de santé

Cet article introduit une participation forfaitaire de l'assuré pour tout passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation, ajuste la réforme du financement des urgences votée en LFSS 2020 et procède, dans le contexte de la crise sanitaire, au report de diverses réformes (report d'un an de la réforme du ticket modérateur en psychiatrie et en soins de suite et réadaptation, adaptation de la période de transition vers le modèle de financement des activités de SSR, prolongement des expérimentations dans le champ des transports sanitaires urgents...).

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

I - Un ensemble disparate d'ajustements et de reports de réformes impactant le financement des établissements de santé

A. Des ajustements à la réforme du financement des services d'urgence (I et VII) pour accroître la visibilité de la participation des patients et réduire les inégalités territoriales

L'article 36 de la LFSS pour 2020¹ a engagé une réforme du mode de financement des services d'urgence dont l'entrée en vigueur est prévue au 1^{er} janvier 2021. Celle-ci substitue à un financement essentiellement lié à l'activité² un mode de financement mixte combinant³ :

- une dotation populationnelle qui devrait représenter entre 55 et 60 % du financement d'après les discussions engagées avec les acteurs ;
- des recettes liées à l'activité qui représenteraient de 38 à 43 % du financement et incluraient le principe d'une modulation selon l'intensité des prises en charge sous la forme notamment de forfaits liés à l'âge ;
- enfin, une dotation liée à la qualité et à l'organisation des prises en charge, distincte de la dotation IFAQ, pour les 2 % restants.

Le **I** apporte deux principaux ajustements à cette réforme, applicables à compter du 1^{er} janvier 2021 (**VII**).

¹ Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020. Le décret d'application n'est pas encore publié mais devrait l'être d'ici la fin de l'année.

² Notamment composé d'un « forfait accueil et traitement des urgences » dû pour chaque passage non suivi d'une hospitalisation et d'un « forfait annuel urgences » pour les 9 000 premiers passages, avec des suppléments au-delà par tranches de 2 500 passages.

³ Ces dispositions sont codifiées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale.

1. L'introduction d'une participation forfaitaire de l'assuré pour tout passage non suivi d'une hospitalisation (« forfait patient urgences »)

• Le 1° du A introduit à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale le principe d'une **participation forfaitaire** de l'assuré - dont le montant serait fixé par arrêté après avis de l'Uncam et de l'Unocam - aux frais occasionnés par un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation au sein de l'établissement¹, dont les recettes viendraient abonder le financement de ces structures.

Cette participation **se substituerait au ticket modérateur dont le montant est proportionnel au tarif des soins** : celui-ci représente aujourd'hui 20 % du forfait « accueil et traitement des urgences » (fixé à 25 euros par passage) et 20 % des actes et consultations réalisés. Il est obligatoirement **couvert par les contrats responsables** d'assurance maladie complémentaire ou par la complémentaire santé solidaire, comme le serait la nouvelle participation forfaitaire.

D'après l'étude d'impact, l'objectif est de « *faciliter la lisibilité, la facturation et le recouvrement* » de cette participation de l'assuré, dont le montant serait connu du patient et de l'établissement quel que soit le niveau des soins. À l'heure actuelle, 33 % des factures - envoyées parfois plusieurs mois après un passage aux urgences - ne sont pas recouvrées dans les établissements publics et environ 20 % dans les établissements privés.

Le texte prévoit que le montant de la participation peut être modulé à la baisse en cas de maternité (article L. 160-9 du code de la sécurité sociale) ou d'affection longue durée (3° et 4° de l'article L. 160-14 du même code), pour les titulaires d'une pension d'invalidité (13° de l'article L. 160-14) ou d'une rente AT/MP (article L. 371-1). Sa suppression totale n'est envisagée que dans des cas ciblés : pour les victimes d'un acte de terrorisme (article L. 169-1), les soins consécutifs aux sévices subis par des mineurs pénalement réprimés (15° de l'article L. 160-14) ou encore en cas de « risque sanitaire grave et exceptionnel, notamment d'épidémie », imposant des mesures de protection de la santé publique (article L. 16-10-1 du même code). Ces **possibilités d'exonération de la participation sont plus circonscrites que celles de droit commun** énumérés à l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, s'agissant notamment des femmes enceintes ou des patients en ALD pour les soins en lien avec l'affection.

¹ D'après les précisions apportées par la DGOS, si le passage aux urgences est suivi d'une hospitalisation au sein du même établissement, la participation du patient sera assise sur les seuls frais liés à l'hospitalisation ; si l'hospitalisation a lieu dans un autre établissement, le patient devra s'acquitter du FPU pour son passage aux urgences ainsi que des frais liés à son hospitalisation dans le second établissement.

- Le montant de la participation, renvoyé à un arrêté pris après avis de l'Uncam et de l'Unocam, serait de **18 euros environ d'après l'étude d'impact et de 8 euros en cas de minoration**. Le montant moyen du ticket modérateur est de 18,85 euros dans le secteur public et privé non lucratif et 20,11 euros dans le secteur privé lucratif et, en considérant l'ensemble des patients (exonérés ou non), il est en 2019 de 15,3 euros par passage. D'après les indications de la DGOS, **10 % des patients se voient toutefois facturer à l'heure actuelle un reste à charge supérieur à 30 euros**.

D'après l'étude d'impact, **la réforme conduirait certes à élargir le nombre de patients devant s'acquitter d'une participation mais réduirait le reste à charge pour les patients en ALD**, par une forme de mutualisation du risque. Les précisions apportées par DGOS montrent que lorsque le passage aux urgences n'est pas lié à l'ALD (ce qui représenterait plus de la moitié des passages pour ces assurés), ces patients se voient facturer un ticket modérateur de plus de 33 euros dans 10 % des cas. Le choix d'un montant réduit pour ces assurés permet de compenser le fait que la participation sera due quel que soit le motif du passage aux urgences.

Le Gouvernement estime, dans l'étude d'impact, que la « *masse globale de participation* » devrait rester constante « *sans organiser de déport entre assurance maladie obligatoire et complémentaire* », tandis que les organismes complémentaires demandent, en l'absence de réelle visibilité, à être associés aux estimations d'impact macroéconomique et microéconomique.

Pour mémoire, le montant du reste à charge global représente **257 millions d'euros en 2019** (tous secteurs confondus).

- Les E et F du I procèdent à des coordinations.

2. L'affichage explicite d'un objectif de réduction des inégalités de financement des services d'urgence

- Le **B du I** ajuste la rédaction de l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale introduit par l'article 36 de la LFSS pour 2020 :

- d'abord, pour préciser que le montant annuel de la dotation populationnelle allouée à chaque établissement est fixé par le directeur général de l'ARS, ce qui est cohérent avec l'échelle régionale envisagée pour la définition de ses critères d'attribution (1°) ;

- ensuite, pour **expliciter l'objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation de ressources régionales** dans la répartition de la dotation populationnelle entre régions (2°). D'après les indications de la DGOS, cette inscription dans la loi vise à asseoir l'inscription d'une « *trajectoire de réduction de ces inégalités* » (cf. tableau ci-après) au niveau réglementaire. Ces dispositions reprennent celles figurant à l'article L. 162-22-18 concernant le financement des activités de psychiatrie (article 34 de la LFSS pour 2020). Elles font écho à un enjeu dans la déclinaison des modalités de la réforme sur lequel la commission avait attiré l'attention lors des débats sur cet article dans le précédent PLFSS ;

- enfin, pour inscrire, par coordination, les recettes liées à la participation forfaitaire des assurés instauré par cet article au titre des sources de financement des services d'urgence (3°).

D'après les indications transmises à la rapporteure, le rattrapage entre régions dans le financement des services d'urgence (dotation populationnelle), suivant les travaux d'un groupe de travail *ad hoc*, s'établit comme suit :

Rattrapage à opérer sur 5 ans dans le financement des services d'urgences selon les différentes régions (en %)

Auvergne-Rhône-Alpes	2	Île-de-France	0
Bourgogne-Franche-Comté	3	La Réunion	4
Bretagne	11	Martinique	0
Centre-Val-de-Loire	7	Normandie	1
Corse	0	Nouvelle Aquitaine	9
Grand Est	7	Occitanie	0
Guadeloupe	0	Pays de la Loire	22
Guyane	5	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0
Hauts-de-France	0		

Source : DGOS

- Les C à E du I procèdent à **divers autres ajustements** de cette même réforme. Il s'agit notamment de sortir les futurs forfaits dits « à l'activité » du champ d'application du coefficient prudentiel (puisqu'ils se substituent à des vecteurs de financement auquel ce coefficient ne s'appliquait pas) et du coefficient géographique (qui sera intégré dans la construction de la dotation populationnelle).

B. Le report de plusieurs réformes justifié par le contexte de crise sanitaire (II à VI)

1. Le report d'un an de la réforme du ticket modérateur en psychiatrie et SSR, se heurtant à des difficultés techniques

- L'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a engagé une **réforme du calcul de la participation des assurés aux frais d'hospitalisation (ou ticket modérateur)**, dont de nombreuses études avaient montré le caractère complexe et inéquitable. Cette réforme, tout en maintenant le principe de « tarifs journaliers de prestations », les rationalise selon une **nomenclature nationale**, devant entrer en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2021. Elle est applicable non seulement aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie mais également, et cela pour l'ensemble des établissements de santé publics ou privés, aux activités de psychiatrie et de soins de suite et réadaptation (SSR).

Le PLFSS reporte d'un an, au 1^{er} janvier 2022, le calendrier d'entrée en vigueur de cette réforme en psychiatrie et SSR (1° du C du II) en le déconnectant de la date de mise en œuvre des réformes concernant le financement de ces activités, engagées pour la première par l'article 34 de la LFSS pour 2020 et pour la seconde par l'article 78 de la LFSS pour 2016 (modifié plusieurs fois depuis).

Par coordination et à titre transitoire, les anciennes modalités de participation du patient dans les établissements publics et privés exerçant des activités de SSR et de psychiatrie sont maintenues jusqu'au 31 décembre 2021 (B et 3° du C du II) et le début de la période transitoire ouverte par la LFSS pour 2020 afin de limiter les effets de cette réforme sur les recettes des établissements de santé est décalée en conséquence (2° du C).

Ce report, qui ne concerne pas le champ MCO, est justifié non seulement par la crise sanitaire qui a ralenti les travaux et la concertation mais également par des **difficultés techniques** liées notamment à la **difficulté à identifier les données d'activités dans le champ de la psychiatrie** pour construire une grille de tarifs journaliers nationaux et rendent nécessaires des développements complémentaires des systèmes d'information.

2. Le prolongement d'un an des expérimentations dans le champ des transports sanitaires urgents

Le III prolonge d'un an, soit jusqu'au 1^{er} janvier 2022 (sur une période de dix ans), les expérimentations ouvertes par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 portant sur « *les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région* » et déployées dans sept départements¹. La LFSS pour 2020² avait déjà prolongé d'un an cette phase d'expérimentation.

Parallèlement, une réforme des transports sanitaires urgents est en cours de déploiement, sur la base notamment l'avenant 8 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés signé le 20 mars 2017.

Il s'agit, d'après l'étude d'impact, d'« *assurer la transition vers le nouveau système pour les sept territoires concernés, sans imposer le retour au système précédent pour les quelques mois avant l'entrée en vigueur de la réforme* », ce précédent système étant marqué par des « *limites fortes* » parmi lesquelles un manque de rentabilité pour les transporteurs.

Là aussi, la crise sanitaire a suspendu des discussions permettant d'assurer la transition dans de bonnes conditions.

¹ Sont concernés les départements des Bouches-du-Rhône, de la Haute-Garonne et de l'Isère intégrant certains secteurs de la Drôme. Une seconde vague d'expérimentations a concerné les départements de la Savoie, du Var, de la Charente-Maritime et de l'Allier.

² Cf. son article 66.

3. L'adaptation de la période de transition vers le nouveau modèle de financement des activités de SSR

Le **IV** modifie les modalités de la transition vers le nouveau modèle de financement des activités de SSR, défini par la LFSS pour 2016¹.

La LFSS pour 2016 avait prévu un déploiement progressif jusqu'au 1^{er} mars 2022 dans le cadre d'un **mécanisme de convergence** destiné à lisser les effets de la réforme (coefficient de transition).

Les modalités de cette réforme ont depuis été ajustées à plusieurs reprises, conduisant notamment à repousser au 1^{er} mars 2026 la fin de cette convergence : la LFSS pour 2018 en a repoussé le calendrier, de même que l'article 34 de la LFSS pour 2020 qui a encore prolongé d'un an, jusqu'à fin 2020, les modalités transitoires de financement, en procédant par ailleurs à une révision du modèle cible.

Le **I du IV** reporte d'une année, à compter du 1^{er} janvier 2022, l'application du coefficient de transition et le restreint aux seules recettes issues de l'activité. D'après les indications de la DGOS, ce coefficient n'est plus nécessaire en 2021 du fait d'un **mécanisme de sécurisation** défini au cours du premier semestre 2020 et consistant, **en 2021**, à financer les établissements de SSR par le versement d'acomptes mensuels représentant 100 % de leurs recettes historiques² afin de neutraliser les impacts négatifs de la réforme pour tous les établissements. Il ne s'agit pas, pour le Gouvernement, d'un report de l'application du nouveau modèle de financement dont l'entrée en vigueur était prévue au 1^{er} janvier 2021, même si les modalités transitoires pour 2021 sont *de facto* sensiblement ajustées.

le **II du IV** apporte en outre une clarification quant à la période de dérogation de la facturation directe pour les établissements privés, qui s'étire jusqu'à fin février 2023.

4. Une transition vers le nouveau modèle de financement des hôpitaux de proximité

Dans le prolongement de la refonte du cadre juridique des hôpitaux de proximité par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, l'article 33 de la LFSS pour 2020 a défini un nouveau modèle de financement mixte, sur la base d'une garantie pluriannuelle de financement de l'activité de médecine et d'une dotation de responsabilité territoriale.

¹ Visant à corriger les effets négatifs du modèle de financement historique de ces activités (sur la base d'un prix de journée pour le secteur privé ou d'une dotation pour le secteur public), le nouveau modèle, commun aux établissements publics comme privés, combine des recettes liées à l'activité et une dotation forfaitaire visant à sécuriser de manière pluriannuelle le financement des établissements, ainsi que des financements complémentaires forfaitaires.

² Les recettes liées aux molécules onéreuses, à la dotation IFAQ et aux missions d'intérêt général (MIG) pérennes sont néanmoins exclues du périmètre sécurisé.

- Un premier ajustement ponctuel porte sur la définition des critères sur la base desquels est déterminé le niveau de la garantie pluriannuelle : le **3° du A du II** supprime la précision selon laquelle les besoins de santé de la population pris en compte sont ceux « *définis par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales* », apparue en pratique trop restrictive.

- Le **VI** ouvre en outre une **disposition transitoire** afin de permettre aux établissements labellisés « hôpitaux de proximité » sous l'égide de l'ancien modèle et qui ne répondraient pas au cadre défini par la loi du 24 juillet 2019 de **continuer à bénéficier, pour l'année 2021, de l'ancien régime de financement dérogatoire issu de la LFSS pour 2015.**

Il s'agit d'accompagner le temps de montée en charge nécessaire pour que certains des 241 actuels hôpitaux de proximité répondent aux exigences du nouveau label, alors que la crise sanitaire a pu contribuer à retarder ces évolutions et la conclusion des partenariats nécessaires. Il faut aussi relever que les textes pris en application de la loi du 24 juillet 2019 comme de la LFSS pour 2020, notamment l'ordonnance sur les principes de la labellisation et le décret fixant les modalités précises du nouveau financement, ne devraient être publiés qu'en fin d'année.

Les estimations transmises à la rapporteure identifient une cible potentielle de 10 à 20 % des actuels hôpitaux de proximité susceptibles de bénéficier de cette mesure transitoire. La sécurisation de leurs recettes représente, d'après l'étude d'impact, une dépense estimée à 2 millions d'euros pour 2021.

5. Les autres ajustements et reports

- Les **2° et 4° du A du II** tirent les conséquences des travaux engagés sur le virage ambulatoire, notamment de la création de groupements homogènes de séjour (GHS) dits « intermédiaires » pour les prises en charge coordonnées : cette évolution conduit à abroger l'article L. 162-22-6-1 du code de la sécurité sociale introduit par l'article 79 de la LFSS pour 2017, qui ouvrait la possibilité pour les établissements de santé, dans un nombre limité de pathologies dont le diabète ou l'insuffisance cardiaque grave, de facturer une prestation d'hospitalisation (« forfait prestation intermédiaire ») pour une prise en charge nécessitant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels de santé ou socio-éducatifs¹.

- Le **A du V** concerne la recentralisation de la **politique de lutte contre la tuberculose** engagée par l'article 57 de la LFSS pour 2020.

Sans revenir sur l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions prévue le 1^{er} janvier 2020, la modification porte sur les mesures transitoires permettant de **préserver la validité des conventions conclues par les départements avec l'État dont le terme est antérieur au 1^{er} septembre 2021** (au lieu du 1^{er} janvier 2021).

¹ Ce dispositif concernait quatre pathologies : le diabète

Pour les conventions s'achevant après cette date, les départements ne pourront poursuivre ces activités qu'après avoir obtenu de l'ARS une habilitation avant le 1^{er} mars 2021 (au lieu du 30 juin 2020).

- **Le B du V** concerne la **réforme des CAQES (contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins)** engagée par l'article 64 de la LFSS pour 2020, qui a eu pour objet de simplifier la démarche de contractualisation entre les établissements de santé, les ARS et l'assurance maladie sur les actions menées en termes de pertinence des soins.

L'entrée en vigueur du nouveau modèle est reportée d'un an, au 1^{er} janvier 2022. Les contrats conclus au cours de l'année 2021 se feront donc, comme le précise l'étude d'impact, sur la base de l'ancien modèle. D'après les précisions transmises à la rapporteure, l'année 2021 constituera dans ce cadre une phase de transition avec l'expérimentation de quatre premiers indicateurs nationaux¹ par les établissements volontaires.

II - Les modifications introduites par l'Assemblée nationale

- **Le report et des ajustements à la réforme de la participation des patients aux urgences (« forfait patients urgences »)**

- À l'initiative de son rapporteur général, l'Assemblée nationale a **modifié les conditions de minoration ou d'exonération de la participation forfaitaire des usagers aux urgences** (« forfait patient urgences ») instituée par cet article. L'amendement maintient l'exonération dont bénéficient à l'heure actuelle les **femmes enceintes** à compter du 6^e mois de grossesse pour tous leurs soins (article L. 160-9 du code de la sécurité sociale) ainsi que les **nouveau-nés**, dans les 30 jours suivant leur naissance (11^o de l'article L. 160-14). Il inscrit également les **invalides de guerre** dans le champ du forfait minoré, au même titre que les patients en ALD.

- Un **amendement du Gouvernement**, adopté avec l'avis favorable de la commission, **reporte en outre au 1^{er} septembre 2021 (au lieu du 1^{er} janvier 2021) l'entrée en vigueur du « forfait patient urgences »** afin de faciliter sa mise en œuvre dans les établissements de santé (notamment pour les adaptations nécessaires en matière de facturation) et permettre dans l'intervalle la poursuite d'évolutions structurelles sur l'accès aux soins non programmés.

¹ Ces indicateurs portent sur le taux de recours : à une ambulance ; à la prescription d'inhibiteur de pompe à proton ; à la prescription des perfusions à domicile ; aux examens pré-anesthésiques pour la chirurgie mineure.

- **L'ajustement des conditions d'entrée en vigueur de la réforme du reste à charge hospitalier engagée par la LFSS pour 2020**

Un **amendement du Gouvernement**, adopté avec l'avis favorable de la commission, **échelonne sur 3 ans la mise en œuvre de la réforme du reste à charge hospitalier** (tarif national journalier de prestations) engagée par l'article 35 de la LFSS pour 2020 et dont l'entrée en vigueur était prévue au 1^{er} janvier 2021 dans le champ MCO. En raison de son impact sur les revenus de certains établissements de santé, il met en place, du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2023, un « coefficient de transition » calculé pour chaque établissement de manière à lisser ces effets dans le temps, selon des modalités renvoyées à un décret en Conseil d'État.

Outre quatre amendements rédactionnels de son rapporteur général, l'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission : des mesures de report justifiées dans un contexte sanitaire qui met sous tension les établissements de santé

- **La gestion de l'épidémie de covid-19 met sous tension extrême des établissements de santé déjà éprouvés avant la crise sanitaire.** Dans ce contexte exceptionnel, les fédérations hospitalières entendues par la rapporteure ont estimé que le report de plusieurs réformes était opportun afin de **laisser les professionnels travailler sereinement sans les contraindre à avancer à marche forcée** sur des réformes qui nécessitent une pleine appropriation des acteurs.

- Les fédérations de l'hospitalisation privée auraient d'ailleurs souhaité aller plus loin, en sollicitant le report de la réforme du financement des activités de SSR ou de psychiatrie qui entreront en vigueur progressivement à compter de 2021, réformes *a contrario* fortement attendues du secteur public. Comme la commission l'a souligné lors de l'adoption de ces réformes, il est **indispensable de garantir aux établissements une visibilité suffisante sur les ressources dont ils vont disposer, a fortiori** dans la période actuelle traversée par de fortes incertitudes. En effet, comme l'a rappelé la FHP, l'écart entre les échelles tarifaires du public et du privé est de l'ordre de 1 à 3 à l'heure actuelle pour les activités de SSR. Le modèle transitoire de financement des SSR défini pour 2021 soulève des inquiétudes du secteur privé en l'absence de simulation ainsi que quant à sa capacité à prendre en compte l'innovation et les dynamiques d'activités.

La rapporteure interpellera le ministre sur ce point de vigilance, alors qu'Olivier Véran n'a pas écarté, lors des débats à l'Assemblée nationale, d'« *accorder un délai supplémentaire de quelques mois à la mise en place d'une des réformes* » pour l'un des secteurs après consultation des ARS.

• Quant au « **forfait patient urgences** », si la rapporteure reconnaît l'intérêt d'une forfaitisation de la participation des usagers pour améliorer la lisibilité et l'équité et simplifier les modalités de facturation, **cette évolution essentiellement technique ne règlera en rien la question complexe des recours dits non justifiés aux services hospitaliers d'urgence**, parfaitement analysée par la commission dans un rapport d'information¹ et qui appelle notamment des actions structurelles et un soutien aux acteurs des territoires pour favoriser la prise en charge des soins non programmés en ville.

Sous le bénéfice de ces observations, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 28 bis (nouveau)

**Création d'une dotation mission d'intérêt général (MIG)
pour le financement des dispositifs de prise en charge
des femmes victimes de violences**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à étendre les dotations MIGAC des établissements de santé au financement de dispositifs dédiés de prise en charge des femmes victimes de violence.

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

I - La création d'une mission d'intérêt général dédiée à la prise en charge des femmes victimes de violences

Cet article est issu d'un amendement du Gouvernement adopté avec l'avis « très favorable » de la commission des affaires sociales.

Il modifie l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale afin d'étendre le champ de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)² des établissements de santé aux engagements en faveur de la mise en place de dispositifs dédiés de prise en charge des femmes victimes de violence.

L'objectif de la création d'une dotation MIG dédiée est, d'après l'exposé des motifs, de « *soutenir le développement [de ces dispositifs] sur le territoire à la hauteur des besoins constatés* ».

¹ « *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé* », rapport d'information n° 685 (2016-2017) de Laurence Cohen, Catherine Génisson et René-Paul Savary, commission des affaires sociales, 26 juillet 2017.

² Cette dotation nationale, financée par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), est déterminée chaque année par l'État en fonction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) puis répartie en dotations régionales.

Cela reprend une préconisation d'un rapport de l'IGAS de 2017 qui constatait que « *les situations prises en charge [à l'hôpital], qui nécessitent la mobilisation d'équipes pluridisciplinaires et se laissent difficilement standardiser, cadrent mal avec une tarification à l'activité* ». La mission préconisait de donner aux structures hospitalières les moyens d'organiser ces prises en charge par l'identification de moyens budgétaires *ad hoc*, notamment en créant une MIG dédiée, afin de « *garantir lisibilité, effectivité et pérennité au financement des actions* »¹.

II - La position de la commission : une mesure qui devra s'accompagner d'une réelle sécurisation du financement des dispositifs dédiés

Alors que plus de 200 000 femmes sont chaque année victimes de violences, l'hôpital est un lieu important pour leur prise en charge, notamment au sein des services d'urgences et gynéco-obstétriques. Le soutien au développement de structures dédiées, à l'instar de la Maison des femmes à Saint-Denis, est un objectif pleinement partagé.

Cependant, **la portée de cet article est de facto limitée en raison de l'émiettement des dotations MIG** : en 2019, la dotation d'un montant de 5,4 milliards d'euros², qui recouvre notamment les crédits des MERRI (missions d'enseignement, de recherche, d référence et d'innovation), est ventilée en **110 items** aussi divers que le financement des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), des centres de référence maladies rares, des centres de diagnostic prénatal, des équipes de cancérologie pédiatrique ou encore la rémunération des internes en stage hospitalier³.

La nécessité d'une intervention du législateur est discutable : l'article L. 162-22-13 précise que la dotation MIGAC « *participe (...) au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques* »⁴, en renvoyant à un décret le soin de fixer « *la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques susceptibles de donner lieu à l'attribution d'une dotation* ». En pratique, la liste des MIG est fixée chaque année par un arrêté ministériel⁵ et leur périmètre est régulièrement révisé.

¹ « *La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violence : éléments en vue d'une modélisation* », Inspection générale des affaires sociales, mai 2017.

² S'y ajoutent en outre des dotations transférées du FIR pour un montant total de la dotation nationale MIGAC de 7 milliards d'euros pour 2019 (arrêté du 6 mars 2019).

³ Rapport au Parlement sur le financement des établissements de santé remis en application de l'article L. 162-23-14 du code de la sécurité sociale, 2020.

⁴ 191,6 millions d'euros ont ainsi été dédiés en 2019, notamment, à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières.

⁵ Cf. notamment l'arrêté du 18 juin 2019 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8.

Pour autant, il apparaît **souhaitable que les crédits nécessaires au financement de cet enjeu de santé publique soient sécurisés** et ne soient pas mobilisés au détriment d'autres besoins tout aussi légitimes, tels que ceux relevant de la dotation MIG « précarité ».

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

Article 28 ter (nouveau)

Mise en place d'un dispositif de rescrit tarifaire pour sécuriser la prise en charge de moins d'une journée des établissements de santé

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à instaurer un rescrit tarifaire afin de sécuriser la tarification des prises en charge de moins d'une journée dans les établissements de santé.

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

I – La création d'un dispositif de rescrit tarifaire inspiré du rescrit fiscal pour les courts séjours hospitaliers

Cet article est issu d'un amendement présenté par Philippe Vigier et des députés du Modem, adopté avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement. Il s'inscrit d'après ses auteurs « *dans la démarche de consolidation du virage ambulatoire* ».

Il crée un nouvel article L. 162-23-13-1 au sein du code de la sécurité sociale, à la suite de l'article présentant les sanctions financières dont sont passibles les établissements de santé en cas de manquement aux règles de facturation ou d'erreur de codage.

Le **I** ouvre la possibilité, inspirée du rescrit fiscal¹ ou de celui concernant les cotisations Urssaf², à tout établissement de santé confronté à un différend d'interprétation des règles de facturation des prises en charge de moins d'une journée de **solliciter une prise de position formelle de l'administration sur sa situation** dont il peut ensuite se prévaloir en cas de contrôle.

Le **II** précise le délai dans lequel l'administration doit se prononcer (3 mois), le silence gardé au-delà de ce délai ne valant pas prise de position. Comme cela a été indiqué à la rapporteure, le rescrit en matière de cotisations sociales ne prévoit rien de même en cas de silence gardé, à la différence cependant du rescrit fiscal.

¹ Articles L. 80 A et L. 80 B du livre des procédures fiscales.

² Article L. 243-6-1 du code de la sécurité sociale.

Le III précise que cette procédure ne peut être applicable lorsqu'un contrôle de la tarification à l'activité a été engagé sur le séjour concerné ou lorsque ce dernier fait l'objet d'un contentieux.

Le IV ouvre la possibilité de formuler une telle demande à une organisation nationale représentative des établissements de santé ou une société savante pour le nom et le compte d'un ou plusieurs établissements de santé. Il renvoie les modalités d'application de l'article à un décret.

II - La position de la commission : un élément de sécurisation des établissements de santé bienvenu quoique de portée limitée

Cet article inscrit dans la loi une procédure de rescrit tarifaire dont le principe a d'ores et déjà été introduit par une instruction ministérielle du 10 septembre 2020¹, parallèlement à la levée à compter du 1^{er} janvier 2021 du moratoire appliqué depuis 2017 aux contrôles par l'assurance maladie de la facturation des séjours de médecine en hôpital de jour.

Si la portée de cet article inscrivant cette procédure dans la loi est de fait limitée, cette procédure répond toutefois à des attentes des établissements de santé et à un besoin de sécuriser des interprétations sur des dossiers de facturation complexes. Il faut souhaiter que les moyens notamment humains qui y seront dédiés (les services ministériels ont indiqué que le recrutement d'un chargé de mission était en cours) suffisent à traiter le flux de demandes dans des délais raisonnables.

Sous réserve de ces observations, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

¹ *Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.*

Article 28 quater (nouveau)

Développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à intégrer le développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile dans les indicateurs de qualité des soins.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - La définition d'un indicateur de qualité et sécurité des soins pris en compte dans la rémunération des établissements de santé

Cet article est issu d'un amendement présenté par Audrey Dufeu, Julien Borowczyk et Marc Delatte, membres du groupe La République en marche, à la suite de l'évaluation qu'ils ont conduite sur le financement forfaitaire de pathologies chroniques telles que l'insuffisance rénale. Il a été adopté contre l'avis défavorable de la commission (le rapporteur général s'y étant dit toutefois favorable à titre personnel) et avec l'avis favorable du Gouvernement sous réserve de « *revoir la rédaction de l'amendement à la faveur de la navette parlementaire, pour le rendre parfaitement opérant* »¹.

Il consiste à préciser, à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale relatif à la **dotation complémentaire d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)** allouée aux établissements de santé, que le développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile figure parmi les catégories d'indicateurs liés à la qualité et à la sécurité des soins pour lesquels un seuil minimal de résultats est requis. Pour rappel, en cas de non atteinte de ce seuil pendant trois années consécutives, l'établissement est exposé à une pénalité financière.

II - La position de la commission : une disposition qui n'a pas sa place dans la loi et un choix de prise en charge qui relève avant tout des patients

Les préoccupations des auteurs de l'amendement quant au développement insuffisant en France de l'autodialyse ou de la dialyse à domicile sont légitimes. En effet, plusieurs études mettent en avant le fait que ces pratiques participent d'une meilleure qualité de vie pour certains patients tout en présentant, comme l'a relevé la Cour des comptes, un coût moindre pour l'assurance maladie.

¹ D'après les indications transmises à la rapporteure, la modification envisagée aurait pour objet de renvoyer les modalités à un arrêté.

Cependant, pour la rapporteure, le recours à l'une ou l'autre de ces pratiques relève d'abord du colloque singulier entre le médecin et son patient : certains patients peuvent préférer le cadre plus rassurant de l'hôpital à une prise en charge à domicile. Alors que la loi a explicitement précisé que les indicateurs de qualité des soins pris en compte dans la dotation IFAQ doivent intégrer « *les résultats et les expériences rapportés par les patients* », il paraît important de ne pas imposer par la loi de modèle unique.

De surcroît, **la précision apportée ne relève manifestement pas du niveau législatif** puisque l'article modifié renvoie à un décret la définition des catégories d'indicateurs et à un arrêté pris avant le 31 décembre de chaque année le soin de dresser la liste des indicateurs et de fixer les seuils minimaux de résultats requis pour certains d'entre eux.

Pour ces raisons, la commission a adopté l'amendement n° 164 de sa rapporteure de suppression de l'article.

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 28 quinquies (nouveau)

Demande de rapport sur la mise en œuvre de la réforme du financement des hôpitaux de proximité

Cet article, **inséré par l'Assemblée nationale**, est issu d'un amendement de Philippe Vigier et de députés du Modem (adopté contre l'avis défavorable de la commission et avec un avis de sagesse du Gouvernement). Il demande la remise, dans un délai de trois mois, d'un rapport au Parlement sur l'application de l'article 33 de la LFSS pour 2020 présentant l'état d'avancement de la mise en œuvre du dispositif de financement des hôpitaux de proximité ainsi que celui de leur labellisation.

D'après les indications transmises à la rapporteure, l'ordonnance sur la labellisation des hôpitaux de proximité prise sur le fondement de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé devrait être publiée dans les prochaines semaines après avoir été concertée avec les acteurs concernés. Il en est de même du décret déclinant les modalités du nouveau mode de financement. Une autre ordonnance importante est par ailleurs attendue sur la gouvernance de ces établissements.

Si l'on peut regretter le calendrier de publication tardif de ces textes impacté par la crise sanitaire, pour une réforme qui entrera en vigueur progressivement à compter du 1^{er} janvier 2021, il sera un peu court dans un délai de trois mois d'en faire un bilan signifiant.

Quelle que soit l'importance du sujet et suivant sa position habituelle sur les demandes de rapport, la commission a adopté l'amendement n° 165 de sa rapporteure de suppression de l'article.

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 29

**Expérimentation d'un modèle mixte
de financement des activités de médecine**

Cet article ouvre un droit d'option aux établissements de santé pour bénéficier d'une « dotation socle » se substituant au financement à l'activité et autorise dans un second temps une expérimentation pour cinq ans d'un nouveau modèle de financement mixte des activités hospitalières de médecine.

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

I – Une évolution en deux temps vers un nouveau modèle de financement des activités hospitalières de médecine, pour sortir du « tout T2A »

Cet article porte la traduction législative d'une mesure inscrite dans les conclusions du Ségur de la santé en juillet 2020 et visant, dans le prolongement des travaux de la *task force* sur le financement du système de santé pilotée par Jean-Marc Aubert, à « accélérer la réduction de la part de T2A » : cette mesure consiste à « mettre en œuvre sur les territoires et pour les établissements qui le souhaitent une expérimentation d'un nouveau modèle mixte de financement des activités hospitalières de médecine : une part fondée sur les besoins de santé des populations du territoire (dotation populationnelle) complétée d'une part à l'activité et à la qualité des soins. »¹

Pour l'étude d'impact, l'objectif final est double : il s'agit d'une part d'assurer une plus grande stabilité du financement des établissements de santé et d'autre part de tempérer le financement à l'activité d'une reconnaissance de la responsabilité populationnelle de ces établissements.

L'évolution proposée s'articule en deux étapes.

• Le **I** ouvre d'abord un **droit d'option** aux établissements de santé publics et privés², sur la base du **volontariat**. À compter du 1^{er} janvier 2021, ceux-ci auront la possibilité de bénéficier, pour la durée de l'expérimentation prévue au **II** soit au total 6 ans, d'une « **dotation socle** » **pour leur activité de médecine** qui devrait se substituer à une partie des recettes facturées à l'activité. Cette part, d'après les indications transmises par la DGOS, pourrait être de l'ordre de 20 % sans toutefois que cela soit encore arrêté. Un coefficient de minoration proportionnel au poids de la dotation socle se verrait appliquer aux recettes T2A qui resteraient versées mensuellement.

¹ Conclusions du Ségur de la santé – dossier de presse, juillet 2020.

² À l'exclusion des hôpitaux de proximité qui exercent une activité de médecine mais disposent d'un mode de financement déjà dérogatoire incluant une garantie pluriannuelle de financement.

Le montant de cette dotation serait fondé sur un pourcentage de la valorisation de l'activité de médecine réalisée « *l'année précédente* » par chaque établissement concerné, selon des modalités renvoyées à un décret.

L'impact financier pour l'assurance maladie est considéré nul dans la mesure où cette dotation viendrait en substitution de la tarification à l'activité. Il ne le serait pas tout à fait cependant si les établissements de santé optant pour cette dotation socle sont majoritairement ceux qui connaissent une dynamique à la baisse de leur activité de médecine.

• Le **II** prévoit, dans un second temps, une **expérimentation** pour 5 ans, auprès des établissements de santé publics et privés volontaires, d'un **mode de financement mixte** des activités de médecine incluant :

- une dotation reposant sur des « *caractéristiques populationnelles* », dont les critères, qu'ils soient liés aux caractéristiques de la population (âge, taux d'ALD, précarité...) ou du territoire (densité des offres de soins de ville et hospitaliers...) restent à ce stade à déterminer ;

- un paiement à l'activité et à l'acte ;

- un financement à la qualité, dont l'étude d'impact indique qu'il serait attribué « *en fonction des résultats obtenus par apport à des indicateurs territoriaux permettant d'apprécier la coordination des acteurs et la prise en charge globale des patients* », sans préciser toutefois explicitement s'il serait distinct ou non de la dotation IFAQ même si l'orientation des services ministériels serait de définir un financement *ad hoc* sur la base de critères spécifiques, à l'instar de ce que prévoit la réforme du financement des services d'urgence.

Cette expérimentation, pour laquelle plusieurs dérogations aux dispositions du code de la sécurité sociale (concernant les règles de financement des établissements de santé, de facturation et de tarification ainsi que de paiement direct des honoraires par le patient) sont possibles, serait engagée après que ses modalités en auront été précisées par un décret en Conseil d'État et **au plus tard le 1^{er} janvier 2022**.

Les modalités d'entrée et de sortie dans le dispositif, de détermination de la dotation socle, de mise en œuvre de l'expérimentation et d'évaluation de celle-ci sont renvoyées à un décret en Conseil d'État et la remise d'un rapport au Parlement est prévue avant le 30 juin 2026 c'est-à-dire six mois avant son échéance.

• Le **III** précise l'**articulation entre les I et II** : pour les établissements de santé décidant de participer à l'expérimentation prévue au II, la « *dotation reposant sur des caractéristiques populationnelles* » se substituerait à la « *dotation socle* » mentionnée au I, sans toutefois que la participation à l'expérimentation soit conditionnée à l'exercice du droit d'option prévu au I.

Inversement, les établissements qui auront opté pour la dotation socle dès 2021 ne seront pas contraints de « basculer » vers l'expérimentation, même si l'objectif est de les y accompagner. 3 millions d'euros sur deux ans (dont un million en 2021) sont prévus pour accompagner l'entrée dans l'expérimentation.

Concrètement, comme la DGOS l'a indiqué à la rapporteure, le principe d'une dotation « socle » repose sur une « mécanique » plus simple et plus rapide à mettre en place que la dotation « populationnelle », ce qui permet de proposer dès 2021 aux établissements qui le souhaitent un dispositif pour desserrer la pression du financement à l'activité.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article modifié par quatre amendements rédactionnels de son rapporteur général.

III - La position de la commission : repousser le vote de l'expérimentation pour disposer d'une meilleure visibilité sur ses contours et son impact

• **La commission des affaires sociales partage l'ambition de diversifier le financement des activités hospitalières** pour sécuriser les établissements de santé, valoriser la pertinence et la qualité des prises en charge tout en tenant mieux compte des besoins populationnels du territoire.

S'il répond à une ambition légitime, le dispositif proposé manque cependant à la fois de clarté et d'ambition.

Ses contours (par exemple le périmètre des activités de médecine concernées¹, l'équilibre entre dotation et financement à l'activité, la part et les modalités du financement à la qualité, les « caractéristiques populationnelles » prises en compte, etc.) demeurent à ce stade extrêmement imprécis. L'étude d'impact envisage en effet un « *travail de co-construction initié en 2021 associant l'ensemble des parties prenantes* », ce qui en soi est parfaitement opportun mais **laisse en suspens, dans l'attente, les réponses à l'ensemble des interrogations soulevées par ce dispositif.**

En outre, comme l'a notamment regretté la fédération hospitalière de France, **la portée de l'expérimentation est toute relative** puisqu'elle concernerait la seule prise en charge hospitalière, écartant les autres acteurs impliqués dans les parcours des patients et partageant la même responsabilité populationnelle (professionnels de santé libéraux, structures ambulatoires, champ médico-social).

¹ Comme l'a relevé la fédération de l'hospitalisation privée, la notion de médecine est un concept très large, allant d'une médecine technique, de bilan, post urgences ou encore de suivi et de prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques. Selon elle un financement mixte des activités de médecine ne peut avoir un sens que pour les seuls patients ayant une pathologie chronique.

Elle se superpose par ailleurs à d'autres dispositifs dont le bilan n'est pas encore fait et avec lesquels l'articulation reste à définir, comme la rémunération forfaitaire pour la prise en charge hospitalière des pathologies chroniques introduite par la LFSS pour 2019 qui partage les mêmes objectifs de qualité et de pertinence des soins, c'est-à-dire notamment « *d'inciter à des prises en charge ambulatoires en lieu et place des prises en charge en hospitalisation complète* ». Or l'extension de cette rémunération forfaitaire aux soins de ville que la commission avait appelée de ses vœux n'est pas encore d'actualité.

• **Pour ces différentes raisons, la commission a adopté l'amendement n° 166 de sa rapporteure supprimant l'expérimentation dont la mise en œuvre n'était pas envisageable *de facto* avant 2022.** Le bilan qui pourra être fait, dans un premier temps, de la « dotation socle » sera un indicateur utile pour se prononcer, dans le prochain PLFSS, sur les contours plus précis de l'expérimentation et apprécier l'attractivité du dispositif et donc son potentiel impact financier qui reste très incertain à ce stade.

Le contexte sanitaire et les bouleversements qu'il induit sur les activités des établissements de santé sont peu propices à des « bricolages » ; ils rendent indispensable de sécuriser leur financement sans toutefois porter atteinte à l'innovation et aux dynamiques d'activités territoriales.

L'amendement propose en outre d'adapter les modalités de la dotation socle :

- d'une part, pour éviter que l'année 2020, en raison de son caractère exceptionnel, serve de référence au moins unique à son calcul ;

- d'autre part, pour introduire une **évaluation sur la base notamment d'indicateurs liés à la pertinence et à la qualité des prises en charge ainsi qu'à la coordination ville-hôpital-médico-social**, critères essentiels à la prise en charge des patients chroniques et âgés particulièrement visée. Les résultats sur ces indicateurs pourraient conduire à moduler le montant de la dotation socle.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 30

Pérennisation et développement des maisons de naissance

Cet article pérennise les maisons de naissance autorisées en 2013 à titre expérimental et offrant aux femmes enceintes un cadre de prise en charge moins médicalisé pour le suivi de leur grossesse et l'accouchement, sous la responsabilité de sages-femmes.

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

I - Passer du cadre expérimental à un statut juridique pérenne pour le développement des maisons de naissance

A. Un modèle qui répond à des attentes sociétales d'une prise en charge alternative et moins médicalisée de la grossesse

1. Qu'est-ce qu'une maison de naissance ? Les conditions de l'expérimentation

- Envisagée dès le plan périnatalité 2005-2007, l'expérimentation des maisons de naissance a été autorisée en 2013, après un parcours législatif chaotique, *via* le vote d'une proposition de loi sénatoriale¹.

La loi du 6 décembre 2013² a défini une « maison de naissance » comme une **structure où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont réalisé le suivi de grossesse**, dans la limite des compétences qui sont attribuées par la loi à ces professionnels médicaux.

Juridiquement distincte des services hospitaliers de maternité, la maison de naissance doit être contiguë à l'un de ces services avec lequel elle passe obligatoirement une convention, garantissant un accès direct aménagé pour un transfert rapide des parturientes en cas de complication.

Plus précisément, les maisons de naissance sont gérées exclusivement par des sages-femmes, sous un statut associatif. Elles proposent aux femmes ne présentant pas de risque médical particulier un **accompagnement global par une sage-femme référente** pour y accoucher « naturellement », c'est-à-dire par voie basse, sans césarienne ni péridurale. Pendant l'accouchement, la sage-femme prend en charge une seule parturiente ; elle est secondée par une sage-femme d'appui. La maison de naissance propose une prise en charge en ambulatoire, sans hébergement : les parents rentrent chez eux dans les heures qui suivent la naissance, avec un suivi à domicile pendant les six semaines suivantes.

Elles sont distinctes, quoique complémentaires, des filières dites « physiologiques » intégrées aux prises en charge hospitalières.

¹ Proposition de loi n° 548 (2010-2011) présentée par Muguette Dini, Sénat, 24 mai 2011.

² Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance.

- Les modalités de l'expérimentation ont été précisées :

- par le **cahier des charges** établi par la **Haute Autorité de santé (HAS)** et publié en septembre 2014. Le projet des maisons de naissance doit se conformer à ces recommandations, encadrant notamment les critères d'éligibilité des femmes suivies dans ces structures, leurs modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les conditions de prise en charge des femmes et nouveau-nés avant, pendant et après l'accouchement ;

- par le **décret du 30 juillet 2015**¹ qui a précisé les missions des maisons des maisons de naissance, le contenu de la convention passée avec la maternité de l'établissement de santé dont elle est contiguë ou encore les modalités d'information des femmes prises en charge comme les modalités de recueil de leur consentement à participer à ce dispositif expérimental.

La liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner, initialement pour une durée de **cinq ans**, a été fixée par l'**arrêté du 23 novembre 2015**. **Sur les neuf maisons de naissance autorisées par cet arrêté², huit ont effectivement démarré leur activité, dont deux dans les outre-mer**, entre 2016 pour les premières et mars-avril 2017 pour les trois structures les plus récentes.

Les maisons de naissance en fonctionnement

Maison de naissance	Localisation	Maternité partenaire
CALM - Comme à la maison	Paris	Maternité des Bluets
Doumaia	Castres (Tarn)	CH Castres
La Maison	Grenoble (Isère)	Maternité mutualiste de Grenoble
Le Temps de naître	Baie-Mahault (Guadeloupe)	Clinique des eaux claires
Joie de naître	Saint-Paul (La Réunion)	CH Ouest Réunion
Premières heures au monde	Bourgoin-Jallieu (Isère)	CH Pierre Oudot
Manala	Sélestat (Bas-Rhin)	CH Sélestat
Un Nid pour naître	Nancy (Meurthe-et-Moselle)	CHU Nancy

¹ Décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance.

² Le projet de maison « Premier cri » autorisée à Vitry-sur-Seine (Val de Marne) n'a jamais démarré, en raison d'une projection financière non équilibrée d'après les indications transmises à la rapporteure.

• **L'article 22 de la loi du 17 juin 2020¹ a prolongé d'un an l'expérimentation**, soit jusqu'au 23 novembre 2021, de manière à donner la visibilité nécessaire aux sages-femmes exerçant dans ces structures comme aux futurs parents envisageant d'être pris en charge en leur sein.

Le Sénat devait en effet examiner, en avril 2020, une proposition de loi de notre collègue Bernard Jomier visant à pérenniser et généraliser les maisons de naissance au terme de l'expérimentation prévu le 23 novembre 2020. Le contexte sanitaire n'a pas rendu cet examen possible.

2. Un bilan globalement positif en termes de qualité et de sécurité des prises en charge, en dépit de points de vigilance

• En application de la loi de 2013 précitée, le Gouvernement a remis au Parlement un **rapport d'évaluation** de l'expérimentation en vue de sa pérennisation daté de janvier 2020 mais transmis ultérieurement à l'été 2020.

Ce rapport s'appuie sur deux évaluations conduites indépendamment : une **évaluation sous l'angle de la qualité des soins**, établie par un groupe de recherche indépendant piloté par Anne Chantry (Inserm)² et une **évaluation médico-économique** conduite par un cabinet et datée du 19 décembre 2019.

• Si l'activité demeure confidentielle - **les maisons de naissance ont réalisé plus de 1 700 accouchements sur la période 2016-2019**, représentant, en 2018, moins de 0,1 % des naissances vivantes en France -, le bilan relève une dynamique dans les demandes d'inscription qui augmentent dans l'ensemble des structures.

• En termes de sécurité, le rapport conduit à écarter tout « *sur risque évident* » lié à la prise en charge en maison de naissance, conformément à la littérature internationale : « *aucun résultat de l'expérimentation ne conduit à considérer que la sécurité des parturientes et des nouveau-nés est insuffisamment assurée dans ce modèle de prise en charge* ».

Les complications maternelles observées se sont situées à des taux très faibles : l'hémorragie sévère du post-partum a ainsi concerné, pour l'année 2018 étudiée par l'Inserm, 1,4 % des femmes accompagnées en maison de naissance, contre 1,8% en population générale. S'agissant des nouveau-nés, 6,2 % entre eux ont nécessité un transfert en maternité ou néonatalogie, contre 9,9 % pour ceux nés dans un service de maternité.

¹ Loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne.

² Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France, analyse des données de l'année 2018 par le groupe de recherche sur les maisons de naissance, novembre 2019.

L'étude de l'Inserm met en avant un **taux de transfert cumulé relativement important - 44% - en *pre, per* et *post partum* mais jugé globalement conforme aux expériences étrangères**¹. Il concerne d'abord des réorientations liées à l'apparition, au cours du suivi, d'éléments de complexité. Pendant le travail, 22 % des femmes (soit 143 sur 649 femmes prises en charge en 2018) ont été transférées pour accoucher dans les maternités partenaires. En *post partum*, les transferts concernent en moyenne 6 % des femmes, ce taux s'échelonnant entre 2 et 21 % selon les structures.

Le rapport au Parlement souligne que **l'organisation de ces transferts demeure un « *point d'attention* »** dans la mesure où ils ont donné lieu à plusieurs évènements indésirables, soulignant l'« *impératif de collaboration* » avec la maternité partenaire. Pour les représentantes du collectif des maisons de naissance, ce taux de transfert - notamment en *per partum* - témoigne du suivi sécurisé entourant les femmes.

• **S'agissant du modèle économique, l'évaluation est plus critique** en considérant que « *les modalités de financement mises en œuvre au cours de l'expérimentation [cf. encadré suivant] ne sont pas à même d'assurer la soutenabilité organisationnelle et financière des structures dans la durée et devront être repensées en cas de pérennisation du dispositif* ».

Les conditions de financement de l'expérimentation

Les maisons de naissance ont bénéficié :

- d'une part, de la **facturation à l'assurance maladie des actes de la nomenclature** (consultations, accouchement) selon les modalités de droit commun par les sages-femmes libérales y exerçant, avec d'éventuels dépassements d'honoraires à la charge des parturientes ;

- d'autre part, d'un **financement forfaitaire issu du fonds d'intervention régional (FIR)**, permettant de couvrir les frais de fonctionnement non couverts par les tarifs (locaux, frais généraux, astreintes...). L'enveloppe, évaluée initialement à 150 000 euros par site expérimentateur, est fixée à **171 111 euros par maison de naissance** (la différence ayant visé à couvrir une partie des frais d'assurance des sages-femmes pour leur activité d'accouchement).

Au total, **5,5 millions d'euros** ont été versés par les principaux payeurs (assurance maladie, ARS via le FIR et parturientes) aux maisons de naissance et aux sages-femmes y exerçant pendant la période de l'expérimentation.

¹ Il existe notamment plus de 150 maisons de naissance aux États-Unis (la première a ouvert ses portes à New York en 1975), 169 au Royaume-Uni, une centaine en Allemagne et 25 en Suisse.

Le rapport au Parlement estime que ce financement n'est **pas suffisamment incitatif à l'activité**, les recettes d'assurance maladie ne couvrant pas l'intégralité des coûts liée à la prise en charge d'une patiente supplémentaire. En outre, il ne permet pas de couvrir certaines charges importantes telles que les astreintes des sages-femmes.

D'après l'étude médico-économique précitée conduite par un cabinet extérieur, un accouchement en maison de naissance, en incluant le suivi à domicile les trois jours suivants, représente un **coût évalué à 2 129 euros**, de 12 % supérieur au GHM « accouchement unique par voie basse chez une primipare, de très courte durée » (1 448 euros), mais de 45 % inférieur à celui du GHM - encore le plus fréquent en dépit de la tendance à la réduction de la durée des séjours¹ - « accouchement unique par voie basse chez une primipare sans complication significative » (3 336 euros). Ce coût est évalué à environ **3 060 euros en incluant le parcours complet** incluant la préparation à la naissance. En revanche, **cette étude n'a pu évaluer le coût des accouchements ayant nécessité un transfert** en maternité alors qu'elle précise qu'il s'agit d'un « *coût induit important* » qui doit être calculé.

B. Le cadre proposé pour la pérennisation des maisons de naissance prolonge globalement les conditions de l'expérimentation

• Cet article (I) insère un nouveau chapitre au sein du code de la santé publique, constitué de 6 articles.

Ces articles définissent d'abord (L. 6323-4) les maisons de naissance en reprenant plusieurs éléments de la loi de 2013 :

- la responsabilité des sages-femmes, au sein de ces structures, dans le suivi de grossesse et la réalisation de l'accouchement ;

- l'exigence de **contiguïté** avec un établissement de santé disposant d'un service de maternité ;

- le **conventionnement** entre la maison de naissance et cet établissement de santé pour prévoir notamment les modalités de « transfert rapide » des parturientes et nouveau-nés en cas de nécessité.

Aujourd'hui essentiellement sous statut associatif, ces structures pourraient être créées par des sages-femmes ou un organisme à but non lucratif, ainsi que par un groupement d'intérêt public (GIP), un groupement d'intérêt économique (GIE) ou un groupement de coopération sanitaire (GCS). Est explicitement exclue la création et la gestion d'une maison de naissance par un établissement de santé (L. 6323-4-1).

¹ Ce GHM comptabilise 158 795 séjours en 2017 contre 1 389 seulement pour le GHM « accouchement unique par voie basse chez une primipare, de très courte durée » d'après l'étude médico-économique conduite par le cabinet GOHVE.

D'après les précisions apportées à la rapporteure, il s'agit de bien distinguer les maisons de naissance comme des structures de prise en charge en dehors du cadre hospitalier. Toutefois, des coopérations avec les établissements de santé publics et privés seront possibles dans le cadre de GCS ou GIP.

L'autorisation de chaque structure est confiée au directeur général de l'ARS (L. 6323-4-3). Elle est accordée pour une durée de 7 ans renouvelable, sous réserve que « *le projet répond[e] aux besoins de la population* ». Il s'agit d'inscrire ces structures en cohérence avec l'offre de soins présente, notamment en vue de prévenir les effets de concurrence.

Pour garantir la sécurité des prises en charge, les conditions de fonctionnement sont encadrées par un décret et la prise en charge se fait conformément à des recommandations de bonnes pratiques de la HAS (L. 6323-4-4). Suivant les dispositions applicables aux centres de santé, tout manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins ou tout constat d'abus ou de fraude enclencherait une procédure contradictoire pouvant aboutir à la suspension de l'activité voire à la fermeture de la structure (L. 6323-4-5).

- Les **II et III** procèdent à **diverses coordinations**.

Celles-ci prévoient notamment la possibilité pour les maisons de naissance, à l'instar des centres et maisons de santé, de conclure des « contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens » avec les ARS, permettant de bénéficier de financements du FIR (**2° et 3° du II**).

Le principe de la **prise en charge par l'assurance maladie** des actes ou prestations réalisées en maison de naissance par un professionnel de santé est par ailleurs inscrit au sein du code de la sécurité sociale (**III**).

Cependant, comme cela a été précisé à la rapporteure par la DGOS, **le Gouvernement envisage dans un premier temps de reconduire à l'identique le financement des maisons de naissance par le FIR**, soit à hauteur de 170 000 euros environ par structure et par an, pour couvrir leurs frais de fonctionnement. **Cette solution dite d'amorçage pourrait évoluer « à l'horizon 2023 »** dans le cadre du projet de réforme du financement des activités d'obstétrique qui pourrait aboutir à un système de financement forfaitaire des parcours de grossesse.

- Le **IV** fixe l'**entrée en vigueur** du statut juridique des maisons de naissance au plus tard au **1^{er} novembre 2021**, tandis que l'expérimentation prend fin le 23 novembre 2021, en prévoyant une disposition transitoire afin de sécuriser, pour les structures en fonctionnement, le passage du statut expérimental au cadre pérenne institué par ce projet de loi.

- Concernant l'impact financier de la réforme, l'étude d'impact cible en 2021 une économie d'environ 1 million d'euros pour l'assurance maladie en prenant comme base un différentiel de coût de 1 207 euros par accouchement entre le coût du GHM le plus fréquent (3 337 euros) et le coût estimé d'un accouchement en maison de naissance (2 129 euros). Ce calcul est toutefois contestable en ce qu'il se base sur une projection avec **20 maisons de naissance envisagées à terme** contre 8 à l'heure actuelle, alors que les structures nouvelles ne se monteront pas toutes en 2021. **La reconduction dans les mêmes conditions des financements des huit structures actuelles n'induita de facto aucun impact financier sur 2021.** Il se base en outre sur le différentiel de coût le plus favorable aux maisons de naissance, n'englobant pas le parcours complet d'accompagnement global à la naissance, alors que le rapport d'évaluation précité se montrait plus nuancé dans l'analyse des comparaisons financières.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

- Outre trois amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale, à l'initiative de son rapporteur général et avec l'avis favorable du Gouvernement, a précisé que **la direction médicale des maisons de naissance est assurée par des sages-femmes** suivant la pratique en vigueur dans le cadre de l'expérimentation. Elle a maintenu explicitement le portage de ces structures par un **collectif** de sages-femmes.

- En outre, elle a adopté un amendement présenté par Aurore Bergé et les membres du groupe La République en marche, accepté par la commission comme par le Gouvernement, précisant que *« les maisons de naissance s'inscrivent dans une offre de soins diversifiée pour assurer aux femmes le choix de l'accouchement le plus adapté à leurs besoins »*.

- Enfin, elle a adopté, contre l'avis défavorable de la commission, un amendement présentée par Hélène Vainqueur-Christophe et les membres du groupe Socialistes et apparentés¹, sous amendé par le Gouvernement, pour **remplacer l'exigence de « contiguïté » entre la maison de naissance et un service hospitalier de maternité par celle de « proximité immédiate »**. Comme l'a indiqué Olivier Véran en séance publique en proposant de faire référence à la notion de proximité « immédiate », cela *« réserve la possibilité d'inscrire dans l'arrêté ministériel, après discussion avec les partenaires, une obligation en termes de délais du transfert – je ne sais pas encore comment cela se traduira en pratique, peut-être deux ou trois minutes, mais cela doit aller très vite »*.

¹ D'autres amendements de même objet étaient présentés par d'autres groupes.

III - La position de la commission : accompagner une mesure de pérennisation dont les contours financiers doivent encore être précisés

• **L'initiative de pérenniser les maisons de naissance est bienvenue.** Elle permet d'asseoir la place au sein de notre système de santé de structures qui ont trouvé leur public et répondent à une demande sociétale ; elle contribue à les sortir de l'incertitude liée au cadre expérimental en donnant la visibilité nécessaire aux sages-femmes y exerçant - qui ont souvent maintenu par sécurité une autre activité en parallèle - comme aux futurs parents. Si des représentants du corps médical affichent des réticences, les rapports d'évaluation ont montré, en termes de sécurité des prises en charge des femmes et nouveau-nés, des résultats globalement satisfaisants et comparables avec les expériences étrangères.

• Pour autant, la rapporteure **regrette que ce temps d'expérimentation n'ait pas été mis à profit pour approfondir les modalités d'un financement pérenne des maisons de naissance ainsi que les conditions concrètes de leur fonctionnement**, en réponse à des attentes exprimées par les représentantes du collectif des maisons de naissances (concernant par exemple la mise en place d'outils de coordination ou la place des usagers). **Il est d'ailleurs étonnant que le volet financier, renvoyé à un calendrier ultérieur, soit à ce stade si peu étayé alors que l'article est inscrit précisément au sein d'un PLFSS.** On peut dès lors s'interroger sur la justification de cet article en loi de financement de la sécurité sociale¹.

• **Sous réserve de ces observations, la commission n'a pas souhaité faire obstacle à la pérennisation des structures existantes et à l'ouverture de nouvelles maisons de naissance.**

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

¹ Pour mémoire, l'article autorisant l'expérimentation adopté dans le cadre du PLFSS pour 2011 avait été censuré par le Conseil constitutionnel en raison de son effet trop indirect sur les dépenses de l'assurance maladie.

Article 31

Soutien au développement des hôtels hospitaliers

Cet article propose de pérenniser le dispositif des hôtels hospitaliers qui permet d'offrir aux patients une prestation d'hébergement non médicalisé en amont ou en aval de leur prise en charge, lorsque leur état de santé le permet.

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

I - Le dispositif envisagé : généraliser le développement des hôtels hospitaliers

A. Une expérimentation aux premiers résultats positifs malgré des difficultés de montée en charge pour les établissements

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a permis d'engager le déploiement, à titre expérimental pour une durée de trois ans, d'**hôtels hospitaliers**. Aux termes de l'article 53 de cette loi, il s'agit pour les établissements de santé de proposer à leurs patients **une prestation d'hébergement temporaire et non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation**. Cette prestation peut être déléguée à un tiers par la voie d'une convention signée avec l'établissement.

Cette expérimentation a vocation à accompagner le **virage ambulatoire** des hôpitaux afin de réduire la durée de l'hospitalisation aux besoins médicaux des patients et recentrer ainsi les établissements sur la pratique des soins, en externalisant le cas échéant les prestations non médicalisées. Pour autant, elle permet d'offrir aux patients une prestation d'hébergement afin qu'ils ne soient pas contraints de regagner immédiatement leur domicile, notamment lorsqu'ils résident loin de l'établissement de santé.

La Haute autorité de santé a défini, dans un rapport rendu en novembre 2015, les critères d'éligibilité des patients à ces prestations d'hébergement¹. En outre, le décret du 12 décembre 2016² a précisé les conditions de mise en œuvre de cette expérimentation. La prestation doit être anticipée et programmée dans le parcours de soin du patient. Elle est proposée par l'équipe de soins qui doit recueillir le consentement exprès et éclairé du patient. La personne hébergée peut partager sa chambre avec un accompagnant ou, pour le patient mineur, avec deux accompagnants. Le décret précise en outre que l'expérimentation peut faire l'objet d'un financement par le fonds d'intervention régional (FIR).

¹ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2583281/fr/criteres-d-eligibilite-des-patients-a-un-hebergement-a-proximite-d-un-etablissement-de-sante-rapport-d-orientation

² Décret n° 2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients.

Un **appel à projets** a ensuite été ouvert pour sélectionner les établissements hospitaliers qui allaient participer à l'expérimentation. L'arrêté du 2 février 2017¹ a ainsi défini les modalités de candidature puis l'arrêté 6 juillet 2017² a fixé la liste des établissements autorisés à proposer la prestation d'hébergement dite « hôtel hospitalier ». 41 sites ont été retenus pour participer à l'expérimentation, tous les statuts d'établissement et toutes les régions étant représentés. Les premières prestations d'hébergement ont donc pu être proposées aux patients plus de deux ans après l'autorisation législative, donnée pour trois ans, qui figurait dans la LFSS pour 2015. La poursuite de l'expérimentation a été permise par l'article 51 de la LFSS pour 2018.

Un **rapport d'évaluation de l'expérimentation** a été remis par le Gouvernement au Parlement au mois de juin 2020. Il s'appuie sur le retour d'expérience de 28 établissements, sur les 41 autorisés, qui ont participé à l'exercice d'évaluation de la période 2017-2018.

En pratique, une grande partie des établissements s'est appuyée sur des **prestataires externes** pour offrir la prestation d'hébergement, en majorité des hôtels commerciaux mais également des structures associatives du type « maison de patients ». Parmi les établissements ayant participé à l'évaluation, cinq ont choisi de développer la prestation en interne. Les **tarifs** de nuitée recensés se situent entre 30 euros et 110 euros, l'écart s'expliquant par le type de prestataire retenu et par la localisation des établissements hospitaliers. En matière de facturation, **les établissements prennent à leur charge les frais de nuitée** avec un reste à charge pour le patient nul ou limité au forfait journalier et aux prestations de restauration. L'âge moyen des patients accueillis se situe entre 50 et 65 ans et l'éloignement géographique est le premier motif de recours à la prestation, le second étant le caractère itératif des soins. **La majorité des patients ayant eu recours à la prestation d'hébergement faisait l'objet d'une prise en charge hospitalière en ambulatoire ou de courte durée.**

Il ressort de cette évaluation que **le dispositif présente de nombreux avantages, tant pour les patients que pour les établissements de santé**. En effet, les établissements ont indiqué que le dispositif permettait principalement d'améliorer la qualité des soins en favorisant l'autonomie du patient, de fluidifier son parcours de soins, en réduisant la durée de l'hospitalisation, et d'optimiser l'organisation de l'établissement. Les patients semblent avoir été largement satisfaits du dispositif au regard des enquêtes de satisfaction réalisées dans les établissements, qui font état d'un taux de satisfaction de l'ordre de 90 % à 95 % dans leur majorité.

¹ Arrêté du 2 février 2017 portant avis d'appel à projet et fixant la composition du dossier et les modalités de candidature pour intégrer la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients.

² Arrêté du 6 juillet 2017 fixant la liste des établissements de santé autorisés à proposer à titre expérimental un hébergement temporaire non médicalisé de patients.

Néanmoins, **la montée en charge du dispositif n'a pas atteint les objectifs fixés et s'est heurtée à quelques difficultés**. Le rapport indique en effet que « *le nombre de séjours et de nuitées d'hébergement est en-deçà des objectifs initialement fixés par les expérimentateurs. Le taux de réalisation des objectifs peut globalement être évalué autour de 30 %.* » Il est néanmoins souligné que le nombre de nuitées a augmenté de 36 % entre 2017 et 2018 et que le nombre de séjours a presque doublé sur cette période. Par ailleurs, des difficultés sont apparues telles que la faible visibilité du dispositif chez les professionnels et le grand public, le modèle économique jugé peu incitatif, la mise en place logistique de la prestation dans le parcours du patients. Il ressort enfin du rapport d'évaluation que si les dotations du FIR ont permis d'accompagner les établissements dans le lancement de l'expérimentation, ceux-ci ont eu davantage de **difficultés à maintenir un équilibre économique** pour la montée charge du dispositif, à moins d'engager des transformations structurelles au sein des établissements.

B. Une généralisation du dispositif

Le I du présent article crée un nouvel article L. 6111-1-6 dans le code de la santé publique afin de **généraliser le dispositif des hôtels hospitaliers**. Le dispositif ainsi codifié est similaire à celui qui prévalait dans l'expérimentation ouverte par la LFSS pour 2015. Le dispositif d'hébergement non médicalisé pourra être mis en place par les établissements de santé en amont ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance de soins, pour des patients dont l'état de santé ne nécessite pas d'hébergement à l'hôpital. L'établissement pourra toujours déléguer cette prestation à un tiers par voie de convention.

Il est précisé que ce dispositif est applicable sans préjudice des dispositions prévues à l'article L. 6111-1-5 du même code, qui encadrent les prestations d'hébergement des femmes enceintes résidant loin d'une maternité¹, afin de bien dissocier les deux prestations.

Le II prévoit d'abroger le *b* du 2° de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 51 de la LFSS pour 2018, qui autorisait l'expérimentation des hôtels hospitaliers.

Le III précise les conditions d'application du présent article. Un décret en conseil d'État devra fixer les conditions d'accès et les critères d'éligibilité des patients au dispositif, les conditions et modalités de contribution de l'assurance maladie au financement, et les modalités de conventionnement avec des tiers. Un arrêté ministériel définira le cahier des charges fixant les conditions d'accès au financement du dispositif.

Enfin, il est prévu que le Gouvernement remette au Parlement un rapport d'évaluation réalisé au 31 décembre 2022.

¹ Ces dispositions ont été introduites par l'article 52 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Concernant le **financement** du dispositif, l'annexe 9 du PLFSS précise qu'une **dotation** inspirée des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) serait mise en place, **allouée aux établissements en fonction du nombre de nuitées réalisées. Cette dotation serait temporaire et s'achèverait au bout de trois ans**, le temps que l'établissement atteigne une autonomie dans le financement du dispositif. L'étude d'impact précise toutefois que ce modèle de financement est en cours de discussion entre les services du ministère de la santé, la CNAM et les fédérations hospitalières. Le coût du dispositif est estimé à 1,8 million d'euros pour la branche maladie en 2021.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements de son rapporteur général : le premier est un amendement rédactionnel et le second précise que le rapport d'évaluation transmis au Parlement intégrera une évaluation de la prise en charge des publics isolés, notamment dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission : adoption conforme

Le présent article traduit l'une des mesures proposées dans le cadre du **Ségur de la santé**. En effet, la mesure n° 17 prévoit de « *généraliser la possibilité de mettre en place des hôtels hospitaliers, en s'appuyant sur l'expérimentation introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015* » et de « *permettre aux établissements de contractualiser avec des structures extérieures ou de proposer directement une offre en interne, avec un modèle économique plus attractif que le dispositif actuel.* » Les conclusions du Ségur de la santé définissent ainsi deux étapes pour mettre en œuvre cette orientation. La première est la généralisation de l'expérimentation à l'occasion du PLFSS pour 2021. La seconde est d'engager un travail en concertation au premier semestre 2021 pour la définition du modèle économique.

La rapporteure soutient le dispositif des hôtels hospitaliers qui permet de fluidifier et d'améliorer le parcours de soin du patient. Il améliore en outre la qualité de la prise en charge des patients résidant loin de l'établissement de santé où ils viennent se faire soigner, particulièrement en zone rurale.

Les possibilités ouvertes par le présent article pour renforcer l'accompagnement financier des établissements de santé afin d'initier ces prestations vont dans le bon sens, au regard des freins identifiés lors de l'expérimentation initiée en 2015. Il appartient dorénavant au Gouvernement et à la CNAM, en concertation avec les professionnels, d'offrir aux établissements des conditions de financement satisfaisantes pour assurer un plus large déploiement des hôtels hospitaliers.

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

Article 31 bis (nouveau)

Demande de rapport sur les transports sanitaires bariatriques

Cet article, inséré à l'Assemblée nationale, demande au Gouvernement de fournir au Parlement un rapport relatif au financement des transports sanitaires bariatriques.

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

Le **transport sanitaire bariatrique** (TSB) désigne le transport sanitaire des personnes atteintes d'obésité massive. Il soulève des enjeux majeurs en matière de couverture financière, qui ne font pour l'heure l'objet d'aucun aménagement particulier.

À ce jour, la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des TSB n'est assurée que dans le cadre des **transports sanitaires d'urgence** par ambulance bariatrique, dont l'équipement est réservé aux 37 centres spécialisés de l'obésité (CSO) qui maillent le territoire national.

Pour leur part, les **transporteurs sanitaires privés**, qui assurent les transports sanitaires des patients en établissement de santé hors cas d'urgence, appliquent aux transports bariatriques les règles de facturation de droit commun, qui sont régies par une **convention nationale**, laquelle prévoit expressément que le prix des prestations peut subir une majoration ou un supplément « *pour quelque cause ou sous quelque prétexte que ce soit, notamment pour tenir compte de l'immobilisation du véhicule ou de difficultés de parcours éventuelles* ».

Or le transport sanitaire d'une personne atteinte d'obésité nécessite du transporteur l'utilisation d'une ambulance spécifique et le recours à un équipage supplémentaire, qui figurent comme suppléments sur la facture présentée au patient, et qui à ce titre ne sont pas couvertes par l'assurance maladie. Cette dernière les a en effet explicitement désignés comme « **actes non remboursables** », au sens de l'annexe 6 du cahier des charges régissant la télétransmission de factures entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie.

Il en découle un **reste à charge important pour le patient**, pouvant aller jusqu'à plusieurs centaines d'euros par trajet (en fonction de la longueur de ce dernier), dont plusieurs questions parlementaires adressées au ministère de la santé se sont faites l'écho. Le ministère, « *conscient de l'insuffisance de l'offre actuelle et des difficultés d'accès à ces prestations, notamment en raison des suppléments tarifaires facturés aux patients lorsqu'ils doivent faire appel à des transporteurs privés et non remboursés par l'assurance maladie* »¹, n'a pour l'heure offert qu'une réponse parcellaire à ce problème, renvoyant à la négociation conventionnelle avec les transporteurs.

C'est pourquoi votre commission, d'ordinaire rétive aux demandes de rapport, estime exceptionnellement utile celle portée par cet article additionnel en ce qu'elle devra objectiver un problème d'accès au soin et de reste à charge particulièrement prégnant, auquel il est urgent qu'une réponse concrète soit apportée.

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

Article 32

Prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations

Cet article prolonge d'un an, jusqu'au 31 décembre 2021, la mesure dérogatoire de prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire des actes réalisés en téléconsultation.

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

I - Le dispositif envisagé : faciliter le recours à la téléconsultation pour accompagner la poursuite de son déploiement

A. Un développement massif pendant la crise sanitaire permis par divers assouplissements

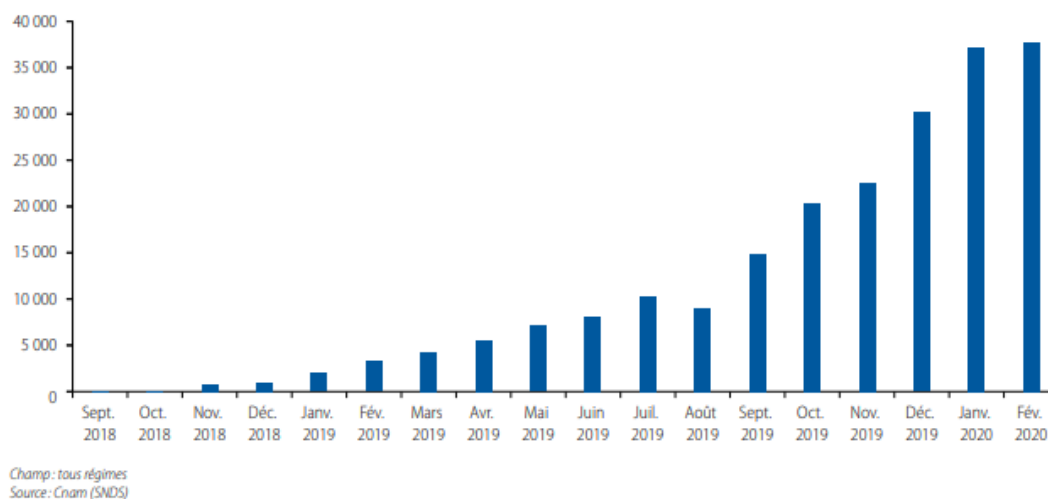
- Après un déploiement lent au travers des expérimentations issues de l'article 36 de la LFSS pour 2014, l'article 54 de la LFSS pour 2018 a ouvert la voie à l'inscription dans le droit commun des actes de télé-médecine. L'**avenant n° 6 à la convention médicale conclu le 14 juin 2018** a ainsi posé le cadre pérenne de prise en charge de ces actes par l'assurance maladie : celui-ci est entré en vigueur à compter de septembre 2018 pour la téléconsultation et de février 2019 pour la télé-expertise.

¹ Réponse à la question écrite n° 12825 de M. Michel Dagbert, JO Sénat du 20 février 2020.

La téléconsultation est rémunérée à l'acte à hauteur des tarifs des consultations en présentiel, sous réserve de s'inscrire dans le **respect du parcours de soins coordonné** : sauf exception (par exemple en cas d'absence de médecin traitant), les patients doivent être orientés initialement par leur médecin traitant quand la téléconsultation n'est pas réalisée avec ce dernier ; ils doivent en outre avoir bénéficié au moins d'une consultation en présentiel avec le même médecin dans les douze mois précédents (règle du « déjà vu »).

Le graphique suivant retrace la montée en charge progressive de la téléconsultation depuis l'entrée en vigueur de ce cadre de prise en charge et jusqu'à la veille de la crise sanitaire.

Évolution du nombre de téléconsultations par mois avant la crise sanitaire



Source : CNAM, rapport « charges et produits », juillet 2020

• **La crise sanitaire a donné lieu à plusieurs mesures législatives ou réglementaires dérogatoires visant à faciliter le recours à la téléconsultation** pour assurer la continuité des soins dans le contexte du confinement : celles-ci sont retracées dans l'encadré ci-après.

Les mesures dérogatoires pour développer la télémédecine et le télésoin dans le contexte épidémique exceptionnel de la covid-19

- L'adaptation des règles de prise en charge pour les patients atteints ou potentiellement infectés par la covid-19, permettant de déroger aux principes de respect du parcours de soins et de connaissance préalable du patient par le médecin effectuant la téléconsultation. Ces téléconsultations devaient toutefois être prioritairement réalisées au sein d'une organisation territoriale coordonnée.

- La dérogation à la condition de vidéotransmission (fixée par l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale), en ouvrant la possibilité de réaliser une téléconsultation par téléphone dans certaines conditions (patients résidant dans les zones blanches ou n'ayant pas accès à un outil permettant une vidéo, patients en affection de longue durée, patients âgés de 70 ans et plus ou femmes enceintes).

- L'autorisation de l'ensemble des moyens technologiques disponibles (y compris grand public : Skype, WhatsApp, FaceTime...) en dehors des solutions dédiées à la téléconsultation.

- La prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations, de même que des actes d'accompagnement à la téléconsultation pour les infirmiers.

- L'éligibilité à la téléconsultation des facturations de consultations complexes et des majorations applicables pour les consultations présentes (nuit, jour férié, permanence des soins).

- L'autorisation des téléconsultations dans le cadre du parcours de l'IVG médicamenteuse, ainsi que, concernant les sages-femmes, pour l'entretien prénatal et les séances de préparation à l'accouchement.

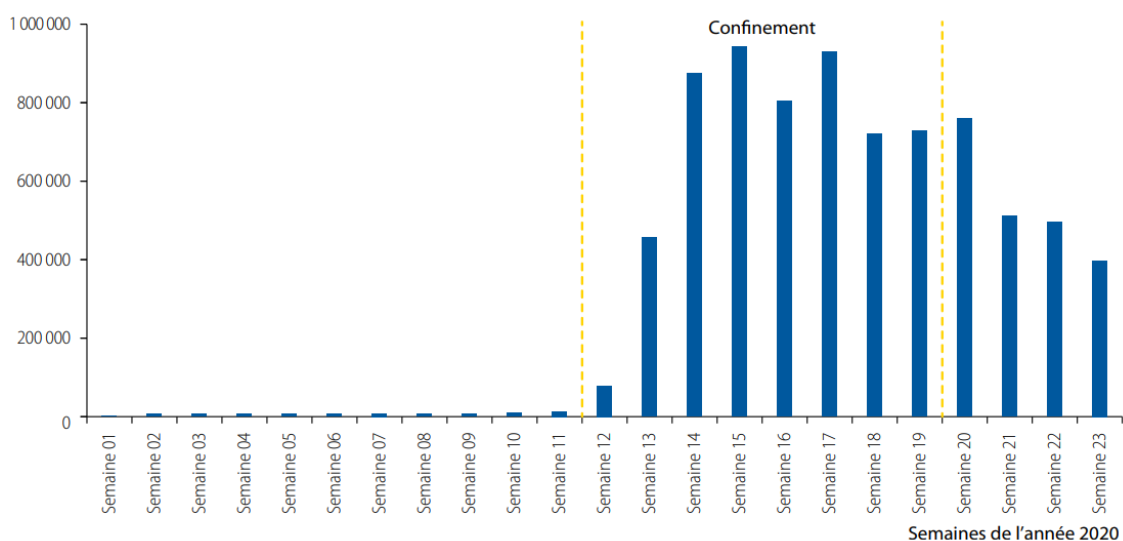
- La levée des limitations au nombre annuel de télé-expertises.

- Le déploiement en avance de phase d'actes de télésoin pour les orthophonistes, les orthoptistes, les pédicures-podologues, les pharmaciens, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les diététiciens, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes.

- L'autorisation de réalisation d'un acte de télésuivi par les infirmiers pris en charge à 100 %.

Ces mesures ont accompagné un **essor massif** : la Cnam a recensé **5,5 millions de téléconsultations en mars et avril**, contre 40 000 en février 2020, et jusqu'à un million par semaine pendant le confinement. Dans plus de 82 % des cas, il s'agit d'une téléconsultation avec un médecin généraliste.

Nombre de téléconsultations en 2020



Source : CNAM, rapport « charges et produits », juillet 2020

D'après une étude de la Drees¹, près de **80 % des médecins généralistes** ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de covid-19, alors que moins de 5 % la pratiquaient auparavant.

Dans la très grande majorité des cas, les règles sur le parcours de soins ont été respectées : en moyenne, à 80 %, le patient et le praticien s'étaient déjà vus dans les 12 mois précédents.

Cette étude indique cependant que 53 % des médecins généralistes estiment que l'examen clinique en présentiel reste souvent ou systématiquement indispensable. Plus généralement, les professionnels de santé sont partagés sur cette pratique : 32 % s'estiment pas du tout ou peu satisfaits contre 25 % très ou tout à fait satisfaits.

B. Le maintien des conditions dérogatoires de prise en charge en l'absence de solution technique opérationnelle

Cet article prolonge d'un an soit jusqu'au **31 décembre 2021** la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire des actes réalisés en téléconsultation pour tous les assurés.

¹ Études et résultats de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n° 1162, septembre 2020.

- Cette mesure, dérogeant aux articles L. 160-3 et L. 160-14 du code de la sécurité sociale sur la participation de l'assuré à la prise en charge des soins (ticket modérateur), a été **introduite à compter du 20 mars 2020** pour les actes réalisés en téléconsultation, les actes d'accompagnement de la téléconsultation ainsi que pour les actes de télésoin, par l'article 3 de l'ordonnance du 15 avril 2020¹. Elle a été **prolongée jusqu'au 31 décembre 2020** au plus tard par l'article 5 de l'ordonnance du 17 juin 2020².

N'est ici visée que la téléconsultation et non les activités de télésoin, au motif, d'après les indications transmises à la rapporteure, qu'elles ne sont pas encore définies dans le droit commun mais seulement de manière dérogatoire pour répondre au contexte épidémique sur le fondement de l'état d'urgence sanitaire. Les réflexions sur la pérennisation de ces actes méritent d'être rapidement poursuivies.

- La prolongation de cette mesure vise, d'après l'étude d'impact, à **faciliter l'accès à ces actes pour les assurés et les médecins en simplifiant les modalités de paiement** à distance et le recours au tiers payant intégral : il s'agit de « *laisser le temps aux partenaires conventionnels de redéfinir les conditions de recours à cette pratique et aux professionnels de santé de s'équiper des outils et solutions techniques permettant sa gestion dans le droit commun.* »

Comme l'a expliqué le directeur général de la Cnam³, **seuls 7 éditeurs de logiciels – équipant seulement 13 % des médecins – disposent à ce jour d'une fonctionnalité dite « droits AMC » intégrée**, permettant une prise en charge directement opérationnelle pour les assurés.

Dans son rapport « charges et produits » de juillet 2020, la Cnam préconisait ainsi le maintien de cette prise en charge à 100 %, **à titre seulement ponctuel et transitoire** : « *la prolongation pour une durée limitée de la prise en charge à 100 % des téléconsultations (...) ne saurait s'envisager durablement sauf à pouvoir démontrer qu'une téléconsultation justifierait d'une meilleure prise en charge par la sécurité sociale qu'une consultation présente, ce qui ne semble pas avéré d'un point de vue médical. Pour autant, le maintien pendant au moins une année de ce dispositif faciliterait, à travers la facilitation du recours au tiers payant intégral, l'exercice de la téléconsultation par certains professionnels qui ne se sont pas déjà abonnés à des plateformes de service leur mettant à disposition des outils de paiement en ligne.* »

¹ Ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19.

² Ordonnance n° 2020-737 du 17 juin 2020 modifiant les délais applicables à diverses procédures en matière sociale et sanitaire afin de faire face aux conséquences de la propagation de l'épidémie de covid-19.

³ Cf. compte rendu de l'audition du président et du directeur de la Cnam devant la commission des affaires sociales le 14 octobre 2020.

- D'après les indications de la direction de la sécurité sociale, les dépenses de téléconsultations pour l'assurance maladie obligatoire **de mars jusqu'à fin septembre** s'établissent à 326 millions d'euros, dont un surcoût lié à la prise en charge à 100 % par l'AMO (ticket modérateur) évalué à **72 millions d'euros**.

Pour 2021, l'étude d'impact identifie le coût de cette mesure à 65 millions d'euros avec l'hypothèse d'un volume plus faible que celui constaté sur cette période, soit de 250 000 téléconsultations par semaine, calé sur celui identifié en post-confinement.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission : limiter l'application dans le temps de la mesure et garantir la qualité des prises en charge

- Comme la commission l'a souligné dans différents travaux¹, la télémédecine et plus généralement le télésoin offrent des solutions complémentaires intéressantes. Néanmoins, une téléconsultation **ne peut remplacer le contact physique intrinsèque à l'exercice même de la médecine et ne saurait constituer un palliatif aux difficultés d'accès aux soins dans les territoires sous-dotés**.

Les syndicats de médecins entendus par la rapporteure ont partagé cette analyse, en reconnaissant que **la prise en charge des téléconsultations à 100 % répondait à un objectif pratique et non à une logique de santé publique**. Alors que des discussions conventionnelles sont en cours afin de favoriser, par d'autres mesures, le recours à la télémédecine, ils ont insisté sur le lien essentiel à préserver avec la logique de parcours de soins pour garantir la qualité de la pratique. Ils ont également mis en exergue les obstacles à l'accès à une vidéotransmission pour certains patients ; à cet égard, la décision prise le 23 octobre, dans le contexte de rebond épidémique, de réactiver la prise en charge de la consultation par téléphone dans certaines conditions répond à un besoin.

¹ Cf. notamment le rapport d'information n° 686 (2016-2017), « Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires », de Jean-Noël Cardoux et Yves Daudigny, 26 juillet 2017.

- La rapporteure note cependant que si le maintien de conditions de prise en charge dérogatoires est la conséquence d'un déploiement insuffisant des outils et solutions techniques permettant de faciliter le paiement à distance sans reste à charge, difficulté identifiée depuis de nombreuses années¹, l'étude d'impact ne s'appuie sur aucune perspective quant à la diffusion de ces outils et n'éclaire nullement, en outre, sur la place des organismes complémentaires à terme dans le financement de ces actes.

- **Dans ces conditions, la commission a adopté un amendement n° 167 de sa rapporteure visant :**

- **d'une part à réduire la durée de la dérogation à six mois au lieu d'un an, afin d'en réexaminer l'utilité selon l'évolution de la situation sanitaire ;**

- **d'autre part à s'assurer du lien essentiel à préserver avec la logique de parcours de soins, afin de garantir la qualité de la pratique dans le cadre d'organisations territoriales coordonnées, sans favoriser par exemple le développement de plateformes délocalisées.**

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 33

Report de la convention médicale

Cet article prévoit de proroger la convention médicale conclue en 2016, qui arrive à échéance le 24 octobre 2021, jusqu'au 31 mars 2023.

La commission propose d'avancer d'un an la date de report fixée pour conclure une nouvelle convention afin de ne pas retarder au-delà de ce qui est nécessaire les négociations visant à faire évoluer les conditions de travail et de tarification de la médecine libérale.

I - Le dispositif envisagé : prolonger les effets de l'actuelle convention médicale jusqu'en 2023

Les relations entre les professionnels de santé libéraux et les organismes d'assurance maladie sont régies par une **convention** signée pour chaque profession entre l'Uncam et une ou plusieurs organisations syndicales et dont le caractère obligatoire a été posé par la loi du 3 février 1971².

¹ Cf. notamment le rapport de l'IGAS de 2017 sur l'évaluation de la généralisation du tiers payant, qui notait qu'« en part complémentaire, des freins techniques demeurent à une pratique simple, rapide et fiable du tiers payant ». Ce sujet a été évoqué en outre à l'occasion des débats sur la proposition de loi relative à la résiliation infra-annuelle des contrats de complémentaire santé, avec l'introduction d'un article visant à s'assurer de la diffusion des services numériques de consultation des droits en matière de complémentaire santé aux fins de mise en œuvre du tiers payant (article 4 de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019).

² Loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux.

Aux termes de l'article L. 162-14-1, **chaque convention nationale** de professionnels de santé libéraux (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, directeurs de laboratoires d'analyses et entreprises de transports sanitaires) **est conclue pour une durée maximale de cinq ans**. Elle doit notamment définir les tarifs des honoraires et rémunérations dues aux professionnels par les assurés, des engagements portant sur l'évolution de l'activité professionnelle, des éventuelles aides à l'installation, ou encore les conditions de participation de l'assurance maladie au financement des cotisations dues par les professionnels pour l'activité réalisée au titre de la permanence des soins. **Ces conventions sont complétées par un accord-cadre¹ qui fixe des dispositions communes aux professionnels de santé**. Conclu pour une durée maximale de cinq ans, cet accord ne s'applique à une des professions de santé que si au moins un syndicat représentatif de cette profession l'a signé².

À ce cadre général s'ajoutent **des dispositions spécifiques encadrant les conventions propres à chaque profession**. S'agissant des **médecins libéraux**, leurs relations conventionnelles avec les caisses d'assurance maladies sont encadrées par les articles L. 162-5 à L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale.

Ces articles prévoient que **des conventions nationales sont conclues pour les médecins généralistes et pour les médecins spécialistes**, entre l'Uncam et :

- une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ;

- ou au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.

La convention détermine les obligations respectives des CPAM et des médecins libéraux. Elle définit les pratiques et les conditions de tarification et de remboursement des actes et elle comporte des dispositifs incitatifs et d'aides aux bonnes pratiques ou encore à l'installation.

Aux termes de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale, **sont habilités à participer aux négociations conventionnelles les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national** par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Pour arrêter la liste des organisations représentatives, **une enquête de représentativité** doit être

¹ L'accord-cadre interprofessionnel, signé le 10 octobre 2018 entre l'UNCAM et l'UNPS, est paru au JO du 7 avril 2019. Il a été contresigné par 24 organisations syndicales représentatives des professions concernées.

² Art. L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale.

conduite entre le douzième et le sixième mois précédant l'échéance conventionnelle. Les conditions permettant de déclarer la représentativité d'un syndicat sont leur indépendance, une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts, leurs effectifs d'adhérents et leur audience. **Cette audience est établie en fonction des derniers résultats aux élections des unions régionales des professionnels de santé (URPS)**¹. Les syndicats de médecins déclarés représentatifs pour la convention de 2016 sont :

- pour les médecins généralistes : MG France, CSMF, SML, FMF ;
- pour les médecins spécialistes : CSMF, SML, FMF, Le Bloc.

Les organisations syndicales représentatives doivent faire connaître à l'Uncam leur opposition à la reconduction d'une convention **au plus tard six mois avant sa date d'expiration**. S'ouvrent alors **des négociations préalables à l'élaboration d'une nouvelle convention**.

La convention actuellement en vigueur a été signée par trois syndicats représentatifs (FMF, MG France et Le Bloc) le 25 août 2016 puis approuvée par arrêté le 20 octobre 2016². 99 % des médecins libéraux sont conventionnés soit près de 115 000 praticiens.

Les orientations de la convention médicale de 2016

La convention médicale signée le 25 août 2015 comprend trois axes : valoriser l'activité, améliorer l'accès aux soins et renforcer la qualité des soins. Dix mesures clés sont déclinées dans la convention :

1. La revalorisation du tarif de la consultation de référence pour les médecins généralistes (à 25 euros).
2. La revalorisation de la consultation coordonnée (à 30 euros).
3. La création de nouveaux tarifs de consultations pour des prises en charge plus complexes.
4. L'incitation financière pour la prise en charge des patients en ville sans délais.
5. Une rémunération au forfait simplifiée avec un forfait patientèle unique.
6. Des mesures renforcées pour encourager à une meilleure répartition des médecins partout en France.
7. La rénovation du dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires.
8. Une rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) renforcée et élargie.
9. Un forfait structure ouvert à tous pour inciter à la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles au sein des cabinets médicaux.
10. Un déploiement de la télémédecine.

Source : L'Assurance maladie, synthèse de la convention nationale 2016-2021

¹ Articles R. 162-54 et R. 162-54-1 du code de la sécurité sociale.

² Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

Valable pour une durée de cinq ans, **la convention médicale arrivera à échéance le 24 octobre 2021**. Compte tenu de la période de négociations préalables à la convention, d'une durée de six mois, précédée de l'enquête de représentativité qui dure environ trois mois¹, **la préparation d'une nouvelle convention nécessite une période de neuf mois précédant la date d'échéance**. En l'espèce, cette période devrait donc s'ouvrir dès le mois de janvier 2021.

Or, le calendrier des prochaines élections aux URPS entre en conflit avec cet échéancier, puisque **les unions régionales seront renouvelées en avril 2021** et que la représentativité des syndicats au niveau national est notamment issue du résultat de ces élections.

En outre, le Gouvernement fait valoir que **les négociations des mesures issues du Ségur de la Santé et ayant un impact conventionnel** seront en cours de négociation durant cette période et ne pourront donc pas être intégrées à la nouvelle convention.

Par conséquent **le présent article propose de proroger, à titre dérogatoire, l'échéance de la convention jusqu'au 31 mars 2023**.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

Un amendement rédactionnel du rapporteur général a été adopté.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission : avancer d'un an la date de report proposée pour conclure une nouvelle convention

Si la rapporteure comprend la nécessité de proroger la convention médicale de 2016, elle considère que **la date fixée par le présent article**, qui reporte la conclusion d'une nouvelle convention au 31 mars 2023, **n'est pas justifiée**.

Considérant, d'une part, qu'une période de **neuf mois** précédant une nouvelle convention doit être prévue pour l'enquête de représentativité et la phase de négociation préalable et, d'autre part, que les élections aux URPS auront lieu en avril 2021, **la prolongation de l'actuelle convention médicale ne serait nécessaire que jusqu'à la fin du premier trimestre 2022 et non 2023**.

Il n'apparaît en outre **pas souhaitable de repousser à une échéance si tardive des négociations qui permettront de faire évoluer les conditions de tarification et de travail des médecins libéraux**. En effet, les syndicats de médecins, auditionnés par la rapporteure, se sont unanimement opposés à ce report lointain qui procède d'une décision unilatérale du Gouvernement.

¹ Selon l'annexe 9 au PLFSS, page 188.

Ils sont en attente de mesures de restructurations de la médecine libérale afin d'améliorer leurs conditions de travail et de mesures de revalorisation, alors que la médecine de ville participe à la réponse sanitaire apportée à l'épidémie de covid-19 sans bénéficier, selon eux, d'un soutien à la hauteur des besoins.

Par conséquent, la commission a adopté **l'amendement n° 168** de la rapporteure qui avance d'un an le report de l'échéance de la convention médicale, soit le 31 mars 2022 au lieu du 31 mars 2023.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 33 bis (nouveau)

Tiers payant et garanties de confidentialité pour les IVG

Cet article, inséré à l'Assemblée nationale, propose d'étendre le bénéfice du tiers payant à toutes les assurées au titre des frais relatifs à une IVG et de prévoir que la prise en charge d'une IVG est protégée par le secret.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé

Cet article, inséré à l'Assemblée nationale, est issu de trois amendements identiques du rapporteur général, de M. Aviragnet (Socialiste) et de Mme Muschotti (LaRem).

- Il prévoit, en son **I**, de modifier l'article L. 162-1-21 du code de la sécurité sociale qui dispense d'avance de frais les assurés atteints d'une affection de longue durée pour les soins en relation avec cette affection, sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La modification proposée vise à ajouter à cet article que **les assurées bénéficieront du tiers payant pour les frais relatifs à une interruption volontaire de grossesse**, pour la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les **III** et **IV** du présent article rendent cette disposition applicable à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

- Le **II** du présent article prévoit par ailleurs d'insérer un article L. 2212-10 dans le code de la santé publique aux termes duquel **la prise en charge de l'IVG est protégée par le secret** afin de pouvoir préserver, le cas échéant, l'anonymat de l'intéressée.

II - La position de la commission : suppression de l'article

- Les dispositions du présent article sont issues de la proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement¹, adoptée à l'Assemblée nationale le 8 octobre, et traduisent des recommandations du rapport d'information relatif à l'IVG, déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes le 16 septembre 2020.

- **S'agissant du bénéficiaire du tiers payant au titre des frais en lien avec une IVG**, il convient de rappeler que sont déjà couvertes par cette dispense d'avance de frais les assurées mineures², les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire³ et les bénéficiaires de l'aide médicale d'État⁴. Ces dispositions permettent donc déjà de dispenser d'avance de frais les assurées les plus vulnérables. **Le tiers payant est, en outre, largement pratiqué dans les établissements de santé**, au moins au titre des dépenses couvertes par l'Assurance maladie obligatoire. Le dispositif proposé aurait donc essentiellement un effet sur les frais relatif aux IVG médicamenteuses prescrites en ville. Enfin, **les IVG sont prises en charge intégralement par l'assurance maladie⁵**, sur la base d'un tarif forfaitaire variant selon la méthode utilisée.

- **Concernant la confidentialité entourant la prise en charge des IVG**, des dispositions permettent déjà de la garantir dans certains cas : **la confidentialité est absolue pour la prise en charge des IVG des mineures sans consentement parental**. Un principe d'anonymat s'applique alors aux organismes de sécurité sociale⁶. Pour les assurées majeures, en médecine de ville, **la feuille de soins peut être aménagée de façon à préserver la confidentialité de la patiente**. Pour la préservation de l'anonymat, le médecin de ville peut aussi **orienter la patiente vers un établissement de santé** qui garantira cet anonymat⁷.

Par ailleurs, cette disposition posant le principe de protection par le secret de la prise en charge de l'IVG, qui est sans lien direct avec la mesure d'élargissement du tiers payant, est **une mesure non financière** qui, au regard de la jurisprudence du Conseil constitutionnel, ne semble pas avoir d'effet suffisamment direct sur les comptes de la sécurité sociale pour relever du champ des lois de financement de la sécurité sociale.

¹ Proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement, n° 3292, déposée le 25 août 2020.

² Art. L. 162-4-5 du code de la sécurité sociale.

³ Art. L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

⁴ Art. L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles.

⁵ Art. L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

⁶ Art. D. 132-1 à D. 132-5 du code de la sécurité sociale et circulaire CNAM n° 49/2003 du 14 mars 2003 relative aux modalités de prise en charge des IVG des mineures sans consentement parental ; préservation de l'anonymat dans les circuits d'échange.

⁷ Circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES n° 2004-569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissement de santé.

• La rapporteure considère que les évolutions des dispositions encadrant l'IVG, qui doivent permettre d'assurer un recours effectif au droit à l'avortement, méritent un débat approfondi, comme ce fut le cas à l'Assemblée nationale lors de l'examen de la proposition de loi précitée. En l'espèce, elle considère que la commission ne peut pas apprécier pleinement la portée des dispositifs proposés, introduits par amendement à l'Assemblée nationale, et qui n'ont pas tous leur place dans une LFSS. Il serait donc préférable d'évaluer l'opportunité ces mesures dans le cadre d'un texte spécifique.

Pour toutes ces raisons, la commission a adopté un **amendement n° 169** de la rapporteure tendant à supprimer le présent article.

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 33 ter (nouveau)

Limitation d'accès au conventionnement des centres de santé

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, ouvre la possibilité aux partenaires conventionnels d'appliquer des mesures de régulation démographiques des installations des centres de santé.

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

I - Un objectif de transposition de mesures de régulation démographique aux professionnels de santé salariés des centres de santé

Cet article est issu d'un amendement du Gouvernement.

Le 1° complète l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale sur les rapports conventionnels entre l'assurance maladie et les centres de santé, à l'instar de dispositions prévues pour l'accès au conventionnement de plusieurs professions de santé libérales. Il précise que l'accord national encadrant leur fonctionnement détermine « *les conditions à remplir par les centres de santé pour être régis par l'accord national et notamment celles relatives aux zones d'exercice, définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code la santé publique* [à savoir les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante – dites « sous-dotées » – ou au contraire celles où le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé - dites « sur-dotées » -], *concernant l'ouverture des centres de santé ou l'accroissement d'activité par le recrutement d'un nouveau professionnel de santé salarié* ». Ces conditions pourront être modulées selon les différentes professions de santé.

Comme l'explique l'exposé des motifs, il s'agit de « *permettre la mise en place de la même manière des mesures de régulation au conventionnement dans les zones sur-dotées à la fois sur l'offre de soins libérale et l'offre de soins offerte par les centres de santé* ».

Le 2° vise à rendre les conditions relatives aux zones d'exercice applicables aux centres de santé n'ayant pas adhéré à l'accord national. D'après les indications transmises à la rapporteure, cette précision vise à éviter tout contournement par le déconventionnement, dans la mesure où les centres de santé non conventionnés doivent appliquer les tarifs opposables, contrairement aux professionnels libéraux.

II - La position de la commission : limiter la portée de cette mesure aux dispositifs applicables aux professionnels de santé dans le cadre libéral

Cet article traduit un souci de cohérence puisqu'il s'agirait d'appliquer aux professionnels de santé salariés des centres de santé des mesures de régulation à l'instar de celles applicables à leurs confrères libéraux en application des accords conventionnels. C'est par exemple le cas des **dispositifs de « conventionnement sélectif »** applicables aux infirmiers, sages-femmes et masseurs-kinésithérapeutes libéraux¹, conditionnant l'accès au conventionnement dans les zones identifiées comme sur-dotées à la cessation définitive de l'activité libérale d'un confrère conventionné.

La mesure proposée emporte cependant **plusieurs réserves**.

D'une part, il est regrettable qu'elle soit abordée par le biais d'un amendement du Gouvernement, sans étude d'impact et sans que les acteurs concernés n'aient été consultés en amont ni informés des modalités selon lesquelles cette régulation pourrait se mettre en place, le cas échéant en prenant en compte les conditions financières de l'accès aux soins (secteur 1).

D'autre part, elle n'apporte qu'une réponse marginale aux enjeux de l'accès aux soins, la limitation de l'installation d'un professionnel dans une zone considérée comme « sur-dotée » n'étant en rien une garantie de son installation dans un territoire où l'offre de soins est insuffisante.

Sans faire obstacle à la tenue de discussions conventionnelles sur ce sujet, la commission a adopté un amendement n° 170 de sa rapporteure visant à s'assurer de la cohérence entre les mesures applicables aux professionnels de santé libéraux et salariés, alors que le Sénat s'est notamment opposé à plusieurs reprises à l'instauration d'un conventionnement sélectif pour les médecins libéraux.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

¹ Ces dispositions prévues à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale sont également rendues possibles pour les chirurgiens-dentistes libéraux, sans traduction conventionnelle à ce jour.

Article 33 quater (nouveau)
**Généralisation du tiers payant intégral sur les équipements
et les soins du panier « 100 % santé »**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose de rendre obligatoire, à partir du 1^{er} janvier 2022, le bénéfice du tiers payant dans les contrats responsables des complémentaires santé pour l'ensemble des prothèses optiques, dentaires et auditives.

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

I - Une volonté de généraliser le tiers payant intégral sur le panier de soins du « reste à charge zéro »

Les contrats de complémentaire santé responsables et solidaires doivent respecter un cahier des charges comprenant des garanties planchers ainsi que des plafonds de garanties applicables à certains postes de soins, conformément à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

En particulier, 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 », à la suite de la réforme mise en place au niveau législatif par la LFSS pour 2019¹.

Au 1^{er} janvier 2021, de nouveaux équipements entreront dans le panier de soins sans reste à charge.

En outre, depuis la loi de modernisation de notre système de santé de 2016², les contrats responsables et solidaires permettent obligatoirement à l'assuré de bénéficier du **mécanisme de tiers payant** sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, **au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.**

Introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative des députés Agnès Firmin Le Bodo et Paul Christophe (Agir ensemble), avec avis favorable de la commission et du Gouvernement, l'article 33 *quater* vise à **rendre effectif le tiers payant intégral pour les équipements et les soins du panier « 100 % santé »** en le rendant obligatoire pour les complémentaires santé proposant des contrats responsables et solidaires, le cas échéant **à hauteur du reste à charge intégralement couvert (1^o et 2^o du I).**

Le **II** prévoit que ces dispositions s'appliqueraient aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du **1^{er} janvier 2022.**

¹ Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 - Article 51.

² Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 83.

II - La position de la commission : une suite logique de la réforme du « 100 % santé »

Le dispositif proposé, en généralisant le tiers payant intégral à tous les contrats responsables et solidaires pour le panier de soins concerné, constitue la suite logique du déploiement progressif du « reste à charge zéro ». Cette application du tiers payant intégral a posé de nombreuses difficultés techniques qui justifient sa mise en œuvre différée. En particulier, des efforts demeurent nécessaires pour harmoniser les outils informatiques mis à disposition des professionnels de santé et en faciliter le déploiement.

Malgré les intentions affichées en matière d'accès aux soins, la commission considère que la généralisation du tiers payant est **peu utile d'un point de vue social** au regard des dispositifs existants. En particulier, les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire bénéficient du tiers payant pour les soins pris en charge.

Il convient cependant d'observer que **cette mesure ne concerne que les organismes complémentaires**, qui ne pourront plus réserver le tiers payant aux seuls adhérents des réseaux de soins, et **non les professionnels de santé**¹.

De plus, cette mesure n'ayant 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 pas fermement établi ; il appartiendra au Conseil constitutionnel de vérifier la conformité de l'article avec les dispositions de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

Sous ces réserves, la commission n'est pas opposée à ce dispositif.

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

¹ La généralisation obligatoire du tiers payant au 30 novembre 2017 prévue par la loi du 26 janvier 2016 a en effet été abrogée par l'article 63 de la LFSS pour 2018.

Article 34

**Expérimentation visant à assurer une meilleure prévention des risques
et à garantir la préservation de la santé au travail
par une action coordonnée des professionnels de santé sur le territoire**

Cet article propose l'expérimentation pour une durée de trois ans de transferts d'activités en direction des infirmiers dans des services de sécurité et de santé au travail relevant de plusieurs caisses de mutualité sociale agricole.

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

I - L'expérimentation d'une innovation organisationnelle au sein de services de santé au travail en agriculture

A. L'organisation pluridisciplinaire de la santé au travail face au déficit de médecins

1. L'organisation de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail

La loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail¹ a renforcé l'intégration des compétences au sein des services de santé au travail en les faisant reposer non plus sur le seul médecin du travail mais sur une **équipe pluridisciplinaire**. Ses membres peuvent notamment procéder à la visite d'information et de prévention à laquelle tout salarié a droit dans les trois mois suivant sa prise de poste².

Au sein de ces équipes pluridisciplinaires, composées du collaborateur médecin, de l'interne en médecine et de l'infirmier sous l'autorité du médecin du travail³, **le code du travail réserve cependant à ce dernier l'exercice de certains actes relatifs au suivi individuel de l'état de santé des travailleurs**.

Ainsi, l'article L. 4624-2 prévoit que « *tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail bénéficie d'un suivi individuel renforcé de son état de santé.* » Ce suivi comprend un **examen médical d'aptitude périodique⁴ réalisé par le médecin du travail**.

¹ Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

² Art. R. 4624-10 du code du travail.

³ Art. L. 4624-1 du code du travail.

⁴ Cette périodicité est déterminée par le médecin du travail et ne peut être supérieure à quatre ans (art. R. 4624-25 du code du travail).

La travailleuse bénéficie en outre, à son **retour d'un congé de maternité**, d'un **examen de reprise du travail** par le médecin du travail¹. Il en va de même de tout travailleur après une absence pour cause de maladie professionnelle ou après une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail ou de maladie non professionnelle. Une visite de préreprise est également organisée par le médecin du travail pour les travailleurs en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois².

Par ailleurs, il appartient au médecin du travail de « *proposer, par écrit et après échange avec le salarié et l'employeur, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge ou à l'état de santé physique et mental du travailleur* »³.

S'agissant plus particulièrement des **travailleurs agricoles**, le code rural et de la pêche maritime prévoit que ceux-ci font notamment l'objet d'un examen médical destiné à établir le bilan de leur exposition à des risques professionnels **lorsqu'ils atteignent l'âge de cinquante ans**⁴. À la fin de l'examen, le médecin du travail remet au salarié un document consignait son exposition à de tels risques.

2. Les spécificités de l'organisation de la santé au travail en agriculture

Aux termes de l'article D. 717-1 du code rural et de la pêche, les employeurs agricoles relèvent pour leurs salariés d'un service de santé au travail organisé sous la forme soit d'un **service de sécurité et de santé au travail en agriculture** institué en son sein par la caisse de mutualité sociale agricole (MSA), soit d'une association spécialisée créée par une ou plusieurs caisses de MSA, soit d'un service autonome d'entreprise.

Dans les services de sécurité et de santé au travail en agriculture (services SST), le médecin du travail assure la direction technique du service ; il en fixe l'organisation du travail en concertation avec le directeur de la caisse de MSA ou de l'association.

La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) assure la coordination des services SST⁵. Un outil informatique commun à l'ensemble des caisses de MSA permet à la CCMSA de piloter finement ces services. Par ailleurs, puisqu'elle gère également pour les travailleurs agricoles les risques maladie et vieillesse, la CCMSA peut intégrer en son sein des actions coordonnées, notamment une coordination renforcée autour de la prévention de la désinsertion professionnelle.

¹ Art. R. 4624-31 du code du travail.

² Art. R. 4624-29 du code du travail.

³ Art. L. 4624-3 du code du travail.

⁴ Art. R. 717-18-1 du code rural et de la pêche maritime.

⁵ Art. D. 717-33 du code rural et de la pêche.

Des cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi (CPME) assurent ainsi un accompagnement renforcé et individualisé de l'assuré dès la détection précoce d'un éventuel problème de santé pouvant avoir une incidence sur son aptitude au poste de travail¹.

Toutefois, selon l'évaluation préalable, certaines caisses de MSA rencontrent des difficultés pour assurer la prévention et la préservation de la santé des travailleurs compte tenu du déficit chronique de médecins du travail, qui s'est accentué au fil des années. Ainsi, la démographie médicale ne permet pas de répondre à l'ensemble des obligations fixées par la loi, ce qui fait notamment poser sur les services de santé et de sécurité au travail et sur les caisses de MSA de forts risques contentieux vis-à-vis des entreprises.

La population suivie au titre de la santé et de la sécurité au travail par ces services est supérieure à 1,6 million d'actifs, dont 500 000 exploitants et **870 000 salariés ayant un contrat de plus de 45 jours**. Les effectifs mobilisés à ce titre par la MSA étaient en 2018 de **289 ETP de médecins du travail et de 156,8 ETP d'infirmiers de santé au travail**².

B. La création d'une expérimentation permettant le transfert d'activités aux infirmiers de santé au travail

L'article 34 crée une **expérimentation d'une durée de trois ans** et menée dans le ressort de **quatre caisses départementales ou interdépartementales de la MSA**.

Les caisses de MSA concernées, désignées parmi les caisses « *volontaires et les plus sinistrées* », devraient être celles de Haute Normandie, de Mayenne Orne Sarthe, de Sud Aquitaine et de Midi-Pyrénées Nord, qui couvrent 11 départements. Selon les informations fournies au rapporteur par la direction de la sécurité sociale (DSS), sur 92 862 salariés concernés, 11 681 salariés font actuellement l'objet d'un suivi dans ces circonscriptions, soit près de 13 % alors que le taux de national était de 26 % en 2018.

L'expérimentation permettrait de **transférer aux infirmiers qualifiés en santé au travail relevant de ces caisses les activités suivantes** :

- la réalisation de **l'examen périodique du travailleur agricole, dans le cadre du suivi renforcé** dont il bénéficie en application de l'article L. 4624-2 du code du travail³ ;

- la réalisation de **l'examen de reprise de la travailleuse agricole après son congé de maternité**, dès lors qu'elle n'est pas affectée à un poste présentant des risques particuliers, ainsi que l'échange prévu dans ce cadre avec la travailleuse agricole en vue d'examiner les propositions

¹ Cf. rapport IGAS n° 2019-070R1, « Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI) », annexe 4, février 2020.

² Cf. rapport IGAS, annexe 4.

³ En pratique, les infirmiers des services SST réalisent actuellement une visite intermédiaire, deux ans après le dernier examen périodique, dans le cadre de ce suivi renforcé.

d'aménagement ou d'adaptation du poste de l'employeur au titre de l'article L. 4624-3 du code du travail ;

- le **bilan d'exposition aux risques professionnels à l'âge de cinquante ans** du travailleur agricole.

Les conditions de ces transferts de compétences seraient fixées par un **protocole de coopération** établi conformément aux dispositions de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique, donc à l'initiative des professionnels concernés¹.

Un décret en Conseil d'État doit préciser les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, et notamment le rôle de la CCMSA dans son pilotage.

Trois mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement devra présenter au Parlement un rapport d'évaluation.

Selon l'exposé des motifs, l'expérimentation a pour objectifs :

- **d'assurer une meilleure couverture des obligations légales et réglementaires** à la charge des services de santé au travail concernés, tant au niveau du suivi individuel de l'état de santé des travailleurs agricoles qu'au niveau de la traçabilité des expositions professionnelles en milieu agricole ;

- **de recentrer l'activité des médecins du travail sur le suivi et l'examen des salariés les plus à risque** ou actuellement trop peu suivis, comme les saisonniers agricoles ;

- **de renforcer l'effectivité des mesures de prévention des risques professionnels** dans les plus petites entreprises, et *de facto* **de réduire la sous-déclaration des maladies professionnelles** actuellement prises en charge par la branche maladie.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

À l'Assemblée nationale, deux amendements rédactionnels ont été adoptés à l'initiative du rapporteur.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

¹ *Cet article prévoit que* « les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient. Les protocoles de coopération précisent les formations nécessaires à leur mise en œuvre. Le patient est informé des conditions de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération. »

III - La position de la commission : une démarche bienvenue sur le fond malgré un lien discutable avec le texte

Le rapporteur est très favorable sur le fond aux mesures susceptibles d'améliorer la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail et ainsi de permettre un meilleur suivi des salariés. L'expérimentation proposée s'inscrit dans la lignée des précédentes réformes en matière de coopération entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Il pourrait être envisagé de l'étendre lors de la prochaine réforme de la santé au travail.

Les objectifs de cette expérimentation soulèvent plus largement la question de l'accès du médecin du travail au dossier médical partagé (DMP). Pour mémoire, le rapport présenté en octobre 2019 par Stéphane Artano et Pascale Gruny sur la santé au travail¹ proposait que le salarié puisse consentir à l'accès, partiel ou total, à son DMP par le médecin du travail afin notamment de permettre à ce dernier d'anticiper les éventuels aménagements nécessaires à son maintien en emploi.

Sur la proposition du rapporteur, la commission a adopté un **amendement tendant à préciser les éléments à prendre en compte dans le rapport d'évaluation au regard des objectifs de l'expérimentation** (amendement n° 171).

Sur la forme, on peut relever que le texte fait remonter au niveau de la loi, à l'initiative du Gouvernement, des activités actuellement réglementées par décret, à savoir l'examen de reprise de la travailleuse après son congé de maternité et l'examen à cinquante ans des travailleurs agricoles.

Surtout, la commission des affaires sociales observe que **la place de cette disposition dans une LFSS n'est justifiée que par l'éventuel transfert de dépenses entre la branche maladie et la branche AT-MP** causé par une réduction de la sous-déclaration des maladies professionnelles dans le ressort des services concernés, **lequel transfert est aussi indirect qu'hypothétique.**

Si le régime agricole se distingue par des services de santé au travail financés par une cotisation employeur, celle-ci ne constitue pas une cotisation de sécurité sociale mais une cotisation recouvrée pour le compte de tiers, à l'instar du versement destiné au financement des services de mobilité.

Il reviendra au Conseil constitutionnel de vérifier la conformité de l'article avec les dispositions de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

¹ Rapport d'information Sénat n° 10 (2019-2020) de M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 2 octobre 2019.

Article 34 bis (nouveau)

Suppression du délai de carence en cas de temps partiel thérapeutique pour les non-salariés agricoles

Cet article vise à supprimer le délai de carence pour le versement des indemnités journalières en cas de reprise à temps partiel thérapeutique pour les non-salariés du régime agricole.

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

I - L'extension aux non-salariés agricoles d'une mesure de la LFSS pour 2020

A. Le délai de carence en cas de temps partiel thérapeutique a été supprimé pour les seuls salariés

Aux termes de l'article L. 323-3 du code de la santé publique, un assuré social en arrêt de travail peut se voir prescrire une reprise à temps partiel pour motif thérapeutique (TPT) lorsque cette reprise est reconnue comme de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé, ou lorsqu'il doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé. Le TPT est prescrit par le médecin traitant et doit être accepté par le médecin-conseil de l'assurance maladie. L'assuré perçoit alors une indemnité journalière (IJ) calculée de la même manière que pour un arrêt complet, mais en appliquant un écrêtement afin qu'il ne dépasse pas la perte de gain journalière résultant du passage à temps partiel¹.

Jusqu'en 2018, le TPT ne pouvait être prescrit qu'à la suite d'un arrêt de travail à temps complet, sauf pour les patients en affection de longue durée (ALD). Cette condition a été supprimée par la LFSS pour 2019².

La LFSS pour 2020³ a ensuite supprimé, pour les salariés, le délai de carence de trois jours applicable pour le versement des IJ en cas de passage en TPT. Ces assurés sont désormais indemnisés dès leur premier jour de reprise du travail à temps partiel thérapeutique.

Toutefois, **cette dernière mesure a expressément exclu les non-salariés agricoles**. En conséquence, lorsqu'ils bénéficient d'un TPT, un **délai de carence de sept jours** leur est encore appliqué en application des articles L. 752-5 et D. 752-28 du code rural et de la pêche maritime.

¹ Art. R. 323-3 du code de la sécurité sociale.

² Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 - Art. 50.

³ Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 - Art. 85.

De même, la partie réglementaire du code de la sécurité sociale prévoit l'application du délai de carence pour le versement d'IJ aux travailleurs indépendants non-agricoles.

B. Le texte vise à étendre cette mesure aux non-salariés agricoles

Introduit en séance publique à l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, **l'article 34 bis tend à étendre, par mesure d'équité, la suppression du délai de carence en TPT aux travailleurs non-salariés agricoles.**

Le **1° du I** supprime ainsi, à l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche, l'exclusion de la possibilité de ne pas appliquer le délai de carence pour le versement d'IJ aux non-salariés agricoles.

Le **2° du I** précise que ce délai n'est pas applicable pour le versement de l'IJ en cas de TPT.

Aux termes du **II**, ces dispositions s'appliquent s'applique aux arrêts de travail prescrits à compter du **1^{er} janvier 2021**.

Il est précisé que **ce délai de carence sera également supprimé pour les autres travailleurs indépendants par voie réglementaire.**

II - La position favorable de la commission

Selon les informations transmises par la direction de la sécurité sociale (DSS), l'impact financier de la mesure est évalué à moins de 100 000 euros par an, dans l'hypothèse d'une augmentation du taux de recours, pour chacune des branches maladie (AMEXA) et AT-MP (ATEXA) des non-salariés agricoles, lesquelles sont financées exclusivement par les cotisations des assurés.

Il s'agit d'une mesure de prévention des risques de désinsertion professionnelle cohérente avec les modifications apportées par les LFSS pour 2019 et 2020.

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

Article 34 ter (nouveau)

Droit des non-salariés agricoles aux indemnités journalières maladie en cas d'accident du travail

Cet article ouvre droit aux non-salariés agricoles ayant par ailleurs un emploi salarié, en cas d'incapacité de travail suite à un accident ou à une maladie professionnelle, au bénéfice d'une IJ maladie d'un régime salarié en complément de l'IJ AT-MP versée par le régime des exploitants agricoles.

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

I - Le dispositif proposé

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle survenu sur leur exploitation agricole, **les non-salariés agricoles qui exercent simultanément une activité salariée ne bénéficient pas des indemnités journalières (IJ) maladie ordinaires** du régime, qu'il soit général ou agricole, dont relève leur activité salariée, faute de disposition de coordination spécifique entre la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime des exploitants agricoles (ATEXA) et les branches maladie du régime des salariés agricoles et du régime général.

En outre, l'IJ accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) qu'ils perçoivent est calculée et versée par le régime des non-salariés agricoles sur la base d'un gain forfaitaire annuel et ne tient pas compte des revenus salariés perçus¹.

Ces travailleurs qui se trouvent dans l'incapacité physique de continuer ou de reprendre leur activité salariée ne peuvent donc pas prétendre à une indemnisation complémentaire à ce titre.

Introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, **l'article 34 ter ouvre droit**, en cas d'incapacité de travail suite à un accident ou à une maladie professionnelle, **au bénéfice d'une IJ maladie au régime salarié**, calculée selon les règles de ce régime et sur la base des revenus salariés, **en complément de l'IJ AT-MP versée par le régime des exploitants agricoles**.

Il introduit à cette fin dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 172-1-1 explicitant cette mesure de coordination **(I)**. Cette disposition serait applicable aux accidents du travail et aux maladies professionnelles déclarés à compter du 1^{er} janvier 2021 **(II)**.

¹ Cette IJ, versée à partir du huitième jour d'arrêt, s'élève en 2020 à 21,46 euros par jour les 28 premiers jours indemnisés, puis à 28,61 euros à partir du 29^e jour.

Les salariés et les travailleurs indépendants non agricoles bénéficient déjà quant à eux de deux indemnités permettant de prendre en compte l'ensemble de leurs revenus cotisés, cet article vise ainsi à établir une égalité de traitement entre assurés.

II - La position favorable de la commission

Cette disposition, qui vise à remédier à une iniquité entre les non-salariés agricoles et d'autres catégories de travailleurs indépendants, est bienvenue alors que la polyactivité est de plus en plus fréquente.

Elle s'inscrit dans la continuité de l'assouplissement des conditions de recours au travail aménagé prévu par la LFSS 2020 pour les personnes relevant du régime des non-salariés victimes d'AT-MP¹, et va dans le même sens que la suppression du délai de carence pour les travailleurs non-salariés agricoles en temps partiel thérapeutique prévu à l'article 34 *bis*.

Selon les informations transmises par la direction de la sécurité sociale (DSS), l'impact financier de la mesure est estimé à 5,1 millions d'euros au total en 2021, soit 4,1 millions d'euros pour la branche maladie du régime général et 1 million d'euros pour la branche maladie du régime des salariés agricoles.

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

¹ Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 – Article 85.

Article 34 quater (nouveau)
**Création d'un dispositif d'IJ unique
pour les professionnels libéraux affiliés à la CNAVPL**

Cet article, vise à créer un régime d'indemnités journalières pour les professionnels libéraux.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié d'une correction rédactionnelle.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : la création d'un régime d'indemnités journalières pour les professionnels libéraux à l'exception des avocats

Cet article a été introduit à l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement.

A. Une couverture principalement assurée par des assurances privées volontaires

1. Des prestations assurées de manière limitée par les régimes invalidité-décès de certaines sections

Le code de la sécurité sociale ne prévoit pas de régime obligatoire d'assurance versant des prestations maladie en espèces, soit des « **indemnités journalières** » pour les professions libérales.

Ainsi, **parmi les travailleurs non-salariés, seuls ceux relevant de la sécurité sociale des travailleurs indépendants (artisans et commerçants) bénéficient aujourd'hui d'IJ en cas d'arrêt maladie.** Ceux-ci cotisent jusqu'à deux plafonds annuels de la sécurité sociale (PASS) et touchent des prestations sur un PASS. Les prestations peuvent aller jusqu'à trois années, après un délai de carence de trois jours.

Pour les professionnels libéraux, aucun régime unique obligatoire n'existe aujourd'hui. Quatre sections professionnelles de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professionnels libéraux (CNAVPL) ont prévu **un régime d'IJ, au-delà de 90 jours d'arrêt maladie** ; il s'agit de la Carmf pour les médecins, la Carpimko pour les auxiliaires médicaux, la Cavec pour les experts-comptables et la CARCDSF pour les chirurgiens-dentistes et sages-femmes. Ces prestations sont **gérées par les régimes d'invalidité-décès** de ces caisses. **Pour les avocats, un régime similaire existe** selon les mêmes modalités, auprès de la CNBF.

En-dessous de 90 jours, les professionnels libéraux ne sont donc pas couverts, quelle que soit leur profession, par un régime obligatoire. **Ils sont libres de souscrire volontairement des assurances privées pour couvrir, à titre individuel, ce risque.**

Sur cette tranche, les avocats disposent de contrats collectifs de prévoyance, souscrits par les barreaux ; ils prévoient notamment des délais de carence de 8 à 30 jours selon la cause de l'arrêt.

2. Un dispositif dérogatoire durant la crise sanitaire et financé par la Cnam

Face à la crise sanitaire, le Gouvernement a mis en place **un dispositif d'indemnités journalières dérogatoires** pour les professionnels libéraux. Celles-ci ont été **financées par l'assurance maladie**.

Selon le ministère des solidarités et de la santé, du 12 mars au 24 juillet 2020, **la CNAM a ainsi versé 269 millions d'euros d'indemnités journalières dérogatoires aux professionnels libéraux**, dont 196 millions d'euros pour les professionnels de santé.

3. Une pérennisation proposée d'un système d'IJ réservé aux professions couvertes par la CNAVPL

À la demande d'organisations représentatives des professionnels libéraux, notamment l'Union nationale des professionnels libéraux (UNAPL), le Gouvernement a décidé de **proposer un dispositif pérenne** de prise en charge des IJ pour les libéraux. Celui-ci entrerait **en vigueur dès 2021**.

Des paramètres à définir

Les paramètres de cotisation, comme le montant des prestations, seront fixés sur proposition de la CNAVPL.

Les estimations faites par le Gouvernement indiquent qu'une **cotisation de l'ordre de 0,3 % assise sur 5 PASS** permettrait de financer des **prestations assises sur le revenu moyen des 3 années précédentes, plafonné à 3 PASS**. Comme pour les artisans et commerçants, la cotisation minimale calculée sur 40 % du PASS serait due pour ceux qui gagnent moins que ce revenu.

Ainsi, le Gouvernement estime que **le montant annuel de la cotisation serait donc compris entre 51 euros**, pour un assuré dont le revenu est inférieur ou égal à 40 % du PASS, **et 638 euros** pour un assuré dont le revenu est supérieur ou égal à 5 PASS.

Les prestations seraient elles comprises entre 22,5 euros dans le premier cas **et 169 euros** dans le second.

B. Un nouveau régime propre aux professions libérales

Le I modifie le livre VI du code de la sécurité sociale relatif au régime des travailleurs non-salariés.

1. Des prestations nouvelles destinées aux professions libérales et financées par une cotisation supplémentaire

Le 4° du I modifie l'article L. 622-1 et **fait entrer les travailleurs indépendants relevant de la CNAVPL dans le champ** des travailleurs non-salariés bénéficiant de prestations maladie en espèces.

Le 5° procède à une **nouvelle rédaction de l'article L. 622-2.**

Celui-ci prévoyait une création possible pour les professionnels libéraux (du champ de la CNAVPL) et les avocats d'un régime d'IJ. Le système prévu, qui devait notamment être proposé par le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI) comportait une disposition d'obligation d'équilibre financier peu opérationnelle.

La rédaction retenue par l'article 34 *quater* prévoit ainsi que **les professionnels libéraux du seul champ de la CNAVPL bénéficient de prestations maladies en espèces, selon le système propre aux indépendants mais adapté par décret sur proposition de la CNAVPL.**

Le **quatrième alinéa** de l'article nouvellement rédigé prévoit enfin un autre décret, sans compétence de la CNAVPL, **devant fixer la durée maximale de versement de la prestation.**

Le **b) du 2°** complète l'article L. 621-2 relatif aux cotisations maladie et maternité pour les professions libérales.

Il crée ainsi un alinéa prévoyant pour les professionnels relevant de la CNAVPL **une cotisation supplémentaire** sur les revenus d'activité, dans la limite d'un plafond.

Le **1°, le a) du 2° et le 3° procèdent à des coordinations** aux articles L.621-1 et L. 621-2 du code de la sécurité sociale du fait de l'intégration des professionnels libéraux à des dispositions communes aux indépendants.

2. Un pilotage paramétrique confié à la CNAVPL, une gestion laissée au régime général

a) Une gestion par l'assurance maladie

Le **cinquième alinéa** de l'article L. 622-2 nouvellement rédigé par le 5° prévoit les modalités de gestion de ce nouveau régime d'indemnités journalières. **Le service des prestations est ainsi confié aux CPAM et aux CGSS**, une convention entre la Cnam et la CNAVPL en fixant les conditions. Cette dernière précise également le financement des frais de gestion et les modalités de contrôle médical.

b) Des contours du régime et de ses paramètres financiers définis par la CNAVPL

Aux termes du 5°, le décret fixant les adaptations propres aux professions libérales et prévu à l'article L. 622-2 dans sa nouvelle rédaction et **pris sur proposition de la CNAVPL doit préciser les revenus servant au calcul de l'indemnité et le délai de carence précédant le versement de la prestation.**

Concernant les paramètres financiers, le b) du 2° prévoit ainsi à l'alinéa ajouté à l'article L. 621-2 que **le taux et le plafond de la cotisation supplémentaire sont fixés par décret sur proposition du conseil d'administration de la CNAVPL.** Un taux minimum est prévu pour les libéraux sous le régime de la micro entreprise ou le régime déclaratif spécial.

Le 6° modifie en conséquence l'article L. 641-2 relatif aux missions de la CNAVPL.

Un nouveau rôle est ainsi attribué à la caisse par le a), celui de proposer **le taux et le plafond de la cotisation supplémentaire** prévue pour les IJ, d'une part, et de proposer **les paramètres de calcul des prestations,** d'autre part. La caisse doit remettre annuellement un rapport de gestion et de perspectives sur cinq ans.

Le *b)* élargit le **champ de saisine pour avis** de la caisse aux dispositions législatives ou réglementaires relatives au nouveau régime.

c) Une responsabilité de l'équilibre financier attribuée à la CNAVPL

Le **sixième alinéa** l'article L. 622-2 nouvellement rédigé par le 5° prévoit **le cas d'une rupture de l'équilibre financier entre les cotisations et les prestations servies.**

Le cas échéant, le conseil d'administration de la CNAVPL est ainsi **tenu de proposer une augmentation des cotisations ou une baisse des prestations ;** à défaut, un décret procède au rétablissement de l'équilibre.

Le II prévoit une entrée en vigueur du dispositif au 1^{er} juillet 2021.

II - La position de la commission : un soutien au dispositif proposé

A. Un dispositif globalement salué malgré certaines craintes

1. Un dispositif répondant à une demande

La commission constate que ce dispositif nouveau **répond à une demande d'organisations représentatives des professionnels libéraux.** Aussi, **ce nouveau régime et ses modalités de pilotage ont reçu un accueil favorable de la CNAVPL.**

La commission n'entend donc pas remettre en cause le nouveau dispositif proposé. En outre, le financement dérogatoire par le régime général de prestations servies aux professions libérales n'avait naturellement pas vocation être pérenne.

2. Une réticence à l'augmentation des prélèvements obligatoires

Cependant, votre rapporteure a été **sensible à la préoccupation des professionnels libéraux concernant la cotisation supplémentaire** créée à cet article. Cette nouvelle cotisation vient accroître les prélèvements obligatoires auxquels les indépendants sont soumis.

À ce titre, le pilotage assuré par la CNAVPL semble un gage de **proportionnalité des prestations - et donc des cotisations qui les financeront - aux seuls besoins des professionnels libéraux.**

3. Une bonne articulation avec les régimes ou contrats existants à préciser

La commission est soucieuse de la **préservation des régimes existants prévus par quatre des sections professionnelles** de la CNAVPL au-delà de 90 jours.

Ainsi, la **durée maximale des prestations servies par le régime créé aurait pu relever du champ des propositions du conseil d'administration de la CNAVPL**, afin d'assurer la bonne articulation avec les régimes existants.

L'intention du Gouvernement est cependant bien de constituer un régime n'excédant pas des prestations servies durant les 90 premiers jours d'arrêt de travail. La commission n'a donc pas souhaité modifier la rédaction retenue à l'Assemblée nationale.

Cependant, la commission émet **des réserves sur l'entrée en vigueur du nouveau régime au 1^{er} juillet 2021**. En effet, nombre de professionnels libéraux souscrivant des contrats individuels de prévoyance pour couvrir ce risque en-deçà de 90 jours, **certaines pourraient se retrouver au second semestre à payer à la fois les cotisations de leurs contrats et les cotisations du nouveau régime.**

Interrogé par votre rapporteure, le Gouvernement a indiqué avoir conscience de ce problème éventuel et examiner en ce moment les conditions de résiliation de ces contrats pour leurs bénéficiaires.

B. Un schéma de gestion pertinent

Confier le pilotage de ce régime des personnels libéraux à leur caisse d'assurance vieillesse, sans que celle-ci n'en assure la gestion, peut paraître contre intuitif.

Cependant, l'intention retenue est bien d'avoir **une instance de pilotage** ciblant uniquement les professionnels concernés - le CPSTI n'aurait ainsi pas été pertinent - **sans créer d'instance nouvelle.**

Le conseil d'administration de la CNAVPL apparaît donc un choix logique, celui-ci assurant une représentation de l'ensemble des sections professionnelles concernées et donc à même de faire valoir les intérêts et besoins des différentes professions concernées.

En outre, **ce nouveau régime n'a pas de lien financier ni avec la CNAVPL ni avec les sections professionnelles**. Il n'aura donc pas de conséquence sur l'équilibre de ces caisses ni ne fait craindre d'atteinte aux réserves de celles-ci.

Le conseil d'administration de la CNAVPL est donc bien ici une instance de pilotage paramétrique, dont l'une des prérogatives est d'assurer le nécessaire équilibre financier du régime créé.

La commission soutient donc le schéma retenu.

C. Une extension non prévue à ce stade pour les avocats

Le Gouvernement a envisagé de créer un régime identique pour les avocats, qui serait piloté par la Caisse nationale des barreaux français (CNBF).

L'amendement déposé et adopté à l'Assemblée nationale n'intégrait cependant pas les avocats aux côtés des autres professions libérales, dans l'attente d'un avis de la Conférence nationale des barreaux sur la volonté de rejoindre le dispositif.

Réunie en assemblée générale le 29 octobre, **la CNB a estimé qu'il n'était pas souhaitable de créer un tel dispositif dans le cadre du PLFSS pour 2021**. Elle s'est cependant déclarée ouverte à terme à un tel régime, pouvant éventuellement figurer au PLFSS pour 2022, **sous réserve d'une analyse d'impact de cette création sur les contrats collectifs existants et le régime déjà prévu au-delà de 90 jours**.

En cohérence, aucune intégration ne devrait être proposée par amendement. La commission serait favorable à un tel dispositif pour les avocats si ceux-ci en formulaient la demande.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par un amendement n° 172 visant à apporter une correction rédactionnelle au sein du code de la sécurité sociale.

Article 34 quinquies (nouveau)
**Expérimentation de la réalisation d'IVG instrumentales
par les sages-femmes**

Cet article, inséré à l'Assemblée nationale, propose d'autoriser, à titre expérimental, la réalisation par les sages-femmes d'interruptions volontaires de grossesse instrumentales.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé

Le présent article est issu de deux amendements identiques de Mme Goulet (Modem) et de M. Aviragnet (Socialiste).

Il prévoit d'insérer un nouvel article L. 4151-4-1 dans le code de la santé publique aux termes duquel, **à titre expérimental et pour une durée de trois ans, les sages-femmes pourront réaliser des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé.** Seules les sages-femmes ayant réalisé une formation complémentaire obligatoire et « justifiant des expériences spécifiques attendues » pourront réaliser ces actes.

Un décret devra préciser les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation et un arrêté du ministre de la santé fixera la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation à la suite d'un appel à projets national.

II - La position de la commission : suppression de l'article

Les sages-femmes ont été autorisées à pratiquer des IVG par voie médicamenteuse depuis 2016, en vertu de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé¹, afin de faciliter l'accès des femmes à l'IVG. En revanche, **les IGV instrumentales ne peuvent être pratiquées que par des médecins**, en vertu de l'article L. 2212-2 du code de la santé publique.

Si le Conseil national de l'ordre des sages-femmes plaide pour que les sages-femmes puissent réaliser des IVG instrumentales dans les établissements de santé², afin de renforcer l'accès au droit à l'avortement, **cette proposition ne fait pas l'unanimité**, notamment de la part des médecins gynécologues, **au regard de la technicité requise pour la pratique de ce geste endo-utérin réalisé sous anesthésie.**

¹ Art. 127 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/plaidoyer-du-cnosf-pour-une-pleine-competence-orthogonique-des-sages-femmes/>

En outre, le dispositif proposé ne trouve pas sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale. En effet, il résulte de la jurisprudence du Conseil constitutionnel que les mesures qui ne sont pas de nature financière, telles que celles relatives à la définition des missions et des compétences des professionnels de santé, n'ont pas de lien suffisamment direct avec l'équilibre financier de la sécurité sociale pour relever du champ de la loi de financement.

Pour ces raisons, la commission a adopté **l'amendement n° 173** de la rapporteure tendant à supprimer le présent article.

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 34 sexies (nouveau)

Financement par le FIR d'une expérimentation d'un parcours soumis à prescription médicale pour les personnes atteintes d'un diabète de type 2

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, ouvre une expérimentation de parcours pour la prise en charge globale de patients atteints de diabète.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - L'expérimentation d'un parcours de prise en charge globale de patients diabétiques

Cet article est issu d'un amendement de Belkhir Belhaddad et des membres du groupe La République en marche, approuvé par la commission des affaires sociales et sous-amendé par le Gouvernement pour le recentrer sur les patients ayant le plus besoin d'un accompagnement renforcé.

Il ouvre la possibilité d'expérimenter, pour trois ans, le financement par le fonds d'intervention régional (FIR) d'un **parcours soumis à prescription obligatoire d'accompagnement** des « *personnes pour lesquelles une complication du diabète de type 2 est découverte et qui bénéficient du dispositif prévu au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale* » c'est-à-dire en affection de longue durée (ALD). Ce parcours comprendrait notamment un bilan d'activité physique, ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques. Les modalités de l'expérimentation et les ARS concernées sont renvoyées à un décret.

Pour l'auteur de l'amendement, cela s'inscrit dans la continuité du forfait de prise en charge post-cancer institué en LFSS pour 2020¹ et de l'engagement du Gouvernement, dans le cadre de la Stratégie nationale Sport Santé 2019-2024, à labelliser 500 « maisons sport-santé » d'ici 2022.

¹ Cf. article 59 de la LFSS pour 2020.

II - La position de la commission : une intention louable à laquelle les dispositifs existants suffisent à répondre

La rapporteure partage la volonté d'accompagner les patients atteints de pathologies chroniques dans une logique de parcours « de santé » et non seulement de parcours « de soins ».

À la différence du dispositif post-cancer adopté en LFSS pour 2020 (inscrit à l'article L.1415-8 du code de la santé publique), auquel la commission avait apporté son plein soutien, il s'agit toutefois, par cet article, d'ouvrir une expérimentation dans certaines régions.

Or, si l'intention est louable, **cette expérimentation pourrait s'inscrire dans le cadre général pour l'innovation au sein du système de santé ouvert par l'article 51 de la LFSS pour 2018**, qui avait vocation à renforcer la cohérence et la lisibilité des actions menées tout en renforçant leur suivi et leur évaluation. Elle vise bien, en effet, à *« optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale »*¹.

En outre, l'article 38 de la LFSS pour 2019 a ouvert le principe d'une rémunération forfaitaire des prises en charge des pathologies chroniques à l'hôpital pour deux maladies dont le diabète, répondant notamment à un objectif d'amélioration de la qualité des prises en charge. La commission avait appelé de ses vœux l'ouverture de ce financement forfaitaire au secteur ambulatoire, compte tenu notamment de l'importance des actions de prévention et d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques.

Afin de ne pas superposer les dispositifs, la commission a adopté un amendement n° 174 de sa rapporteure de suppression de l'article.

La commission vous demande de supprimer cet article.

¹ Selon le cadre prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

Article 34 septies (nouveau)

**Expérimentation d'une consultation longue en santé sexuelle
pour les jeunes de 15 à 18 ans**

Cet article, inséré à l'Assemblée nationale, propose la mise en œuvre à titre expérimental d'une consultation longue en santé sexuelle pour les assurés âgés de 15 à 18 ans, financée par l'assurance maladie.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré à l'Assemblée nationale, est issu d'un amendement de Mme Fabre (LaRem), sous-amendé par la Gouvernement.

Il prévoit qu'à **titre expérimental et pour une durée d'un an**, l'État pourra autoriser le financement par l'assurance maladie d'une **consultation longue en santé sexuelle pour les assurés âgés de quinze à dix-huit ans**. Cette consultation pourra être réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme.

Le dispositif sera autorisé par l'État sur certains territoires et bénéficiera, comme le précise l'objet du sous-amendement du Gouvernement, d'un financement de la Caisse nationale de l'assurance maladie via le fonds de l'innovation pour le système de santé mentionné à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

II - La position de la commission : suppression de l'article

Le dispositif proposé viendrait s'ajouter à plusieurs dispositifs existants :

(1) Les assurées mineures bénéficient d'une prise en charge intégrale de l'assurance maladie pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs et pour les consultations d'un médecin ou d'une sage-femme relatives à la contraception¹. Parmi ces consultations figure notamment la **première consultation de contraception et de prévention des infections sexuellement transmissibles** dont peuvent bénéficier les jeunes filles de 15 à 18 ans². L'expérimentation proposée aurait donc pour effet d'étendre, dans certains territoires, cette consultation aux garçons âgés de 15 à 18 ans.

¹ Art. L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

² Mise en place depuis le 1^{er} novembre 2017 par la convention médicale du 23 oct. 2016.

(2) Dans le cadre des vingt examens médicaux obligatoires de l'enfant, les mineurs bénéficient d'un **examen médical obligatoire entre l'âge de 15 et 16 ans**.¹

(3) Plusieurs conseils régionaux, en lien avec les agences régionales de santé, ont mis en place **des dispositifs appelés « pass santé jeunes »** qui offrent notamment aux jeunes un accompagnement en matière de santé sexuelle².

La mesure proposée s'inspire de l'un des axes de **la stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020** initiée par le Gouvernement et qui entendait transformer la consultation relative à la contraception et aux IST en consultation longue en santé sexuelle relative à tous les jeunes, afin de l'étendre aux garçons. Néanmoins, **l'expérimentation proposée est d'une portée bien plus limitée : elle ne s'appliquerait que sur certains territoires et pour une durée d'un an seulement**, ce qui paraît peu pour évaluer ensuite l'opportunité de sa généralisation.

En conséquence, la rapporteure considère qu'il n'est pas opportun d'adopter une mesure qui s'ajouterait à plusieurs dispositifs déjà existants sans améliorer significativement la santé des jeunes, au regard de sa portée relativement limitée.

La commission a donc adopté un **amendement n° 175** tendant à supprimer le présent article.

La commission vous demande de supprimer cet article.

¹ Art. L. 2132-2 et R. 2132-1 du code de la santé publique ; arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant.

² Voir par exemple : <http://www.pass-santejeunes-bourgogne-franche-comte.org/> ou <https://www.maregionsud.fr/aides-et-appels-a-projets/detail/pass-sante-jeunes>

CHAPITRE II

ALLONGER LE CONGÉ DE PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT ET LE RENDRE POUR PARTIE OBLIGATOIRE

Article 35

Allonger la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre pour partie obligatoire

Cet article propose d'allonger la durée du congé paternité et d'accueil de l'enfant et de rendre obligatoire quatre des vingt-cinq jours de ce congé ainsi que les trois jours du congé pour naissance.

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

I - Le dispositif envisagé : allongement de la durée du congé paternité rendu partiellement obligatoire aux côtés du congé pour naissance

A. Les congés de paternité et pour naissance

Le présent article modifie deux dispositifs distincts : d'une part, le congé de paternité et d'accueil de l'enfant et, d'autre part, le congé pour naissance ou adoption.

1. Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Prévu aux articles L. 1225-35 et L. 1225-36 du code du travail, le **congé de paternité et d'accueil de l'enfant**¹ permet au père salarié de bénéficier, après la naissance de l'enfant, d'un **congé de onze jours consécutifs** ou de dix-huit jours consécutifs en cas de naissances multiples. Le conjoint salarié de la mère ou la personne salariée liée à la mère par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou vivant maritalement avec elle peut aussi en bénéficier.

Le congé doit débiter dans un délai de quatre mois suivant la naissance de l'enfant². Pour bénéficier de ce congé, le salarié doit avertir son employeur au moins un mois avant la date à laquelle il envisage de le prendre et préciser la date à laquelle il souhaite l'interrompre. Le congé suspend le contrat de travail du salarié, qui retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire à l'issue du congé.

¹ Créé par la loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002.

² Art. D. 1225-8 du code du travail.

Pendant la durée du congé, **le bénéficiaire qui relève du régime général perçoit une indemnité journalière identique à celle perçue par la mère au titre de son congé maternité**¹. Cette indemnité n'est pas cumulable avec l'indemnisation des congés maladie et d'accident du travail, ni avec l'indemnisation par l'assurance chômage ou le régime de solidarité².

Le congé est également accessible aux **travailleurs indépendants**, en vertu de l'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale. Dans le champ du **régime agricole**, le congé paternité concerne également le père, le conjoint de la mère ou la personne liée par un Pacs avec elle. Il est accordé aux salariés et non-salariés agricoles, sous réserve qu'ils se fassent remplacer par du personnel salarié dans leurs travaux. Ils bénéficient à ce titre d'une allocation de remplacement pendant la durée du congé paternité³.

Le montant de l'indemnité journalière est calculé en déterminant le salaire journalier de base du bénéficiaire⁴. Pour l'année 2020, le montant de l'indemnité journalière versée ne peut être inférieur à 9,53 euros par jour et il est plafonné à 89,03 euros par jour pour les salariés relevant du régime général et pour ceux affiliés au régime agricole. Les indemnités journalières de paternité sont **versées au bénéficiaire par l'Assurance maladie**, ou par l'organisme de sécurité sociale dont dépend le travailleur s'il ne relève pas du régime général, comme c'est le cas pour le versement des indemnités journalières versées au titre du congé maternité. Toutefois, aux termes de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale, le **financement de ce dispositif est intégralement pris en charge par la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf)**. Ainsi, son coût s'est élevé pour la Cnaf à **263 millions d'euros en 2019**. La Cnaf assure donc le remboursement du coût du dispositif aux organismes de sécurité sociale versant les indemnités, dont le principal est la Caisse nationale d'assurance maladie.

Le congé de paternité est également applicable aux **agents publics** en vertu des lois statutaires relatives à la fonction publique de l'État⁵, à la fonction publique territoriale⁶ et à la fonction publique hospitalière⁷.

¹ Art. L. 331-8 du code de la sécurité sociale pour les personnes relevant du régime général et art. L. 623-1 du code de la sécurité sociale pour les travailleurs indépendants.

² Art. L. 331-8 du code de la sécurité sociale.

³ Art. L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime.

⁴ Art. R. 331-5 du code de la sécurité sociale.

⁵ Art. 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État.

⁶ Art. 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

⁷ Art. 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

En 2016, **400 000 bénéficiaires ont pris leur congé de paternité**, pour 783 000 naissances, soit un **taux de recours évalué à 67 %**, relativement stable depuis 2003. Ce sont 7 pères éligibles sur 10 qui ont eu recours au congé de paternité dans son intégralité et la majorité d'entre eux prend le congé de paternité dans le mois qui suit la naissance de l'enfant¹.

2. Le congé pour naissance ou adoption

Le **congé pour naissance ou adoption** est prévu à l'article L. 3142-1 du code du travail qui dispose que le **salarié** a droit à un congé pour chaque naissance survenue à son foyer ou pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption. La durée de ce congé est **d'au moins trois jours**, à défaut d'accord collectif d'entreprise ou de branche plus favorable².

Ce congé, qui fait partie des congés pour événements familiaux, est à la charge de l'employeur et assimilé à du temps de travail effectif n'entraînant pas de réduction de la rémunération du salarié.³ S'il est cumulable avec le congé de paternité et d'accueil de l'enfant, il ne peut être cumulé avec le congé maternité, ce qui exclut donc la mère de l'enfant des bénéficiaires du congé pour naissance.

B. Un congé de paternité allongé et sept jours des congés paternité et pour naissance rendus obligatoires

1. Allongement de la durée du congé paternité et d'accueil de l'enfant

• Le 1° du I modifie l'article L. 1225-35 du code du travail relatif au congé de paternité et d'accueil de l'enfant afin de procéder à l'allongement de sa durée, qui passerait ainsi **de onze à vingt-cinq jours calendaires et de dix-huit à trente-deux jours calendaires en cas de naissances multiples**. Ce congé de paternité sera décomposé en deux périodes :

- une **période de quatre jours calendaires consécutifs qui suivra obligatoirement celle du congé de naissance** ;

- une **période de vingt-et-un jours calendaires**, étendue à vingt-huit jours en cas de naissances multiples.

Devront par ailleurs être fixés par décret :

- le **délai de prévenance de l'employeur** quant à la date prévisionnelle de l'accouchement, aux dates de prise du congé et à sa durée ;

- le **délai dans lequel les jours de congé doivent être pris** ;

- les **modalités de fractionnement** de la seconde période du congé (celle de 21 jours pouvant être étendue à 28 jours).

¹ Igas, « Évaluation du congé paternité », rapport n° 2018-022R, juin 2018.

² Art. L. 3142-4 du code du travail.

³ Art. L. 3142-2 du code du travail.

Il est toutefois précisé que le délai de prévenance de l'employeur quant à la date prévisionnelle de l'accouchement et le délai dans lequel les jours devront être pris devront être compris entre quinze jours et deux mois.

Enfin, la disposition selon laquelle **la durée du congé est prolongée de droit en cas d'hospitalisation immédiate de l'enfant après sa naissance** est modifiée afin de prévoir que **la prolongation de droit portera sur la première période du congé paternité** (celle de quatre jours), dans la limite d'une durée maximale fixée par décret.

Afin de tirer les conséquences de cet allongement, le 2° du **II** modifie l'article L. 331-8 du code de la sécurité sociale qui définit les **modalités d'attribution des indemnités journalières pendant le congé paternité**. La modification proposée maintient les conditions de versement des indemnités qui prévalaient jusqu'alors et précise qu'elles seront attribuées sous réserve de cesser toute activité salariée ou assimilée pendant la période du congé et au minimum pendant les quatre jours de la première période de quatre jours du congé, tirant ainsi les conséquences de son caractère obligatoire.

Selon l'annexe 9 du projet de loi, le dispositif sera également applicable aux **agents publics** qui feront l'objet de dispositions spécifiques prises par ordonnance. Elle sera prise sur le fondement de l'article 40 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique qui habilite le Gouvernement à légiférer par ordonnances pour « *clarifier, harmoniser et compléter, en transposant et en adaptant les évolutions intervenues en faveur des salariés relevant du code du travail et du régime général de sécurité sociale, les dispositions applicables aux agents publics relatives au congé de maternité, au congé pour adoption, au congé supplémentaire à l'occasion de chaque naissance survenue au foyer de l'agent, au congé de paternité et d'accueil de l'enfant et au congé de proche aidant.* »

• En conséquence de cet allongement, et dans une logique d'harmonisation, **plusieurs ajustements sont apportés aux congés d'adoption** (régis par les articles L. 1225-37 à L. 1225-46-1) :

- le 3° du **I** modifie l'article L. 1225-40 du code du travail relatif à la majoration de la durée du congé d'adoption lorsque celui-ci est partagé entre les parents, afin d'aligner la durée de majoration sur celle du congé paternité ;

- le 1° du **II** modifie l'article L. 161-6 du code de la sécurité sociale relatif à la durée cumulée des indemnités dues aux parents au titre d'un enfant accueilli en vue d'une adoption et au partage de cette durée entre les deux parents. Il tire les conséquences de l'allongement de la majoration du congé d'adoption mentionnée ci-dessus.

2. Ajustements rédactionnels concernant le congé pour naissance

- Le 4° du I modifie l'article L. 3142-1 du code du travail relatif aux dispositifs d'ordre public concernant les congés pour événements familiaux afin de **scinder dans deux alinéas distincts le congé pour naissance d'une part et le congé pour adoption d'autre part.**

- Le 5° du I modifie l'article L. 3142-4 du code du travail qui définit le champ de la négociation collective en posant une durée minimale pour chacun des congés pour événements familiaux. Les congés pour naissance et pour adoption sont également scindés en deux alinéas par la modification proposée qui **maintient la durée minimale de trois jours** pour ces deux congés. Il est en outre proposé de préciser que les jours doivent s'entendre comme des jours ouvrables pour l'ensemble des congés pour événements familiaux mentionnés à cet article.

3. Caractère obligatoire des deux congés

Le 2° du I crée un nouvel article L. 1225-35-1 du code du travail pour **instituer le caractère obligatoire du congé pour naissance et d'une partie du congé paternité.** Aux termes de ce nouvel article, **il sera ainsi interdit d'employer le salarié pendant le congé de naissance et pendant la première période de quatre jours du congé paternité.** Le non-respect par le salarié des délais de prévenance de son employeur ne pourra faire obstacle à cette interdiction d'emploi. Lorsque le salarié sera, au moment de la naissance de l'enfant, en congé payé ou en congé pour événement familial, l'interdiction d'emploi débutera à l'issue de la période de congé. Toutefois, cette interdiction d'emploi ne sera pas applicable aux quatre jours de congé paternité du salarié qui ne pourra pas bénéficier des indemnités journalières.

En outre, le 3° du II procède à des **ajustements des dispositions relatives aux travailleurs indépendants** figurant à l'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale pour les adapter au caractère obligatoire d'une partie du congé de paternité et de l'accueil de l'enfant. Par ailleurs, le III modifie l'article L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime qui définit les conditions d'éligibilité du congé paternité aux **ressortissants du régime agricole** afin de les adapter au caractère obligatoire d'une partie du congé.

4. Coût et entrée en vigueur du dispositif

Le IV prévoit que les modifications apportées par le présent article seront **applicables au titre des enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} juillet 2021 ainsi que des enfants nés avant cette date mais dont la naissance présumée était postérieure au 30 juin 2021.** Afin que l'employeur soit informé des demandes de congé en amont des naissances qui interviendront à compter du 1^{er} juillet 2021, les dispositions relatives à l'information de l'employeur s'appliqueront pour les naissances prévues à compter de cette date.

Selon l'annexe 9 du projet de loi¹, l'impact financier de l'allongement du congé et de son caractère partiellement obligatoire s'élèvera à **260 millions d'euros de dépenses supplémentaires pour la branche famille en 2021** et 522 millions d'euros en 2022. Cette estimation se base sur une hausse du recours au congé paternité de 67 % à 80 % pour sa part obligatoire et d'un maintien du taux de recours à 67 % pour sa partie facultative dont la durée est allongée par le présent article.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Onze amendements ont été adoptés par l'Assemblée nationale, dont neuf amendements rédactionnels de la rapporteure.

Un amendement de la rapporteure a été adopté afin d'aligner les bénéficiaires du congé de naissance sur ceux du congé paternité, ouvrant ainsi le congé de naissance au père séparé et au conjoint de la mère.

Un amendement du Gouvernement a été adopté afin d'allonger la durée du congé pour adoption de dix à seize semaines pour les familles adoptantes n'ayant pas d'enfant ou un seul enfant à charge.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission : adoption sans modification

La mesure proposée dans le présent article est la traduction d'une recommandation du **rapport de la commission des 1 000 premiers jours**, remis au Gouvernement en septembre 2020. Le rapport rappelle que « *les relations précoces parents-enfants et la présence des parents pendant les premiers mois de la vie ont une incidence positive, durable et déterminante sur la santé et le développement des enfants.* » Ce constat largement partagé s'appuie sur une littérature scientifique abondante qui a démontré le rôle des proches dans les étapes fondamentales du développement de l'enfant dès la naissance. Le rapport en conclut qu'« *il faut donc du temps et une grande proximité physique et affective pour que l'enfant s'attache solidement à ses parents tout en explorant son environnement* ». Il indique en outre que la présence du père ou du second parent auprès de l'enfant contribue à son éveil, favorise la coparentalité et un partage équitable du travail et de la vie de famille entre parents.

Le rapport recommande donc d'« *allonger le congé paternité (second parent) à 9 semaines, exclusif au second parent et qui pourrait être pris de manière flexible : une partie pourrait être prise après la naissance et l'autre partie à la fin du congé maternel* »

¹ Page 205.

La mesure proposée, qui allonge le congé paternité de onze à vingt-cinq jours calendaires, et de dix-huit à trente-deux jours calendaires en cas de naissances multiples, ne va pas aussi loin que la recommandation du rapport de le porter à 9 semaines. Il constitue toutefois une étape importante pour favoriser la présence du second parent auprès de l'enfant. Sa part obligatoire permettra d'assurer cette présence dès les premiers jours de la naissance et sa part facultative, dont les délais de prise et les modalités de fractionnement seront déterminées par décret, d'adapter la prise du congé aux spécificités de chaque famille.

La rapporteure accueille favorablement la mesure proposée qui contribuera au développement des jeunes enfants ainsi qu'à l'égalité entre les femmes et les hommes. Le dispositif placera ainsi la France parmi les cinq pays européens ayant le congé paternité le plus long. Elle considère néanmoins que les modifications apportées à ce congé ne sont pas suffisantes à elles seules pour renforcer l'accompagnement des jeunes enfants et de leurs parents. Comme le suggère le rapport sur les 1 000 premiers jours, une réflexion plus large doit être engagée sur l'efficacité et la pertinence de l'ensemble des congés parentaux. À cet égard, la rapporteure regrette que la prestation partagée d'éducation de l'enfant, versée dans le cadre du congé parental, ne fasse pas l'objet d'une revalorisation significative afin d'augmenter son recours qui chute d'année en année depuis sa mise en œuvre.

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

Article 35 bis (nouveau)

Transmission d'informations entre les greffes et les CAF dans le cadre du service d'intermédiation pour le versement des pensions alimentaires

Cet article, inséré à l'Assemblée nationale, propose de préciser le champ du décret en Conseil d'État fixant les informations à transmettre par les greffes aux CAF pour mettre en œuvre le service d'intermédiation des pensions alimentaires, afin d'y inclure, le cas échéant, le fait que cette intermédiation est ordonnée par le juge pour des faits de violences conjugales ou intrafamiliales.

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

I - Le dispositif proposé

Le présent article est issu d'un amendement de Mme Bergé et plusieurs de ses collègues du groupe La République en marche, adopté à l'Assemblée nationale en première lecture.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020¹ a créé un **dispositif d'intermédiation financière pour le versement des pensions alimentaires**, géré par les CAF.

Elle a, à cette fin, profondément modifié l'article L. 373-2-2 du code civil qui encadre les modalités de fixation et de versement de la pension alimentaire en cas de séparation des parents. Cet article du code civil énumère les actes par lesquels sont fixées les modalités de la pension alimentaire : décision de justice, convention homologuée par le juge, convention de divorce par consentement mutuel, acte authentifié par un notaire, convention à laquelle la CAF a donné force exécutoire.

Il prévoit en outre **les situations dans lesquelles il peut être recouru à l'intermédiation des CAF pour le versement de la pension**, lorsque celle-ci est fixée en numéraire :

- sur décision du juge, même d'office, **lorsque le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour menaces ou faits de violences conjugales ou intrafamiliales** ;
- sur décision du juge, à la demande d'au moins un parent ;
- sur accord des parents mentionné dans l'acte fixant les modalités de la pension alimentaire.

En outre, cet article du code civil prévoit qu'un décret en Conseil d'État fixe les éléments d'informations nécessaires au versement de la pension par les CAF que les greffes, avocats et notaires sont tenus de transmettre aux CAF et les modalités de leur transmission. Ce décret a été pris par le Gouvernement le 30 septembre 2020².

En modifiant l'article L. 373-2-2 du code civil, **le présent article propose de préciser le champ du décret en Conseil d'État afin d'y inclure le cas échéant, parmi les éléments d'informations devant être transmis aux CAF, le fait que l'intermédiation est ordonnée par le juge dans le cas d'une situation de violences conjugales ou intrafamiliales.**

II - La position de la commission : adoption conforme

• **La rapporteure s'est tout d'abord interrogée sur l'utilité de préciser le champ du décret d'application**, l'article L. 373-2-2 du code civil prévoyant déjà que ce décret doit définir les éléments nécessaires à transmettre aux CAF pour la mise en œuvre du service d'intermédiation.

¹ Art. 72 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

² Décret n° 2020-1201 du 30 septembre 2020 relatif à l'intermédiation financière des pensions alimentaires prévue à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale

En outre, le décret du 30 septembre 2020, en insérant un article 1074-4 dans le code de procédure civile, prévoit déjà que dans les cas où l'un des parents demande à la CAF de mettre fin à l'intermédiation, avec le consentement de l'autre parent, et où l'intermédiation a été mise en œuvre sur décision du juge, la CAF demande au greffe de la juridiction qui a rendu cette décision si l'intermédiation a été ordonnée en raison de menaces ou de faits de violences.

Sollicitée par la rapporteure sur ce point, la direction de la sécurité sociale a indiqué que la rédaction actuelle du décret avait été retenue, sur l'avis du Conseil d'État, faute d'habilitation législative suffisante mais que qu'elle n'était pas pleinement satisfaisante, imposant une procédure très lourde aux CAF. Les services du ministère ont précisé qu'il serait préférable que les greffes adressent directement aux CAF, à la suite du prononcé de la décision de justice, l'information selon laquelle l'intermédiation est ordonnée en raison de menaces ou faits de violences. Or, pour prévoir une telle procédure, le Conseil d'État a considéré, compte tenu de la sensibilité des informations à transmettre, que le champ du décret devait être précisé par la loi. Le Gouvernement considère ainsi que le présent article permettrait d'opérer cette modification réglementaire.

• **La rapporteure s'est en outre interrogée sur la place du dispositif proposé au sein d'une loi de financement de la sécurité sociale.** Si le présent article modifie des dispositions introduites dans le code civil par la LFSS pour 2020, il ne semble pas certain que les dispositions qu'il contient aient à elles seules un effet sur les comptes de la sécurité sociale. Les services du ministère de la santé ont néanmoins indiqué que la mesure proposée permettrait de réaliser des économies de gestion pour les CAF, en allégeant les procédures de mise en œuvre du service d'intermédiation.

Au regard de ces éléments, la rapporteure propose d'adopter cet article qui facilitera la bonne mise en œuvre du service d'intermédiation des pensions alimentaires.

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

Article 35 ter (nouveau)

Avancement de la date de versement de la prime à la naissance

Cet article, inséré à l'Assemblée nationale, propose de préciser dans la loi la date de versement de la prime à la naissance afin que cette prime soit versée avant la naissance de l'enfant et au plus tard avant le septième mois de grossesse.

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

I - Le dispositif proposé

Cet article, inséré à l'Assemblée nationale et issu de cinq amendements identiques des rapporteurs, de Mme Six (UDI), de M. Grelier (LR), de Mme Firmin Le Bodo (Agir) et de Mme Iborra (LaRem), propose de modifier les dispositions relatives à la prime à la naissance.

• La **prime à la naissance ou à l'adoption**, prévue à l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale, est une composante de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Financée par la branche famille, elle est versée par les CAF **sous conditions de ressources** aux familles afin de les aider financièrement à **préparer l'arrivée de l'enfant dans le foyer**, qu'il s'agisse d'une naissance ou d'une adoption.

Pour les naissances, le montant de la prime s'élève à 947,34 euros en 2020¹. En cas de naissances multiples ce montant est multiplié par le nombre d'enfants. Le montant de la prime à l'adoption s'élève à 1 894,69 euros en 2020².

Cet article précise que **la date de versement de cette prime est fixée par décret**. Jusqu'en 2015, l'article D. 531-2 du code de la sécurité sociale prévoyait les dates de versement suivantes :

- pour la prime à la naissance, avant la fin du dernier jour du mois suivant le sixième mois de grossesse ;
- pour la prime à l'adoption, au plus tard le deuxième mois qui suit l'arrivée de l'enfant dans le foyer des adoptants.

La date de versement de la prime a toutefois été modifiée par le décret du 30 décembre 2014³ : **depuis le 1^{er} janvier 2015, la prime à la naissance est versée avant la fin du dernier jour du second mois suivant la naissance**, aux termes de l'article D. 531-2 modifié. Il n'a pas modifié la date du versement de la prime à l'adoption.

¹ Aux termes de l'article D. 531-2 du code de la sécurité sociale, son montant est fixé à 229,75 % de la base mensuelle des allocations familiales.

² Aux termes de l'article D. 531-2 du code de la sécurité sociale, son montant est fixé à 459,5 % de la base mensuelle des allocations familiales

³ Décret n° 2014-1714 du 30 décembre 2014 relatif à la date de versement de la prime à la naissance.

Or, le premier alinéa de l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale prévoit que : « *la prime à la naissance ou à l'adoption est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, pour chaque enfant à naître, avant la naissance de l'enfant, ou pour chaque enfant adopté ou accueilli en vue d'adoption* ». Dès lors, **le décret pris par le Gouvernement le 30 décembre 2014 présente un caractère *contra legem***. Il n'a cependant pas fait l'objet de recours devant la juridiction administrative.

Depuis lors, les CAF versent donc la prime à la naissance aux familles éligibles à la fin du second mois qui suit la naissance de l'enfant.

• **Le présent article propose d'avancer la date de versement de cette prime avant la naissance**, en inscrivant la date de son versement directement dans la loi.

Le **I** du présent article modifie l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale relatif à la prime à la naissance pour préciser que cette prime est **attribuée et versée**, pour chaque enfant à naître, avant la naissance de l'enfant. Il précise que **la prime à la naissance sera versée avant le dernier jour du mois suivant le sixième mois de la grossesse**.

Il prévoit en outre qu'à titre dérogatoire, cette prime sera attribuée à une date fixée par décret dans les cas où la naissance interviendrait avant le sixième mois prévu de la grossesse ou en cas de décès de l'enfant intervenant au-delà de la vingtième semaine de grossesse.

Il précise enfin que la date de versement de la prime à l'adoption sera fixée par décret.

Le **II** prévoit que les dispositions du présent article s'appliqueront aux grossesses atteignant leur sixième mois ou plus à compter d'une date fixée par décret et au plus tard le 31 mars 2021.

II - La position de la commission : adoption conforme

La commission s'est opposée à la décision du Gouvernement prise en 2014 de verser cette prime après la naissance de l'enfant, considérant que cette décision était non seulement contraire à la lettre de la loi mais aussi à son esprit, **l'objectif de la prime à la naissance étant d'aider financièrement les familles modestes à préparer l'arrivée de l'enfant dans le foyer**. Ce décret, pris en raison de considérations budgétaires, n'a pas été modifié depuis, malgré le changement de majorité gouvernementale en 2017.

La mesure proposée est issue de la proposition de loi de l'ancien député Gilles Lurton¹, adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale le 25 juin 2020, avec l'avis favorable du Gouvernement.

¹ Proposition de loi visant à assurer le versement de la prime de naissance avant la naissance de l'enfant, n° 1160, déposée le mercredi 11 juillet 2018.

La rapporteure est favorable à la mesure proposée qui permettra de renouer avec l'objectif assigné à la prime à la naissance, et de soutenir ainsi les familles qui doivent effectuer d'importantes dépenses pour préparer l'arrivée d'un nouveau-né. Elle regrette toutefois que cette mesure n'ait pas été prise plus tôt par le Gouvernement, qui aurait très bien pu modifier par décret la date du versement de la prime.

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

CHAPITRE III

TIRER LES CONSÉQUENCES DE LA CRISE SANITAIRE

Article 36

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

Cet article adapte le dispositif permettant l'adaptation des règles de prise en charge par l'assurance maladie en cas de situation exceptionnelle.

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

I - Un dispositif dérogatoire dont la crise sanitaire a montré la nécessité mais également les limites.

A. Une possibilité de dérogation aux règles encadrant les prestations d'assurance maladie introduite par la LFSS pour 2019

L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019¹ a créé un article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale (CSS) permettant d'adapter, en cas de situation exceptionnelle, certaines règles relatives à la prise en charge par l'assurance maladie des frais de santé et au versement de certaines prestations en espèces (indemnités journalières notamment). Cette disposition avait été introduite alors que l'épidémie de Zika avait montré la nécessité de renforcer, dans certaines situations exceptionnelles, la prise en charge des assurés sociaux.

Les circonstances exceptionnelles visées sont celles dans lesquelles « *la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, notamment d'épidémie* ».

¹ Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019. Il se trouve que l'article 54 de cette loi était également l'article 36 du projet de loi.

Les dérogations sont mises en œuvre par décret et peuvent concerner :

- la participation financière des assurés au titre du ticket modérateur, de la participation forfaitaire de l'assuré d'un euro pour toute consultation ou acte médical et la franchise à la charge de l'assuré pour les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires ;

- la prise en charge par l'assurance maladie des dépassements d'honoraires pour les actes et prestations ;

- la prise en charge par l'assurance maladie des dépassements tarifaires sur les dispositifs médicaux et les prothèses dentaires ;

- le forfait journalier hospitalier ;

- les conditions dans lesquelles est limitée à certaines situations la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de certaines prestations ou produits de santé ;

- les conditions et délais pour bénéficier 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 de l'employeur.

Il est précisé que les dérogations ne peuvent être prévues que pour les actes et prestations directement en lien avec le risque sanitaire en cause et pour les assurés exposés à ce risque. Les mesures prises par décret peuvent l'être pour une durée maximale d'une année.

Ce décret est soumis aux dispositions de l'article L. 200-3 du CSS qui prévoit la consultation des caisses nationales de sécurité sociale (en l'espèce les caisses d'assurance maladie) sur « *tout projet de mesure législative ou réglementaire ayant des incidences sur l'équilibre financier de la branche ou entrant dans leur domaine de compétence* ».

B. Une faculté largement utilisée pendant la crise sanitaire mais qui a montré ses limites

1. Les dérogations mises en œuvre par voie réglementaire

Dès le mois de janvier 2021, la mise en œuvre de mesures d'isolement a conduit le Gouvernement à recourir à la faculté qui lui est offerte par l'article L. 16-10-1 du CSS, notamment afin de permettre le versement d'indemnités journalières à des personnes ne remplissant pas les conditions pour bénéficier d'un arrêt de travail pour raisons médicales¹.

Le décret du 31 janvier 2020 a ensuite été modifié à plusieurs reprises au cours de la période épidémique, notamment afin d'améliorer les conditions de prises en charges de certains actes (téléconsultations, tests PCR...).

Mesures réglementaires prises durant l'épidémie de covid-19 sur la base de l'article L. 16-10-1 du CSS

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	Versement d'indemnités journalières (IJ) dérogatoires sans application du délai de carence, ouverture des droits pour les retours de zone épidémique, les cas contacts, les parents contraints de garder leur enfant et les personnes vulnérables à haut risque de développer des formes sévères de covid-19.
Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020	Dérogations aux stipulations conventionnelles relatives à la télé médecine : - à la majoration hors parcours de soins pour les téléconsultations (TLC) ; - aux conditions de prise en charge et de limitation du nombre d'actes de télésanté réalisés ; - à la prise en charge des actes de télésoin réalisés par téléphone pour certaines populations.
Décret n° 2020-277 du 19 mars 2020	Dérogations aux stipulations conventionnelles relatives à la télé médecine : - possibilité de réalisation d'acte de télésoin et les conditions de prise en charge pour les IDE ; - prise en charge des téléconsultations par téléphone.
Décret n° 2020-459 du 21 avril 2020	Prise en charge à 100 % des soins en centres ambulatoires Covid.
Décret n° 2020-520 du 5 mai 2020	Prise en charge à 100 % des tests PCR.

¹ 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.

Décret n° 2020-549 du 11 mai 2020 fixant les conditions temporaires de prescription et de renouvellement des arrêts de travail par le médecin du travail	Autorisation de prescription d'arrêts de travail pour les assurés atteints ou suspectés d'infection au covid-19, ou faisant l'objet de mesures d'isolement Covid par les médecins du travail.
Décret n° 2020-637 du 27 mai 2020	Prise en charge à 100 % des tests sérologiques, y compris pour des dépistages en masse dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. Prise en charge à 100 % des consultations post-confinement pour les personnes vulnérables et les personnes souffrant d'une ALD.
Décret n° 2020-859 du 10 juillet 2020	Non prise en compte des arrêts de travail dérogatoires délivrés aux personnes identifiées comme « cas contact » dans le calcul des durées maximales de versement des indemnités journalières et pas d'application du délai de carence. Prise en charge intégrale des tests sérologiques prescrits aux personnels des services départementaux d'incendie et de secours pour le covid-19, quelle que soit l'indication. Prolongation jusqu'au 31 juillet 2020 de la prise en charge intégrale de la consultation complexe proposée suite au déconfinement aux personnes vulnérables et aux personnes atteintes d'une affection de longue durée. Prolongation jusqu'au 31 décembre 2020 des dérogations conventionnelles à la télémedecine.
Décret n° 2020-952 du 31 juillet 2020	Prolongation jusqu'au 15 septembre de l'adaptation des conditions de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des consultations complexes de certains assurés suite à la levée du confinement.

Source : Annexe 9 au PLFSS 2021

2. L'intervention en urgence du législateur pour pallier les limites du dispositif

Si la période récente a démontré la pertinence du dispositif créé par la LFSS pour 2019, il a aussi révélé certaines de ses insuffisances dans le contexte d'une crise inédite telle que celle que nous connaissons actuellement.

Premièrement, l'article L. 16-10-1 du CSS ne vise que les règles applicables aux assurés du régime général et à ceux du régime agricole.

Deuxièmement, si cet article permet de prévoir des règles dérogatoires s'agissant du niveau de prise en charge des actes et prestations, il ne permet pas la prise en charge d'actes ou prestations non remboursés par la sécurité sociale.

Troisièmement, le dispositif actuel ne permet pas de prendre des mesures ayant un effet rétroactif.

Enfin, la disposition limitant les dérogations aux actes et prestations directement en lien avec le risque en cause et pour les assurés exposés à ce risque a pu sembler restrictive au vu des mesures nécessaires pour limiter la propagation de l'épidémie de covid-19.

Un certain nombre de mesures, complémentaires de celles prises sur le fondement de l'article L. 16-10-1 du CSS, ont ainsi été prises par ordonnances ou par la loi, faute de pouvoir être prises par décret.

**Adaptations des règles relatives aux prestations de sécurité sociale
relevant du domaine de la loi prises mises en œuvre
pendant l'épidémie de covid-19**

Loi n° 220-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 (art. 8)	Suppression du délai de carence pour tous les arrêts de travail jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire.
Ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation des droits sociaux	Prolongation des droits à la CSS et à l'AME.
Ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19	Prise en charge à 100 % des téléconsultations et télésoins. Non prise en compte des arrêts de travail pris pendant l'état d'urgence sanitaire pour le calcul de la durée maximale de versement des IJ. Attribution de l'allocation de remplacement maternité aux non-salariés agricoles vulnérables ou contraints de garder leurs enfants.

Source : Annexe 9 au PLFSS 2021

II - Une adaptation du champ des dérogations possibles

A. L'adaptation du dispositif créé en 2008

Le présent article modifie l'article L. 16-10-1 du CSS afin de tenir compte des insuffisances constatées au cours de la période épidémique.

Premièrement, la rédaction proposée prévoit non pas une « adaptation » mais une « amélioration » des conditions ouvrant droit au bénéfice des prestations sociales. Cette modification permet d'assurer que les mesures dérogatoires ne pourront être que plus favorables aux assurés.

Deuxièmement, le champ des mesures dérogatoires qui peuvent être prises sur la base de l'article L. 16-10-1 est élargi afin qu'elles puissent concerner :

- la prise en charge par l'assurance maladie de frais de santé non remboursés ;

- les conditions d'ouverture de droits à la complémentaire santé solidaire ou à l'aide médicale d'État ;

- les conditions de résidence nécessaires à l'affiliation à l'assurance maladie ;

- la durée maximale de versement des IJ ;

- les délais de recours préalables en matière de contentieux de la sécurité sociale et de traitement de ces recours ;

- les conditions d'attribution de l'allocation de remplacement pour maternité versée aux assurées du régime agricole, aux termes d'un amendement du Gouvernement adopté en séance publique par l'Assemblée nationale.

Les actes et prestations pouvant faire l'objet de dérogation pourront être non seulement ceux qui sont en lien direct avec le risque en cause mais également qui seraient nécessaires « à la limitation de la propagation des effets de ce risque ». Les bénéficiaires de ces dérogations ne seraient plus uniquement les assurés mais les « personnes exposées de manière directe ou indirecte » au risque.

Troisièmement les mesures dérogatoires pourront concerner les prestations en espèces versées non seulement aux assurés du régime général et du régime agricole mais également ceux relevant d'autres régimes obligatoires d'assurance maladie, maternité ou décès.

Il est enfin précisé que le décret pris sur le fondement de l'article L. 16-10-1 est dispensé des consultations obligatoires prévues à l'article L. 200-3. Les conseils d'administration des caisses concernées doivent néanmoins être informés. Les mesures pourront avoir un effet rétroactif, dans la limite d'un mois.

B. Un cadre spécifique créé pour l'année 2021

Les dispositions dérogatoires prises en janvier 2020 ne peuvent, aux termes de l'article L. 16-10-1 du CSS sur la base duquel elles ont été prises, être appliquées pour une durée supérieure à un an.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement donnant une base légale à leur prolongation jusqu'au 31 décembre 2021.

Le III du présent article, ajouté par cet amendement, prévoit ainsi, dans les mêmes cas que ceux mentionnés à l'article L. 16-10-1, la possibilité pour le Gouvernement de prévoir par décret des dérogations portant sur :

- les conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces de l'assurance maladie, invalidité et décès et notamment des indemnités journalières pour les personnes qui font l'objet d'une mesure d'isolement, d'éviction ou de maintien à domicile et qui se trouvent dans l'impossibilité de continuer à travailler ;

- les modalités de participation des assurés aux frais de tests de dépistage de la covid-19.

Il est précisé, comme à l'article L. 16-10-1 que ces dérogations ne peuvent être prévues que pour les actes et prestations directement en lien avec le risque en cause ou nécessaires à la limitation de la propagation des effets de ce risque et pour les personnes exposées de manière directe ou indirecte à ce risque. Le décret mettant en œuvre ces dérogations est en outre dispensé des consultations obligatoires.

C. Une transposition aux indemnités complémentaires versées par l'employeur

Les indemnités journalières versées par l'assurance maladie en cas d'arrêt de travail sont complétées, pour les salariés éligibles, par un complément versé par l'employeur en application de l'article L. 1226-1 du code du travail.

En cohérence avec l'ouverture dérogatoire des arrêts de travail aux salariés placés à l'isolement ou devant garder des enfants, plusieurs mesures ont été prises durant la période d'état d'urgence sanitaire afin d'assouplir provisoirement les conditions d'éligibilité à ce complément.

Si certaines de ces mesures relevaient du domaine réglementaire¹, deux ordonnances ont par ailleurs été prises sur la base de l'article 11 de la loi du 23 mars 2020².

¹ Le décret n° 2020-193 du 4 mars 2020 a supprimé temporairement le délai de carence applicable au complément employeur.

² Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.

**Mesures du domaine de la loi relatives au complément employeur
prises pendant l'épidémie de covid-19**

Ordonnance n° 2020-322 du 25 mars 2020 adaptant temporairement les modalités d'attribution de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail	Suspension de la condition d'ancienneté, de la condition liée à la présentation d'un certificat médical sous 48 heures et de la condition de soin dans un État européen. Suspension de l'exclusion de certains salariés (salariés à domicile, saisonniers, intermittents et temporaires). Renvoi à un décret aménageant les délais et modalités de versement.
Ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19 (art. 9)	Application rétroactive des dispositions dérogatoires.

Afin de permettre au Gouvernement de mettre en œuvre de telles dispositions par voie réglementaire à l'avenir, le présent article introduit un nouvel article au sein du code du travail inspiré de ce que permet l'article L. 16-10-1 du CSS en matière de prestations d'assurance maladie.

Une faculté de dérogation serait ainsi ouverte en cas de risque sanitaire grave tel que prévu à l'article L. 16-10-1 du CSS et les dérogations prévues ne pourraient durer plus d'un an tout en pouvant avoir une portée rétroactive limitée à un mois.

Les dérogations prises sur la base de ce nouvel article pourraient concerner :

- la condition d'ancienneté ;
- 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, bien que ces éléments relèvent déjà du domaine réglementaire et peuvent être modifiés à tout moment par décret.

III - Une adaptation bienvenue mais des précisions nécessaires

A. Une adaptation du dispositif aux besoins constatés qui est la bienvenue

La crise sanitaire que notre pays traverse a prouvé la nécessité du dispositif introduit par la LFSS pour 2019 tout en mettant en lumière ses insuffisances.

L'élargissement des possibilités de dérogation proposées par le présent article semble donc bienvenu.

B. Un cadre pour 2021 qu'il convient de préciser

Il est pertinent que la durée des dérogations aux règles législatives que le Gouvernement peut mettre en œuvre par décret soit limitée dans le temps. Toutefois le caractère exceptionnel de la situation que nous traversons rend nécessaire la prolongation de certaines des mesures prises depuis janvier 2020 au-delà du délai d'un an.

Son caractère évolutif justifie par ailleurs de ne pas inscrire dans la loi de manière définitive les règles dérogatoires qui seront applicables en 2021, afin de laisser au Gouvernement la possibilité d'adapter les mesures en cours d'année.

Alors que le dispositif adopté par l'Assemblée nationale reprenait strictement les termes de l'article L. 16-10-1, mentionnant un « *cas de risque sanitaire grave, notamment d'épidémie* », la commission a adopté un amendement (n° 177) du rapporteur tendant à citer plus explicitement l'épidémie de covid-19.

C. Une transposition aux indemnités complémentaires du code du travail qui n'a pas sa place en loi de financement de la sécurité sociale

L'indemnité complémentaire à laquelle ont droit les salariés placés en arrêt de travail est financée par leur employeur. Ce n'est pas une prestation de l'assurance maladie.

La fiche d'évaluation préalable de cet article évoque l'idée selon laquelle le complément employeur concourt à une meilleure couverture des arrêts maladie, ce qui aurait un impact sur leur volume et donc, *in fine*, sur les dépenses de l'assurance maladie au titre des indemnités journalières. Une indemnisation moins généreuse inciterait au contraire les salariés à travailler tout en étant malades, ce qui peut conduire à une dégradation de leur état de santé, et donc à des arrêts plus longs.

Or, si une telle corrélation peut être vérifiée dans le cas d'arrêts de travail pour raisons de santé, on ne peut attendre le même effet s'agissant d'arrêt de travail imposés à des personnes bien portantes dans le cadre de la lutte contre la propagation d'une épidémie par exemple.

Les dérogations aux règles encadrant l'indemnité complémentaire versée par l'employeur s'analysent davantage comme une mesure visant à protéger le revenu des salariés lorsqu'ils ne peuvent pas travailler que comme une mesure permettant de lutter contre les risques sanitaires eux-mêmes.

Considérer, comme y invite le Gouvernement, que cette mesure, en incitant les Français à mieux respecter les règles d'isolement, a un impact sur les dépenses d'assurance maladie conduirait à considérer que toutes les mesures de soutien aux entreprises et aux secteurs d'activités touchés par la crise sanitaire, à commencer par celles concernant l'activité partielle, voire toutes les mesures de police administrative prises face à l'épidémie, auraient leur place en LFSS.

Le rapporteur considère au contraire que cette mesure est manifestement dépourvue d'impact sur les dépenses d'un régime de sécurité sociale, et qu'elle n'a pas sa place en LFSS.

Le Gouvernement ne semble d'ailleurs guère se faire d'illusion à ce sujet puisqu'il a demandé, dans le cadre du projet de loi autorisant la prorogation de l'état d'urgence sanitaire discuté concomitamment avec le présent PLFSS, une habilitation lui permettant de prolonger et d'adapter les dispositions prises à ce sujet pendant l'épidémie de covid-19.

Cette habilitation permettra au Gouvernement de prendre les mesures que l'urgence impose et lui laissera le loisir de proposer un dispositif pérenne dans le cadre d'un véhicule législatif adapté.

Sur proposition du rapporteur, la commission a donc adopté un amendement de suppression de cette disposition (n° 176).

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 37

**Revalorisation et transfert à la sécurité sociale
de l'allocation supplémentaire d'invalidité**

Cet article transfère à l'assurance maladie le financement de l'ASI et annonce la revalorisation, par décret, du plafond de ressources pour y prétendre.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé : transfert à l'assurance maladie et annonce de la revalorisation de l'allocation supplémentaire d'invalidité

A. L'allocation supplémentaire d'invalidité : un minimum social complétant une pension d'invalidité

1. Une prestation certes liée à l'invalidité, mais de solidarité

L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)¹ est une prestation servie aux bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou de retraite atteints d'une invalidité générale réduisant leur capacité de travail ou leurs gains d'au moins deux tiers², mais trop jeunes pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), réservée aux plus de 65 ans.

En tant que complément visant à atteindre un minimum garanti, l'ASI n'est due que si les ressources personnelles de l'intéressé et, s'il y a lieu, de son conjoint, restent inférieures à un plafond fixé par décret³. Comme d'autres minima sociaux analogues, c'est une allocation différentielle : son montant équivaut à la différence entre le plafond de ressources et les revenus de l'allocataire.

L'ASI a été sensiblement réformée par la loi de finances pour 2020⁴ et le décret du 13 octobre 2020⁵. Un terme a d'abord été mis à l'anomalie, pour un minimum social, qui résidait dans la déconnexion du niveau de ressources garanti par l'ASI avec le plafond de ressources pris en compte pour y prétendre, en alignant les deux paramètres. Le mécanisme de récupération sur succession de la prestation, à l'effet désincitatif avéré, a en outre été supprimé.

¹ Article L. 815-24 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 815-58.

³ Article L. 815-24-1.

⁴ Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020.

⁵ Décret n° 2020-1251 du 13 octobre 2020.

Le pouvoir réglementaire a de plus augmenté le plafond de ressources, et rationalisé les modalités de calcul des plafonds pour les couples. Depuis le 1^{er} avril 2020, le plafond de ressources est ainsi de 750 euros par mois pour une personne seule, et de 1 312,50 euros par mois pour un couple¹. En application de l'article L. 816-3 du code de la sécurité sociale, ces montants sont indexés sur l'inflation et actualisés en conséquence au 1^{er} avril de chaque année. Hors coup de pouce du pouvoir réglementaire, ils évoluent donc lentement, et ils restent assez éloignés des plafonds d'autres minima sociaux comparables, tels celui de l'allocation aux adultes handicapés ou de l'Aspa, fixés respectivement à 900² et 903,20 euros³. Notons en outre que les règles de subsidiarité de l'AAH⁴ imposent aux personnes pouvant y prétendre d'avoir d'abord demandé l'ASI.

Au 30 juin 2019, donc avant le relèvement du plafond de ressources, le nombre de bénéficiaires s'élevait à 71 632. Ce nombre a diminué progressivement après avoir culminé, en 1985, à 139 200 personnes⁵. Les dépenses d'ASI approchaient l'an dernier, après abondement spécifique destiné à financer la hausse du plafond, les 270 millions d'euros.

2. Une gestion complexe

Le financement de l'ASI est assuré par le budget de l'État, et retracé dans le programme 157 « *Handicap et dépendance* » de la mission « *Solidarité, insertion et égalité des chances* ». Il est vrai que la corrélation de l'ASI avec les régimes d'invalidité rend cette dépense peu pilotable, puisqu'elle évolue en raison inverse de leur générosité, qui est celle de l'assurance maladie.

L'étude d'impact insiste en outre sur la complexité de sa gestion. Les dépenses entraînées par l'ASI, à l'exception de celles enregistrées par le régime général, qui font l'objet d'un remboursement direct par l'État, sont à la charge d'un fonds spécial invalidité (FSI) doté de l'autonomie financière et dont la gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations.

Or, poursuit l'étude d'impact, faire transiter par un fonds spécifique 7 % de la dépense d'ASI à l'adresse d'une dizaine de régimes de sécurité sociale est une inutile complication, d'autant que cela ne dispense pas l'administration d'État de suivre la gestion de ces dépenses - avec l'assistance, imposée par les textes, d'un « *comité du fonds spécial d'invalidité* » qui n'a, cependant, jamais été réuni.

¹ Article R. 815-19-1.

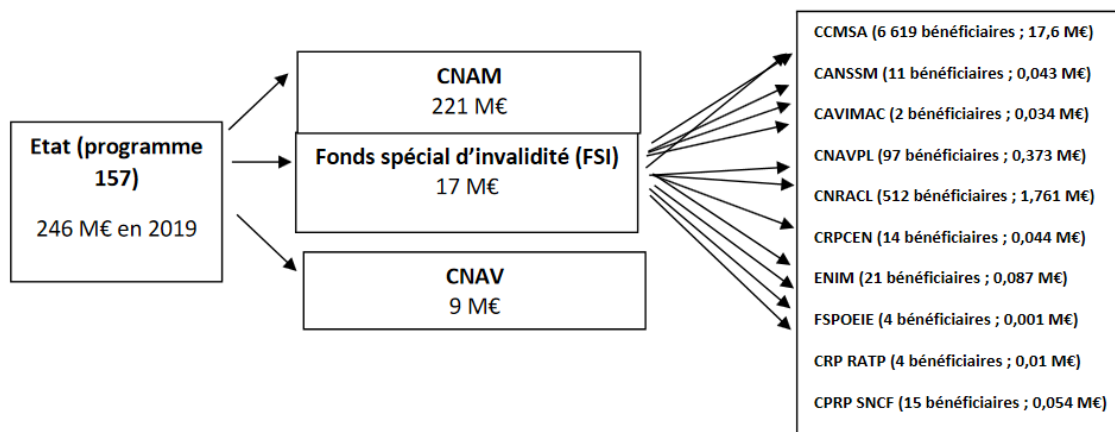
² Décret n° 2019-1047 du 11 octobre 2019, article 1^{er}.

³ Article D. 815-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 821-1 du code de la sécurité sociale, alinéa 8.

⁵ Projet annuel de performance de la mission « *Solidarité* », PLF pour 2020.

Circuit de versement de la dotation budgétaire au titre de l'ASI



Source : Étude d'impact

B. Le dispositif proposé : transfert du financement à l'assurance maladie

1. Une poursuite de l'effort de rattrapage du niveau de la prestation

L'exposé des motifs de l'article annonce d'abord la poursuite de l'effort de rattrapage du plafond de ressources de l'ASI par son relèvement à 800 euros pour une personne seule et 1 400 euros pour un couple, pour les allocations dues à compter du 1^{er} avril 2021. Une telle revalorisation devrait avoir un double effet :

- les bénéficiaires de l'ASI devraient ainsi voir le montant de leur allocation progresser de 50 euros par mois ;
- le nombre de nouveaux bénéficiaires éligibles peut être estimé à 3 390, soit une hausse de 5 %.

2. Un transfert du financement de l'ASI à l'assurance maladie

Le 1^o du I. modifie l'article L. 815-26 du code de la sécurité sociale pour confier la charge des dépenses entraînées par l'attribution de l'ASI à la CNAM, au moyen d'un « fonds de financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité ». Les recettes du fonds sont constituées d'une fraction de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) que l'article L. 131-8, tel que modifié par l'article 18 du présent PLFSS, calibre à hauteur des dépenses que le fonds finance.

Le 2^o du I. supprime le second alinéa de l'article L. 815-29, relatif au financement par l'État de l'ASI pour ce qui concerne le régime général et par le FSI pour les autres organismes débiteurs de l'allocation.

Le 3^o du I. supprime la mention du FSI à l'article L. 821-1-2, relatif à la majoration pour la vie autonome, qui peut être versée aux bénéficiaires de l'ASI.

Le **II.** abroge le 11° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, qui fait lui aussi référence au FSI.

Le **III.** précise que les dispositions de cet article entrent en vigueur pour les allocations dues à compter du 1^{er} janvier 2021. Les disponibilités, créances et dettes du FSI enregistrées à cette date par la Caisse des dépôts et consignations sont en conséquence transférées de plein droit à la CNAM. Les dépenses qui viendraient à être exposées après le 1^{er} janvier 2021 au titre d'allocations dues pour la période antérieure sont à la charge de l'État.

Ce transfert des dépenses d'ASI, avant mesure de revalorisation, représente une **hausse de 282 millions d'euros des charges de l'assurance maladie**. Le relèvement du plafond devrait avoir un coût de 36 millions d'euros, mais occasionner aussi pour l'État de moindres dépenses d'AAH à l'attention des allocataires touchant les deux prestations, économies que l'étude d'impact estime à 18 millions d'euros.

En 2022, le coût en année pleine de la revalorisation du plafond s'élèvera à 54 millions d'euros pour l'ASI, soit un surcoût net de 27 millions d'euros, une fois prises en compte les économies constatées sur l'AAH.

Impact financier de la mesure proposée

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Montant de la dépense tendancielle d'ASI		-282M€	-282M€	-282M€	-282M€
Fixation à 800 € du plafond de l'ASI		- 18 M€	- 27 M€	- 27 M€	- 27 M€
<i>Hausse des dépenses d'ASI</i>		<i>-36M€</i>	<i>-54M€</i>	<i>-54M€</i>	<i>-54M€</i>
<i>Economies sur l'AAH (Etat)</i>		<i>+18M€</i>	<i>+27M€</i>	<i>+27M€</i>	<i>+27M€</i>

Source : Étude d'impact

La réorientation du produit de la TSA pour financer cette charge nouvelle sera compensée, nous apprend encore l'étude d'impact, par l'affectation d'une fraction de TVA correspondante, ce que confirme l'article 30 du projet de loi de finances pour 2021 déposé à l'Assemblée nationale le 28 septembre 2020.

II - Les modifications apportées à l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article dans une rédaction modifiée par trois amendements rédactionnels du rapporteur général.

III - La position de la commission : suppression de l'article

La commission s'étonne de la faiblesse des moyens que cet article se donne pour poursuivre le double objectif de simplification et d'équité qu'affiche son exposé des motifs.

En guise de simplification, il se contente de transférer le financement de l'ASI à un fonds nouveau au sein de la CNAM. Au chapitre de l'équité, il entend certes poursuivre le rattrapage progressif des prestations voisines plus généreuses.

Cet article accroît donc l'indifférence dans laquelle est tenue la littérature dénonçant depuis plus de vingt ans la complexité de l'articulation du régime d'invalidité avec les minima sociaux¹. Cette complexité oblige ainsi les prétendants au dispositif – qui sont, rappelons-le, des personnes invalides et pauvres – à solliciter d'abord l'ASI auprès de l'organisme versant leur pension d'invalidité, puis, éventuellement, s'ils en remplissent les conditions, l'AAH auprès de leur caisse d'allocations familiales, pour se hisser enfin au niveau de ressources garanti normalement par les minima sociaux dans notre pays.

L'an dernier encore, notre collègue Philippe Mouiller, dans son avis sur la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » du PLF pour 2020, saluait la réforme de l'ASI tout en recommandant de donner aux bénéficiaires de pensions d'invalidité un accès direct à l'AAH.

La Cour des comptes propose même de longue date de fusionner l'ASI avec l'AAH. « Cette mesure répondrait à un triple objectif : unifier les minima sociaux liés à une incapacité de travailler imputable à l'état de santé ; améliorer la situation des titulaires d'une pension d'invalidité les plus modestes ; simplifier les démarches de ces derniers pour bénéficier des minima sociaux auxquels ils peuvent prétendre »². La Cour estime même qu'« en tout état de cause, seule cette fusion serait à même de résoudre l'inégalité de traitement entre invalides et handicapés [...] elle répondrait à un triple objectif de simplicité, d'efficience et d'équité ». La Cour reconnaît toutefois que le coût pour les pouvoirs publics d'une telle mesure imposerait une mise en œuvre progressive.

¹ Voir notamment celle de la Cour des comptes : « Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », 2010 ; référé au Premier ministre du 21 septembre 2015, « Les minima sociaux ; L'allocation aux adultes handicapés », 2019 ; Rapport annuel 2019, chapitre IV, « Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés ». Ce dernier renvoie en outre au rapport IGAS/IGF de 1998 et au rapport de l'IGF de 2003.

² Rapport annuel 2019 précité, page 190.

On s'étonnera enfin que l'étude d'impact ne fasse pas mention, ne serait-ce qu'au chapitre des hypothèses écartées, de la proposition du rapport Vachey de septembre 2020, consistant à rattacher l'ASI à la nouvelle branche autonomie, au motif que sa « *logique est identique à celle de l'AAH* ».

La direction de la sécurité sociale maintient en réponse que l'ASI est « *intrinsèquement liée à la pension d'invalidité* ». Or cela n'est vrai que sur le plan des critères pour y prétendre, car sa finalité est de pallier par la solidarité la faiblesse des mécanismes assurantiels, ce qui plaide pour lui conserver son imputation sur le budget de l'État.

La commission regrette en résumé que l'État transfère à l'assurance maladie la complexité de financement d'une prestation dont il entend poursuivre la généreuse modulation à la hausse dès lors qu'il n'en supporte plus la charge. Considérant que les assurés ne gagnent rien à ce transfert, que l'ASI conserve au moins partiellement un caractère de solidarité nationale tant que les conséquences des propositions de réforme n'ont pas été tirées et que le mécanisme proposé s'apparente dès lors à une forme de débudgétisation, **la commission vous demande de supprimer cet article en adoptant l'amendement n° 178.**

CHAPITRE IV

ASSOUPLIR ET SIMPLIFIER

Article 38

Réforme des régimes d'accès dérogatoire aux médicaments

Cet article propose une refonte globale des dispositifs actuels d'accès dérogatoire au médicament, en réorganisant l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et la recommandation temporaire d'utilisation (RTU) autour de deux grandes nouvelles catégories d'accès : l'accès précoce et l'accès compassionnel.

La commission vous demande d'adopter cet article avec les modifications qu'elle a adoptées.

I - L'ATU et la RTU dessinent actuellement deux circuits dérogatoires d'accès au médicament, le premier au titre de l'accès précoce et le second au titre de la prescription hors AMM

A. L'ATU : l'accès précoce à des médicaments encore non-inscrits au remboursement

1. Un accès précoce largement défini

Le régime de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU), figurant à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique (CSP), ouvre l'accès à certains médicaments qui ne sont pas encore bénéficiaires de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) mais dont **l'utilisation, dans des indications thérapeutiques précises, peut traiter des maladies graves ou rares pour lesquelles aucun traitement approprié n'est encore identifié.**

On en dénombre deux types, dont les objectifs sont fondamentalement distincts :

- les ATU de cohorte (ATUc), accordées lorsque **l'efficacité du médicament visé est fortement présumée** au vu d'essais thérapeutiques conduits et réalisés par l'exploitant et que ce dernier est déjà engagé (ou s'engage à l'être) dans une démarche d'obtention de l'AMM ;

- les ATU nominatives (ATUn), dont le régime a été récemment précisé et encadré par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020, permettant la **prescription individuelle et sous conditions** par un médecin d'un médicament n'étant pas titulaire d'AMM lorsque son efficacité est fortement présumée et que l'état du patient bénéficiaire l'expose à des **conséquences graves** en l'état des thérapeutiques disponibles.

Les ATU sont délivrées par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), à la demande de l'exploitant dans le cas des ATUc ou du médecin prescripteur dans le cas d'une ATUn.

Cette délivrance est normalement subordonnée à la conclusion entre l'ANSM et l'exploitant d'un **protocole d'utilisation thérapeutique** (PUT) prévoyant le recueil d'informations visant à objectiver l'**efficacité**, les **effets indésirables** et les **conditions réelles d'utilisation** du médicament autorisé.

2. Une couverture par l'assurance maladie conditionnée à des remboursements rétroactifs par l'exploitant

L'accès précoce aux médicaments bénéficiaires d'ATU intervenant **bien en amont de leur éventuelle inscription sur la liste des spécialités remboursables par l'assurance maladie**, laquelle n'est décidée qu'à l'issue de l'obtention de l'AMM et d'une phase de négociation intégrant l'exploitant, la Haute Autorité de santé (HAS) et le comité économique des produits de santé (CEPS), la **prise en charge financière** des spécialités faisant l'objet d'une autorisation dérogatoire a dû faire l'objet d'un **régime spécifique**, décrit aux articles L. 162-16-5 et L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale (CSS).

Dans le cas d'un médicament réellement innovant, c'est-à-dire dont les effets thérapeutiques dans une indication thérapeutique considérée n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation de service médical rendu (SMR), le laboratoire communique au CEPS le montant de l'**indemnité maximale** qu'il réclame aux établissements de santé, uniques distributeurs des médicaments sous ATU¹.

Cette indemnité lui est alors versée par l'assurance-maladie, dans la limite d'un montant de 10 000 euros par patient et par an, cette limite ne s'appliquant qu'aux laboratoires réalisant, à raison de ces médicaments, un chiffre d'affaires supérieur à 30 millions d'euros par an.

À l'issue de la phase d'inscription sur la liste des spécialités remboursables, si le **prix net de référence** d'une spécialité, **calculé par le CEPS sur la base des prévisions de ventes sur trois ans** et diminué des remises négociées avec l'exploitant, est inférieur au montant de l'indemnité réclamée à l'initiation du circuit ATU, le laboratoire est contraint de **reverser à l'assurance-maladie**, sous forme de remises (dites « remises ATU »), la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.

Se dessine donc un cadre juridique dual, qui fait se succéder, **pour un médicament pris isolément**, une phase d'*accès précoce*, étroitement réglementée par l'ANSM et durant laquelle la couverture financière du traitement est assurée par l'assurance maladie sans négociation avec

¹ Les officines ne pouvant distribuer que des médicaments ayant obtenu l'AMM.

l'exploitant, et une phase d'*accès de droit commun*, à partir de laquelle le médicament n'est plus délivré que sous son prix défini par le CEPS après négociation. L'ajustement financier, en cas de déséquilibre entre ces deux phases, est assuré par un **versement compensatoire** de l'exploitant à l'assurance maladie, apparentant ainsi la période d'ATU à un simple mécanisme d'**avance sur trésorerie**.

Le montant global des remboursements par l'assurance maladie et des remises reversées par les laboratoires est retracé dans le tableau ci-dessous. Le montant exceptionnellement élevé des remises pour les ATU et post-ATU clôturées en 2019 est lié à quelques produits spécifiques.

	2017	2018	2019
Montants remboursés par l'assurance maladie pour les médicaments sous ATU et post-ATU <i>(en millions d'euros)</i>	757	856	789
Montant des remises ATU et post-ATU <i>(en millions d'euros)</i>	158	177	638

Source : DGOS

3. La restriction de l'accès précoce durant la phase « post-ATU » et l'apport de la LFSS pour 2019

Deux difficultés sont successivement apparues dans la juxtaposition de ces deux phases.

En premier lieu, **la fin du dispositif de l'ATU étant juridiquement marquée par l'entrée en vigueur de l'AMM**, et non par l'inscription à la liste des spécialités remboursables par le CEPS, s'est posé le problème de la continuité financière de la prise en charge **entre l'extinction de l'ATU et la détermination d'un prix net de référence, délai pouvant aller jusqu'à plusieurs mois**.

Cette période intermédiaire, qualifiée de « **post-ATU** », a fait l'objet d'aménagements spécifiques : jusqu'en 2019, l'article L. 162-16-5-2 du CSS prévoyait ainsi qu'un médicament ayant bénéficié d'une ATU et désormais titulaire d'une AMM pouvait, dans l'attente de la fixation de son prix net de référence, continuer d'être totalement pris en charge par l'assurance maladie, **à la condition que l'indication thérapeutique visée figure bel et bien dans son dossier d'AMM**. Concrètement, la phase de « post-ATU » bénéficiait de la même couverture financière que la phase ATU, mais **pour un périmètre d'indication thérapeutique désormais figé** : celui de l'AMM.

C'est ici qu'apparaissait la seconde difficulté, doublée d'un paradoxe : bien que **le médicament en post-ATU fût encore régi par le droit de l'accès précoce** (qui, par définition, n'a pas encore rigoureusement

identifié toutes les indications thérapeutiques pour lesquelles ce médicament pourrait être efficace), **ne pouvaient être pris en charge durant cette période par l'assurance-maladie que des patients répondant aux indications thérapeutiques contenues dans l'AMM** (qui, obligatoirement fondées sur des essais cliniques déjà réalisés et conclusifs, sont par définition plus restreintes que celles de l'ATU).

Nos collègues Yves Daudigny, Catherine Deroche et Véronique Guillotin, dans un rapport qui a fait date¹, avaient relevé l'inexplicable perte de chances à laquelle ce hiatus juridique et financier exposait les patients intégrés au circuit au cours de la phase post-ATU qui, en contradiction manifeste du modèle de l'accès précoce, ne pouvaient désormais y entrer qu'à raison de certaines pathologies définies.

Cette difficulté a depuis été résolue par la LFSS pour 2019², qui a **permis, au bénéfice des seules ATU et post-ATU de cohorte, d'élargir la prise en charge précoce aux extensions d'indication après obtention de l'AMM.**

4. Des difficultés de méthode posées par le remboursement rétroactif par le laboratoire

Aux termes du rapport précité de nos collègues, les laboratoires continuent néanmoins de déplorer le **caractère excessivement complexe et peu adapté du mode de financement de l'accès précoce** en dénonçant notamment :

- le mécanisme de plafonnement de l'indemnité à 10 000 euros annuels par patient, dont les industriels estiment qu'il n'est pas du tout adapté aux nouvelles thérapies anticancéreuses ;

- le mode de calcul de la remise à verser par le laboratoire à l'issue de la phase post-ATU, qui s'appuie sur le **prévisionnel de ventes sur trois ans**, une donnée par nature incertaine et soumise à de nombreux aléas. Ce mode de calcul est décrit comme particulièrement périlleux pour les laboratoires de petite taille, dont les prévisionnels de vente sont davantage exposés à la concurrence, et qui peuvent se voir imposer des montants de remise calculés sur des bases surestimées.

5. La restriction progressive de l'ATU nominative, dite « compassionnelle »

Bien que relevant initialement du même régime juridique que les ATU de cohorte, les ATU nominatives se sont progressivement éloignées de l'épuration de l'accès précoce pour s'apparenter davantage à des traitements « compassionnels », certes prescrits par un médecin en considération d'une balance avantages-risques, mais dont l'effet bénéfique ne peut toutefois se déduire d'un essai clinique.

¹ « Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce », n° 569, 2017-2018.

² Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, article 65.

Stable jusqu'en 2016, le nombre d'ATU nominatives accordées connaît depuis cette date un **repli régulier**, en grande partie causé par un **durcissement législatif des conditions d'accès**.

Nombre ATU nominatives

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre d'ATU octroyées	27 563	22 449	22 257	22 858	25 384	26 326	27 550	25 521	24 791	27 095	22 295	21 633
Initiations de traitement							12 713	12 822	12 175	14 029	11 390	11 342

Source : Rapport de l'ANSM

Ce dernier s'est d'abord manifesté par l'impossibilité pour un patient d'être pris en charge au titre d'une ATU nominative pour un médicament à partir du moment où ce dernier a obtenu l'AMM¹. Autrement dit, à compter de cette obtention, il n'est plus possible pour un traitement d'étendre le champ de ses bénéficiaires à titre compassionnel.

Mais l'inflexion a été particulièrement sensible lors de l'examen de la LFSS pour 2020², dont l'article 44 a introduit une double limitation :

- le nombre total d'ATU nominatives par médicament pourra désormais être **plafonné par arrêté ministériel** ;

- l'interdiction faite à un médicament de bénéficier d'une ATU nominative s'il dispose déjà d'une première AMM, indépendamment de l'indication pour laquelle la demande d'ATU est effectuée.

B. La RTU : la prescription de médicaments titulaires de l'AMM mais pour une autre indication thérapeutique

Décrite à l'article L. 5121-12-1 du CSP, la **recommandation temporaire d'utilisation (RTU)**, lorsqu'elle est établie par l'ANSM, permet à un médecin de prescrire une spécialité pharmaceutique pour une indication thérapeutique non conforme à son AMM.

Bien que proche dans sa dénomination de l'ATU, la RTU remplit des missions sensiblement différentes en ce qu'**elle ne vise pas des médicaments innovants** (non titulaires d'AMM), mais des médicaments déjà autorisés pouvant, en l'absence de spécialité similaire ou d'alternative médicamenteuse, servir à d'autres indications thérapeutiques que celles définies par leur AMM.

Les RTU sont également assorties d'un protocole de suivi des patients, dont les formes et le contenu sont similaires à celui requis pour les ATU.

¹ Article L. 162-16-5-1-1 du CSS.

² Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, article 44.

L'article L. 162-17-2-1 du CSS indique qu'un arrêté ministériel peut prévoir leur **prise en charge** par l'assurance maladie, à plusieurs conditions :

- en premier lieu, le médicament n'y est éligible que si son utilisation est indispensable à l'amélioration de l'état de santé du patient ;

- en outre, l'arrêté peut comporter l'obligation pour le laboratoire de déposer, pour l'indication considérée, une demande d'AMM ou une demande d'inscription au remboursement ;

- enfin, si la spécialité en question ne fait l'objet, pour ses indications au titre de son AMM, d'aucune inscription au remboursement, sa prise en charge au titre de sa RTU est limitée par une **base forfaitaire annuelle par patient** fixée par décision ministérielle, après avis de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

II - L'article 38 du présent projet de loi réorganise profondément les circuits de l'accès dérogatoire aux médicaments, en les distinguant selon leur finalité

L'article 38 entend **rationaliser** des circuits d'accès dérogatoire, dont l'empilement pose aujourd'hui d'importants problèmes de lisibilité. Il tente une clarification de ces circuits en les réorganisant non plus d'après leur seule dénomination, comme c'est actuellement le cas, mais **d'après leur finalité dans le traitement du patient**.

A. La réunion de l'ATU et de la RTU sous trois régimes juridiques de l'accès dérogatoire, distinguant accès précoce, accès compassionnel et prescription « hors AMM »

Le 2° du I de l'article 38 du présent projet de loi procède à la réécriture complète des articles régissant actuellement l'attribution de l'ATU et de la RTU, en y substituant deux nouvelles voies d'accès dérogatoire au médicament : l'accès précoce et l'accès compassionnel.

1. Une redéfinition profonde de l'ATU de cohorte, renommée autorisation d'accès précoce (nouvel article L. 5121-12)

Est proposé un **nouvel article L. 5121-12**, qui définit l'accès « **précoce** » comme « *l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, destinés à traiter des maladies, rares ou invalidantes* ». Les **conditions d'attribution de l'autorisation d'accès précoce (AAP) reprennent celles de l'ATU** (absence de traitement approprié, caractère urgent de la mise en œuvre du traitement, forte présomption d'efficacité au vu de résultat d'essais cliniques) en ajoutant toutefois que, pour en bénéficier, le médicament doit être présumé innovant, « *notamment au regard d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent* ».

L'accès à l'AAP reste reconnu, sur le modèle de l'ATU, aux médicaments ne disposant pas de l'AMM dans une indication considérée mais pour laquelle l'exploitant a déjà déposé un dossier d'obtention.

Il est également **élargi** aux médicaments qui disposent déjà d'une AMM pour une indication particulière, mais qui ne bénéficient pas de l'inscription sur la liste des spécialités remboursables pour cette indication. Il s'agit concrètement de **consacrer l'intégration, en droit commun, du régime actuel du post-ATU à l'accès précoce proprement dit**. Pour ces médicaments particuliers, l'application du régime de l'accès précoce ne vaudrait que si l'entreprise a déposé, ou s'est engagée à déposer **une demande d'inscription au remboursement dans un délai d'un mois suivant l'obtention de l'AMM**.

Contrairement au droit existant, qui en faisait la compétence exclusive de l'ANSM, **l'AAP serait accordée par la Haute Autorité de santé (HAS)**, après avis conforme de l'ANSM, et uniquement sur demande de l'entreprise intéressée. Les modalités d'attribution de l'actuelle ATU nominative (sur prescription médicale) ne sont donc pas retenues pour l'AAP.

Le périmètre de l'autorisation, conformément aux apports de la LFSS pour 2019, reste **l'indication thérapeutique considérée**.

Est par ailleurs maintenue l'obligation pour l'entreprise exploitante de produire un **PUT**, dont le texte précise explicitement qu'il serait défini par la HAS (et annexé à la décision d'autorisation) et que sa mise en œuvre se fera à la charge exclusive de l'exploitant. Ces dispositions visent manifestement à **rendre cette obligation de suivi plus effective**, le rapport précité de nos collègues ayant signalé que ce dernier pouvait être souvent *« lacunaire ou de médiocre qualité »*.

Le nouvel article précise par ailleurs les conditions matérielles de la prescription d'un médicament délivré sous le régime de l'AAP, en prévoyant qu'en apparaisse la mention manuscrite sur l'ordonnance.

Il énonce enfin les cas dans lesquels deux autorités peuvent prononcer la **suspension ou le retrait de l'AAP**. La HAS pourra y recourir lorsque le cadre juridique décrit par le présent article ne sera pas respecté par l'exploitant ou lorsque ce dernier ne se conformera pas à l'obligation de déposer une demande d'AMM. L'ANSM pourra par ailleurs en formuler la demande pour des motifs de santé publique ou si l'examen des données produites dans le cadre du PUT montre une détérioration de la présomption d'efficacité. Pour ces motifs, et en cas d'urgence, elle pourra directement se substituer à l'HAS dans l'exercice de cette prérogative.

Enfin, le **4° du II** de l'article 38 consacre au code de la sécurité sociale la **nouvelle mission d'octroi des autorisations d'accès précoce qu'attribue l'article à la HAS**. Cette intervention de la HAS, chargée par ailleurs de l'évaluation du service médical rendu (SMR) des médicaments bénéficiaires d'une AMM, dans le circuit de l'accès dérogatoire dénote une

volonté d'en renforcer l'encadrement et de mieux **contrôler dès le dépôt de la demande la présomption d'efficacité du médicament.**

Qualifié de « *malthusien* » par les représentants des industriels, ce nouveau mode d'autorisation vise à limiter les interruptions de parcours de spécialités qui, autorisées par l'ANSM, voient leur demande d'inscription au remboursement rejetées par la HAS alors que le circuit d'accès précoce est déjà pleinement entamé.

2. L'introduction d'un régime d'accès compassionnel (nouvel article L. 5121-12-1)

Le **nouvel article L. 5121-12-1** introduit pour la première fois la possibilité d'une « *utilisation exceptionnelle, au titre de l'accès compassionnel, de certains médicaments* », lorsqu'il n'existe **aucun traitement approprié dans l'indication considérée** et lorsque le médicament visé voit son efficacité et sa sécurité présumées et ne fait pas l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine.

L'autorisation d'accès compassionnel (AAC) peut alors être attribuée selon **deux modalités de demande** :

- à la **demande d'un médecin prescripteur**, l'ANSM pourrait autoriser, au bénéfice d'un patient nommément désigné, l'utilisation compassionnelle d'un **médicament ne disposant pas d'AMM dans aucune indication thérapeutique** ou d'un médicament disposant d'une AMM dans une autre indication que celle considérée, à la condition d'avoir fait l'objet d'un arrêt de commercialisation. Lorsque l'urgence le justifie, il peut être dérogé à la condition d'absence de toute recherche impliquant la personne humaine, à la condition que l'exploitant s'engage à déposer une demande d'AAP¹ : **il ne s'agirait dans ce cas-là pas tant de fournir un accès compassionnel que d'assurer, en raison de l'urgence, un traitement en amont même de la phase d'accès précoce** ;

- à la **demande directe du ministre de la santé ou de l'ANSM**, auquel cas l'AAC prendrait alors le nom de « **cadre de prescription compassionnelle** » et ne pourrait alors concerner qu'un médicament faisant déjà l'objet d'une AMM, mais uniquement pour d'autres indications que celle considérée.

Par ailleurs, l'AAC n'étant pas délivrée sur demande de l'exploitant, le nouvel article L. 5121-12-1 prévoit son information lors de son attribution. Il signale également **la même obligation incombant à l'exploitant d'établissement d'un PUT**, à la nuance près que cette obligation ne s'applique pas, dans le cas d'un cadre de prescription compassionnelle, s'il existe « *suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de la spécialité* » ou s'il existe « *une autre spécialité comparable disposant d'une AMM dans cette indication* ».

¹ L'AAC devenant dans ce dernier cas une sorte de « *dérogation dans la dérogation* ».

L'article mentionne enfin l'obligation faite au prescripteur d'informer le patient des modalités d'accès au médicament sous AAC, et de motiver sa prescription, ainsi que la possibilité laissée à l'ANSM (seulement) de suspendre ou de retirer toute AAC pour motifs de santé publique ou si le cadre juridique défini par le nouvel article L. 5121-12-1 n'est plus respecté.

3. Un nouveau régime éclaté de la prescription « hors AMM »

Aux termes de l'article 38 du présent projet de loi, le régime actuel de la RTU, concentré à l'article L. 5121-12-1 du CSP et définissant **l'encadrement d'un médicament déjà titulaire de l'AMM pour une autre indication que la sienne (le « hors AMM »)**, se trouverait désormais éclaté entre les trois nouveaux régimes de l'accès précoce, de l'accès compassionnel et de la prescription « hors AMM » proprement dite.

Comme précédemment indiqué, relèverait désormais de la procédure d'accès précoce la prescription « hors AMM » d'un médicament déjà titulaire d'une AMM pour une autre indication que celle considérée, et **non inscrit au remboursement au titre de cette dernière**. Par rapport à la RTU, cette possibilité de recourir au « hors AMM » pour ce cas précis se trouverait considérablement durcie par la procédure d'AAP, bien plus contraignante.

Par ailleurs, aux termes du nouvel article L. 5121-12-1, l'essentiel des cas de prescription « hors AMM » se limiterait dorénavant aux **cadres de prescription compassionnelle**. L'ancienne RTU en sortirait profondément modifiée qui, d'outil thérapeutique mis à disposition du médecin pour le traitement d'un patient particulier en appréciation de ses besoins, ne relèverait désormais plus que de strictes fins compassionnelles.

Enfin, un **nouvel article L. 5121-12-2** précise toutefois qu'en dehors du cadre de prescription compassionnelle, une spécialité pourra faire l'objet d'une prescription « hors AMM » aux conditions qu'aucune alternative thérapeutique ne soit disponible et que le prescripteur juge le recours à cette spécialité indispensable pour améliorer l'état clinique de son patient. Les mêmes obligations d'information du patient et de motivation de la décision seraient alors applicables.

En résumé, l'article 38 entend **mettre fin à la prescription « hors AMM » comme régime uniforme et distinct, et la repositionner comme simple modalité de l'accès précoce ou de l'accès compassionnel**.

4. De nouveaux régimes juridiques qui s'accompagnent de précisions

Outre l'instauration de ces trois nouveaux régimes, l'article 38 comporte plusieurs dispositions visant à préciser leur circuit de distribution et à renforcer certaines obligations découlant de l'accès dérogatoire.

Le 5° du I précise le renvoi à un décret en Conseil d'État, où sont déterminées les modalités de présentation, d'octroi, de modification, de suspension et de retrait de toute autorisation d'accès précoce ou d'accès compassionnel.

Le 8° du I indique que lorsqu'un médicament bénéficie d'une AAP ou d'une AAC sans pour autant figurer explicitement parmi les médicaments de la **rétrocession hospitalière**, il est néanmoins réputé inscrit sur la liste que les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé sont autorisées à dispenser au public.

Le 9° du I redéfinit le manquement soumis à sanction financière que constitue le fait pour tout exploitant de ne pas recueillir et de ne pas transmettre aux autorités sanitaires les PUT et recueils de données requis en cas d'AAP ou d'AAC.

Les 1°, 3°, 4°, 6°, 7°, 10°, 11° et 12° du I procèdent à des coordinations, essentiellement consécutives du changement de dénomination.

5. Une disposition incidente sur les ruptures de médicaments

Par ailleurs, le 6° du I élargit le périmètre des médicaments pour être achetés, fournis et pris en charge par des établissements publics sans pour autant figurer sur la liste des médicaments agréés aux « *médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation dans le cadre d'une rupture de stock, d'un risque de rupture ou d'un arrêt de commercialisation* ».

B. Un régime de prise en charge financière de l'accès dérogatoire aux médicaments intégralement remanié

Sans remettre en cause le principe d'une prise en charge financière par l'assurance maladie des médicaments bénéficiant d'un accès dérogatoire, le présent article 38 redéfinit en profondeur les modalités et le circuit de leur financement.

1. Une prise en charge de l'accès précoce qui tient toujours compte des indications hors périmètre de l'AMM

Le 6° du II crée un **nouvel article L. 162-16-5-1 du CSS** confirmant que **la prise en charge d'un médicament bénéficiaire d'une AAP ne vise plus le médicament pris en soi, mais l'indication considérée**. Il est en effet spécifié que « *la prise en charge prend fin lorsque cette indication est inscrite, au titre de son AMM* » sur l'une des listes des spécialités remboursables.

On peut donc en déduire qu'un même médicament, devenu bénéficiaire d'une AMM pour une indication spécifique déterminée par l'exploitant au moment du dépôt de la demande d'AAP, peut continuer à être pris en charge au titre de l'accès précoce pour les autres indications thérapeutiques mentionnées à l'entrée dans la phase d'accès précoce et n'ayant pas encore fait l'objet d'une AMM.

Les autres dispositions de ce nouvel article définissent les **cas d'interruption de prise en charge** (retrait de l'AAP, refus d'inscription sur une liste de spécialités remboursables, retrait de la demande d'AMM ou de la demande de remboursement).

Elles précisent également que, dans le cas de prise en charge d'une indication sous le régime de l'AAP, le ministère de la santé peut modifier par arrêté les conditions de dispensation de toute autre spécialité déjà bénéficiaire d'une AMM (vraisemblablement pour la même indication, ce que le texte ne mentionne pas).

2. Un circuit de financement de l'accès précoce simplifié pour l'exploitant

a) Avant l'inscription au remboursement

Les modalités de prise en charge financière font l'objet d'un nouvel article L. 162-16-5-1-1 du CSS, qui reprend le **principe de libre fixation d'une indemnité maximale par l'exploitant¹, versée par l'assurance maladie.**

Ce nouvel article ne retient pas le mécanisme actuel de plafonnement de l'indemnité (10 000 euros par patient si l'exploitant réalise un chiffre d'affaires supérieur à 30 millions d'euros), mais lui substitue, pour chaque indication thérapeutique considérée, un mécanisme de **versement de remises calculées sur la base du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé au titre de ladite indication.**

Ces remises seront établies en fonction d'un **barème progressif** fixé par arrêté, introduisant ainsi le principe d'une **contribution de l'exploitant définie à raison du chiffre d'affaires qu'il dégage et mettant fin aux biais d'imprévisibilité du dispositif précédent, fondé sur le prévisionnel de vente à trois ans.**

Ces taux de remises pourront éventuellement être **majorés** dans plusieurs cas :

- si l'exploitant n'a pas déposé de demande d'AMM dans un délai préfix ;
- si aucun prix n'a été fixé à l'issue d'un délai de 180 jours après la demande d'inscription au remboursement ;
- si une autre spécialité identifiée par la HAS comme répondant au besoin thérapeutique visé a été inscrite au remboursement ;
- si, pour l'indication thérapeutique considérée, la HAS remet en cause, au moment de la demande d'inscription au remboursement, la présomption d'innovation du médicament.

¹ Comme nouvelle exception à cette possibilité laissée à l'exploitant de définir son indemnité maximale, l'article prévoit le cas où le médicament en question fait l'objet d'un prix maximal de vente aux établissements de santé défini par arrêté ministériel (article 44 de la LFSS pour 2020).

b) À partir de l'inscription au remboursement

Lorsque le médicament est admis au remboursement, le nouvel article L. 162-15-5-1-1 indique que la négociation de son prix net de référence doit inclure le montant d'une **restitution ou d'une remise supplémentaire**, égal à la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé pendant la période d'accès précoce (déduction faite des remises consenties sur l'indemnité maximale) et le chiffre d'affaires qui aurait résulté de l'application du prix net de référence.

L'article introduit le cas où cette différence se révélerait à l'avantage du laboratoire (prix net de référence supérieur à l'indemnité maximale), à qui serait alors restitué ce montant, dans la limite toutefois de la remise consentie sur l'indemnité.

3. La contrepartie de la prise en charge de l'accès précoce : la continuité du traitement

Le 8° du II adapte à l'accès précoce l'obligation pour le laboratoire d'assurer la continuité des traitements initiés. Cette continuité doit être assurée pendant toute la prise en charge, puis, à l'issue de la prise en charge, pendant une période dont la durée ne peut dépasser un an. La condition de continuité ne s'applique bien sûr pas si la spécialité fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons de sécurité.

La période de continuité fait également l'objet d'une couverture financière par l'assurance maladie, avec versement rétroactif d'une remise par le laboratoire si son chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé au titre de cette période est supérieur à celui qui aurait résulté de la valorisation de ses unités au prix net de référence.

4. Un régime de prise en charge distinct pour l'accès compassionnel

Alors que le droit existant jumelait les régimes de prise en charge des ATU de cohorte et des ATU nominatives, le présent article 38 crée un **nouvel article L. 162-16-5-2 du CSS** spécifique au financement de l'accès compassionnel.

Le principe d'une **prise en charge par l'assurance maladie** est maintenu, soit dans les conditions de droit commun si le médicament est déjà inscrit au remboursement pour une autre indication, soit selon l'indemnité maximale réclamée par l'exploitant. Peut être également définie une base forfaitaire annuelle par patient par arrêté ministériel.

Si la prise en charge obéit au régime de l'indemnité maximale, un mécanisme similaire au régime de l'AAC de versement de remises selon un barème progressif s'applique.

Le nouvel article traite par ailleurs du cas particulier, évoqué au nouvel article L. 5121-12-1 du CSP, d'un médicament bénéficiaire d'une AAC et dont l'exploitant, ayant engagé des recherches sur la personne humaine, s'est engagé à déposer une demande d'AAP. Dans ce cas, un décret en Conseil d'État précise les conditions dans lesquelles les remises peuvent être majorées si la demande d'AAP n'est pas déposée dans le délai préfix ou si le nombre d'autorisations d'accès compassionnel demandé pour ce médicament excède un seuil défini par arrêté.

Plusieurs conditions, définies par arrêté, peuvent également s'imposer à la prise en charge d'une AAC par l'assurance maladie (dépôt d'une demande d'AMM, respect des procédures indiquées au sein du PUT), dont le non-respect exposerait l'exploitant au paiement d'une sanction financière.

L'article évoque ensuite les différents **cas d'interruption de la prise en charge** : retrait ou suspension de l'AAC ou du cadre de prescription compassionnelle, attribution d'une AAP, inscription de la spécialité au remboursement, identification par la HAS d'une alternative thérapeutique inscrite au remboursement. Réciproquement, l'article précise les deux cas où **la prise en charge peut être maintenue après que l'AAC a cessé de produire ses effets (lorsque l'AMM a été délivrée)** : lorsque l'indication est mentionnée dans l'AMM sans que cette dernière n'ait conduit à l'inscription au remboursement et lorsque la continuité du traitement d'un patient donné le requiert, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'AMM.

Les **1°, 2°, 3°, 5°, 7°, 9°, 11°, 12°, 13° et 15° du II**, ainsi que le **III** procèdent à des coordinations, essentiellement consécutives du changement de dénomination.

C. Autres dispositions et entrée en vigueur

Le **10° du II** opère une coordination actant la suppression du régime de la RTU.

Le **14° du II, une fois le texte entré en vigueur**, retirerait à l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) la mission de rendre un avis sur le montant de la base forfaitaire annuelle retenue par le ministre de la santé pour financer un dispositif médical non inscrit sur la liste des prestations et produits remboursables (LPPR) mais jugé néanmoins indispensable au suivi thérapeutique d'un patient par son prescripteur. Cette disposition, sans doute issue d'une erreur de coordination, mériterait d'être corrigée.

Le **A du IV** prévoit un entrée en vigueur générale du dispositif à une date fixée par décret ne pouvant aller au-delà du 1^{er} juillet 2021.

Le **B du IV** prévoit l'application du droit actuel à toutes les ATU délivrées antérieurement au présent projet de loi jusqu'à leur terme. À cette date, leur sera ouverte la possibilité d'être renouvelée sous la forme d'une AAP ou d'une AAC.

Le **C du IV** assure la prise en charge financière, une fois le texte entré en vigueur, des spécialités entrées dans leur phase « post-ATU ».

Le **D du IV** consacre la conversion des RTU en AAC à compter de l'entrée en vigueur du texte.

Enfin, le **E du IV** prévoit que pour une durée ne pouvant aller au-delà du 1^{er} janvier 2023, les remises dues par les laboratoires au titre d'une AAC seront calculées sur la base d'une fraction de leur chiffre d'affaires réalisé pour cette spécialité ne pouvant dépasser 10 %.

III - Une réforme ambitieuse globalement bien perçue des parlementaires, dont ils espèrent qu'elle stabilisera enfin le droit de l'accès dérogatoire aux médicaments

A. Les modifications à la marge apportées par l'Assemblée nationale

Outre seize amendements rédactionnels du rapporteur général de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté trois amendements de précision ou de simplification du dispositif :

- un premier amendement, déposé en termes identiques par le rapporteur général et par Mme Stéphanie Rist, **précise la prise en charge financière des médicaments faisant l'objet d'une continuité de traitement après leur sortie de l'accès précoce**, en indiquant que **la prise en charge par l'assurance maladie obéit aux modalités de droit commun dès lors que la spécialité en question est admise au remboursement**. Dans le cas contraire, la prise en charge dérogatoire peut être maintenue, pour une durée n'excédant pas un an ;

- un deuxième amendement, déposé par le rapporteur général, vise à **simplifier les modalités de suivi du patient admis à l'accès compassionnel par son prescripteur** ;

- un dernier amendement, déposé en termes identiques par le rapporteur général, Mme Agnès Firmin Le Bodo et M. Paul Christophe, introduit une **demande de rapport au Parlement** sur l'impact de la réforme portée par l'article 38.

B. Votre commission globalement favorable à l'adoption de cet article malgré quelques ajustements

Selon les termes même des représentants des industriels et laboratoires auditionnés par votre rapporteure, « *la réforme proposée apparaît globalement équilibrée et conforme aux travaux menés entre les entreprises du médicament et l'administration au cours de ces derniers mois* ».

Prolongeant la tendance ininterrompue des PLFSS à modifier par touches le régime de l'accès dérogatoire, au point de menacer sérieusement l'attractivité et la stabilité du modèle français, cette réforme systémique se présente comme une *tabula rasa* nécessaire et opportune, aussi attendue des acteurs du secteur que des parlementaires.

Certains problèmes « d'applicabilité » ont néanmoins été soulevés par les acteurs du médicament, qui dénotent le **caractère encore inabouti** de la réforme.

1. Le délai d'inscription au remboursement dans le cas d'un médicament en phase « post-ATU »

Bien qu'il faille saluer l'intégration dans le droit commun de l'accès précoce de la phase « post-ATU », qui demeurait jusqu'alors exposée à quelques insécurités, votre rapporteure n'estime **pas opportun qu'un délai d'un mois soit imposé au laboratoire**, pour bénéficier du régime de l'accès précoce, entre l'obtention de l'AMM et la demande d'inscription au remboursement.

En effet, comme les représentants des industriels l'ont rappelé en audition, **l'attribution souvent très précoce de l'AMM par l'agence européenne du médicament (EMA)** contraindrait alors le laboratoire à formuler une demande d'inscription au remboursement dans un délai d'un mois suivant cette obtention, alors qu'il ne dispose alors que de très peu de données sur les effets réels de la spécialité, ce qui serait susceptible d'orienter l'avis de la commission de la transparence de la HAS vers un service médical rendu « dégradé ».

Aussi, la commission a adopté, sur proposition de votre rapporteure, un **amendement n° 179** visant à permettre un dépassement de ce délai.

2. Le refus de la HAS d'accorder une autorisation d'accès précoce

L'absence de motivation du refus de la HAS d'accorder une autorisation d'accès précoce nuit à la transparence du nouveau dispositif.

La commission des affaires sociales a donc adopté, sur proposition de votre rapporteure, un **amendement n° 180** palliant cette lacune.

3. Le cas de majoration de remise en cas de dépassement d'un délai de 180 jours pour l'inscription au remboursement d'un médicament sous accès précoce

L'application d'une majoration de remise sur l'indemnité d'accès dérogatoire pour l'industriel dans le cas où un **délai de 180 jours** serait dépassé entre le dépôt de demande de remboursement et l'inscription au remboursement pose un double problème.

D'une part, en application d'une directive européenne et de l'article R. 163-9 du CSS qui la transpose, **ce délai de 180 jours a été défini pour s'imposer aux pouvoirs publics dans l'inscription au remboursement des**

médicaments de droit commun, sans être pour autant respecté du fait de délais de traitement particulièrement longs de la commission de transparence de la HAS (132 jours en moyenne) et du CEPS (114 jours en moyenne en 2015 d'après un rapport de la Cour des comptes). Ces délais n'étant pas imputables à l'industriel, il paraît incohérent d'en faire un motif de majoration des remises dont il pourrait être redevable à l'issue de la phase d'accès précoce.

D'autre part, cette disposition consacrerait incidemment dans la loi un délai dont la nature demeure réglementaire.

C'est pourquoi votre commission a adopté un **amendement n° 185** de votre rapporteure supprimant cette référence au délai réglementaire de 180 jours.

4. L'inscription des médicaments sous accès précoce au sein de la rétrocession hospitalière

Comme l'ont indiqué les représentants des industriels à votre rapporteure, le 8° du I du présent projet de loi, visant à réserver à l'usage hospitalier les spécialités bénéficiant d'une AAP, **y compris lorsque ces dernières étaient précédemment distribuées en ville**, pose un problème d'accessibilité du traitement pour les patients qui en bénéficient dans le cadre d'une AMM prise en charge dans le droit commun.

La commission a adopté un **amendement n° 181** de votre rapporteure visant à maintenir dans le circuit de distribution de ville les médicaments sous AAP qui font par ailleurs l'objet d'une AMM.

5. La modification unilatérale par le ministre de la santé des conditions de dispensation de spécialités dans le droit commun, lorsqu'elles font l'objet d'un accès dérogatoire

Cette disposition, autant prévue pour l'accès précoce que pour l'accès compassionnel, autorise le ministre de la santé à modifier les conditions de dispensation d'une spécialité déjà titulaire d'une AMM, lorsque cette dernière fait l'objet d'une AAP ou d'une AAC.

Son maintien dans le texte ne paraît pas souhaitable, dans la mesure où elles pourraient défavorablement impacter l'accès des patients à des traitements normalement disponibles en ville dans le cadre d'une AMM, dès lors que ces derniers feraient l'objet d'une AAP ou d'une AAC au titre d'une extension d'indication. Votre commission a donc adopté un **amendement n° 184** de votre rapporteure de suppression de ces dispositions.

6. Une précision quant à la prise en charge des accès compassionnels

Compte tenu des deux modalités possibles de prise en charge par l'assurance maladie pour les accès compassionnels (indemnité maximale réclamée par l'exploitant ou base forfaitaire annuelle définie par arrêté ministériel) et de l'absence de critère régissant l'application de l'une plutôt

que l'autre, votre commission a adopté un **amendement n° 186** de votre rapporteure visant au moins à **assurer le mode de financement par indemnité maximale dans les cas d'AAC** visant à déboucher sur une AAP, afin que les mécanismes de prise en charge puissent bénéficier d'une certaine continuité.

7. L'avis de l'Uncam sur la base forfaitaire annuelle des dispositifs médicaux et des spécialités faisant l'objet d'AAC

Votre commission a par ailleurs adopté un **amendement n° 188** de votre rapporteure **rétablissant l'avis de l'Uncam** pour la prise en charge des dispositifs médicaux non-inscrits sur la LPPR et l'élargissant à la base forfaitaire annuelle pouvant servir de base à la prise en charge des AAC.

Votre commission vous demande d'adopter cet article avec les modifications qu'elle a adoptées.

Article 38 bis (nouveau)

Publicité des montants des investissements publics pour des spécialités susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie

Cet article, inséré à l'Assemblée nationale, prévoit de rendre publics les montants d'investissement public de recherche et développement reçus par les entreprises pharmaceutiques pour les spécialités qu'ils entendent inscrire au remboursement.

La commission vous demande de l'adopter sans modification.

Cet article additionnel a été intégré par l'Assemblée nationale au présent projet de loi à l'issue de l'adoption d'un amendement du rapporteur général de la commission des affaires sociales, sous-amendé par un sous-amendement de M. Paul Christophe. L'amendement initial prévoyait que les entreprises pharmaceutiques mettent à la disposition du comité économique des produits de santé (CEPS), **pour chacun des médicaments inscrits ou ayant vocation à être inscrits sur une liste de spécialités remboursables, le montant des investissements publics de recherche et développement dont elles ont bénéficié.** Ce montant serait ensuite rendu public par le CEPS.

Le sous-amendement de M. Christophe rectifie cette disposition, en précisant que cette obligation de déclaration des entreprises s'applique **non à raison de chaque médicament qu'elles exploitent, mais à raison de l'ensemble de ces derniers.** En effet, comme l'indique l'exposé des motifs, « le dispositif [en tant que tel ne serait pas] inopérant puisque qu'il n'est pas possible de rattacher un avantage à un produit en particulier ». L'adoption de ce correctif, qui rend le dispositif opérationnel, s'est ainsi fait l'écho d'une inquiétude exprimée par les principaux acteurs du médicament.

Jouissant jusqu'à présent de la protection de l'article L. 151-1 du code du commerce, qui régit le **secret des affaires**, il paraît souhaitable que l'information relative au montant des investissements publics pour des médicaments susceptibles d'être pris en charge par l'assurance maladie soit désormais publiée.

Cette disposition avait déjà été adoptée par le Parlement lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020, mais, ayant alors été introduite en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale, le Conseil constitutionnel l'a jugée sans relation directe avec une disposition du texte restant en discussion et l'a considérée comme contraire à la Constitution¹.

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

Article 39

Renforcer la qualité des prestations de soins à domicile

Cet article renforce le contrôle des prestataires de services et distributeurs de matériel (PSDM) au moyen d'une certification conditionnant leur remboursement par l'assurance maladie.

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

I - Le dispositif proposé : un encadrement plus strict d'une activité en fort développement

A. Une activité en croissance et peu contrôlée

1. Une activité en plein développement

Les prestataires de services et distributeurs de matériel (PSDM) sont des professionnels fournissant, à des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap et vivant à leur domicile, des dispositifs médicaux ou des aides techniques éventuellement assortis de prestations de nature variée - observance du traitement, télésuivi, etc. Ces dispositifs et prestations sont pris en charge par l'assurance maladie dès lors qu'ils figurent sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) et qu'ils font l'objet d'une prescription médicale.

¹ Décision n° 2019-795 DC du 20 décembre 2019.

Comme le souligne le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de janvier 2020¹, cette activité connaît une impressionnante dynamique, portée par la démographie et les évolutions médico-techniques, le virage ambulatoire, mais également par des pratiques de promotion et de prescriptions favorables. La profession revendique près de 2 millions de patients, et près de 3500 établissements de PSDM sont enregistrés par l'assurance maladie, sur l'ensemble du territoire.

En 2018, les dispositifs et prestations délivrés par les PSDM ont représenté près de 6,4 milliards d'euros de remboursements, en hausse de 30 % depuis 2012. En 2018, 65 % des montants remboursés se concentrent sur cinq postes : appareils respiratoires, métabolisme (diabète essentiellement), maintien à domicile, dermatologie (pansements), et appareils digestifs, ces dépenses étant elles-mêmes concentrées, à hauteur de 71 %, sur dix produits et prestations.

Produits et prestations les plus remboursés en 2018

Deuxième niveau de regroupement		Montants remboursés en 2017	Montants remboursés en 2018	Poids (montants)	Evolution 2017/2018	Poids (volume)
D10	Pansements	658,5 M€	684,4 M€	11%	4%	19%
R20	Pression positive continue pour apnée du sommeil	643,6 M€	656,6 M€	10%	2%	13%
H10	Dispositifs pour autocontrôle du diabète	558,7 M€	634,2 M€	10%	14%	5%
H20	Dispositifs pour autotraitement du diabète (pompes, seringues, aiguilles)	429,8 M€	469,7 M€	7%	9%	13%
A10	Nutrition orale	383,8 M€	408,2 M€	6%	6%	12%
R30	Traitements respiratoires, autres prestations	368,9 M€	337,7 M€	5%	-8%	1%
T30	Lits médicaux	346,3 M€	356,0 M€	6%	3%	5%
G30	Génito-urinaire, matériel pour incontinence et sondage vésical	322,8 M€	339,6 M€	5%	5%	1%
R10	Oxygénothérapie, prestation seule	283,8 M€	315,5 M€	5%	11%	1%
T20	Perfusion, systèmes actifs, pompes implantées ou non	275,5 M€	293,0 M€	5%	6%	1%
		4271,6 M€	4494,9 M€	71%	5%	72%

Source : IGAS, rapport précité

2. Une activité à l'encadrement lâche

Il n'existe pourtant pas de définition positive de la profession dans la loi : elle n'est mentionnée à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique, sous les dénominations « *prestataires de service et distributeurs de matériels* », qu'au travers des obligations qu'elle a de disposer de personnels formés et de respecter des conditions d'exercice et règles de bonne pratique.

C'est seulement par arrêté que, depuis 2006², sont définis ses contours.

¹ « Missions des prestataires de services et distributeurs de matériel », janvier 2020.

² Arrêté du 19 décembre 2006 définissant les modalités de la délivrance mentionnées aux articles D. 5232-10 et D. 5232-12 et fixant la liste des matériels et services prévue à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique.

**Les 17 missions réglementaires des PSDM
(extraits de l'arrêté du 19 décembre 2006)**

1. La prise en compte de la prescription et de la préconisation de matériels réalisées par l'équipe pluridisciplinaire.

2. L'information, la présentation à la personne ou à son entourage, de plusieurs matériels, s'il y a lieu, pouvant répondre à ses besoins.

3. Les essais de plusieurs matériels, à l'exception des matériels sur mesure, chez le prestataire ou au lieu de vie de la personne.

4. La fourniture de devis.

5. L'information sur les conditions de garantie et la durée de vie habituelle avec remise d'une version actualisée du document d'information et de la notice d'utilisation.

6. La délivrance du matériel, qui doit respecter le choix du patient et, s'il y a lieu, la prescription ou la préconisation par l'équipe pluridisciplinaire.

7. Le rappel des conditions d'utilisation du matériel conformément aux exigences de sécurité, à son entretien, le cas échéant à sa désinfection et à la sécurité de son utilisation.

8. L'établissement des documents nécessaires à la personne et un dossier contenant tous les éléments permettant le suivi de la personne, du matériel et service délivrés.

9. La livraison, si nécessaire, au lieu de vie de la personne.

10. La mise en service et la vérification du bon fonctionnement du matériel dans l'environnement dans lequel il doit être utilisé.

11. La facturation.

12. La mise en place, si nécessaire, d'un service d'astreinte téléphonique.

13. Le service après-vente, la maintenance et les réparations comprenant l'intervention technique sur un matériel défectueux soit au local professionnel, soit au lieu de vie.

14. S'il y a lieu, le contrôle régulier de l'observance, en vue d'alerter le médecin traitant en cas d'anomalies.

15. Le contrôle, s'il y a lieu, de la bonne utilisation du matériel, le rappel éventuel des informations, en coordination avec l'équipe médicale et les auxiliaires médicaux.

16. Le signalement des incidents ou risques d'incidents de matériovigilance résultant de l'utilisation de dispositifs médicaux, conformément à la réglementation en vigueur.

17. En cas de location, la récupération du matériel, si nécessaire au lieu de vie de la personne, le nettoyage et la désinfection et la vérification technique du matériel.

Seule la dispensation de l'oxygène à usage médical fait l'objet d'une réglementation particulière : une autorisation administrative préalable est nécessaire à toute activité.

Les autres activités des PSDM ne sont soumises qu'à une contrainte, celle d'un enregistrement auprès de l'assurance maladie pour pouvoir facturer et bénéficier des remboursements prévus par la LPP. Il s'agit d'une démarche légère, effectuée depuis 2012 auprès des CPAM. L'assurance maladie se contente de vérifier le dossier ; elle visite parfois les locaux. Cet enregistrement provoque l'inscription du PSDM au fichier national des professionnels de santé de l'assurance maladie (FNPS).

L'adhésion à la convention nationale est généralisée mais facultative. Elle permet la pratique du tiers-payant, sous réserve d'un engagement à respecter les termes de la convention, dans son double volet de qualité et d'efficience. Le dispositif de sanction est toutefois peu opérant en cas de non-respect des obligations, et les procédures de suspension ou de déconventionnement difficiles à mettre en œuvre, voire contournées par certains prestataires.

3. Des prestations de qualité variable

Le rapport de l'IGAS de janvier 2020 réitère des constats déjà réalisés exactement quatre ans plus tôt¹ : hétérogénéité des activités et des structures, faible niveau d'exigences réglementaires pour exercer cette activité, contrôles très limités opérés par les pouvoirs publics malgré les dérives liées aux effets des pratiques commerciales dans un contexte de forte concurrence, système de paiement à l'acte encourageant l'accroissement des volumes.

Cette analyse est, en 2020, actualisée et complétée par au moins deux séries de considérations :

- la nature des activités se transforme. La plupart des PSDM se sont positionnés sur une mission de coordination des sorties d'hospitalisation, à l'interface des services hospitaliers et des professionnels du premier recours, rôle dont ils revendiquent désormais la reconnaissance réglementaire. Ce positionnement a été rendu possible à la fois par la réactivité reconnue de ces professionnels mais également par des pratiques d'entrisme dans les établissements qui posent question ;

- les relations avec les autres acteurs du système de soin se resserrent, et l'on assiste à la création de filières de santé intégrées par alliances et/ou intégration entre les PSDM et des acteurs du soin et parfois du social, peu identifiées par les pouvoirs publics. Il s'agit par exemple de plateformes numériques mettant en réseau l'offre d'un PSDM, d'infirmiers libéraux, d'ergothérapeutes et d'opérateurs de services au domicile, ou de la constitution de réseaux d'infirmiers libéraux spécialisés dans les soins associés à certains dispositifs médicaux.

¹ « Dispositifs médicaux : circuits et marges de distribution en ville et rôle des prestataires à domicile », janvier 2014.

De telles transformations conduisent l'IGAS à faire « *un bilan nuancé de l'impact des PSDM sur l'efficience des parcours* ». Les pratiques de contrôle des organismes d'assurance maladie restent hétérogènes. Quand des contrôles sont réalisés, ils révèlent des manquements – en matière d'hygiène ou de respect du droit de la consommation ou de la concurrence – parfois qualifiés d'« *inquiétants* ».

B. Le dispositif proposé : un encadrement des PSDM par une certification conditionnant le remboursement

1. Une procédure de certification établie par la HAS

Le 1° du I. confie, à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, deux nouvelles missions à la Haute autorité de santé, consistant à **établir un référentiel des bonnes pratiques professionnelles** des PSDM et établir et mettre en œuvre des **procédures de certification de ces professionnels** (a)). Il précise en outre (b)) que pour cette nouvelle mission également, la HAS prend en compte les risques de maltraitance.

Le 1° du II. précise que ce référentiel de bonnes pratiques professionnelles est rendu public au plus tard le 31 décembre 2021.

Ces dispositions reprennent la première préconisation du rapport de l'IGAS précité, qui estimait que la réalisation de cette procédure et son actualisation pouvait être confiées à la HAS, avec l'appui de l'ANSM, en s'appuyant sur les référentiels ou labels existants et portés par la profession (QUALIPSAD, label Responsabilité & Santé, Cap Handéo...), et sur les exigences de la norme générale ISO 9001.

2. Une certification conditionnant le conventionnement avec l'assurance maladie

Le 2° du I. complète l'article L. 165-6 du code de la sécurité sociale, relatif aux accords que les organismes d'assurance maladie peuvent conclure avec les distributeurs de produits et prestations de santé. Il ramasse dans un I les dispositions actuelles relatives aux modalités de conventionnement entre l'Uncam et les pharmacies d'officine, et crée un II consacré au conventionnement entre l'Uncam et les PSDM, qui présente les caractéristiques suivantes :

- **l'Uncam est autorisée à conclure, à l'échelon national, avec un ou plusieurs syndicats ou organisations regroupant des PSDM, un accord relatif aux produits et prestations** de ces professionnels portant sur la qualité ou les prix maximaux pratiqués, ainsi que sur les modalités de délivrance et de prise en charge de ces produits et prestations (premier alinéa) ;

- l'accord devra prévoir des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, dans les mêmes conditions que les accords existants avec les pharmacies d'officine, et emportant les mêmes conséquences en cas de manquement – un arrêté ministériel pouvant alors fixer les obligations s'imposant aux distributeurs (second alinéa) ;

- **pourront seuls adhérer à cet accord les PSDM détenant la certification** précitée. L'adhésion conventionnelle sera notamment conditionnée, précise l'étude d'impact, par une déclaration annuelle des PSDM de leurs champs d'activités, de leur volume d'activité, de leur territoire d'intervention et des qualifications en leur sein.

Le 3° du I. est de coordination.

3. Un conventionnement conditionnant le remboursement par l'assurance maladie

Le troisième alinéa du II de l'article L. 165-6 préciserait encore que les produits et prestations délivrés par un PSDM ne seraient **pris en charge par l'assurance maladie que si celui-ci a adhéré à l'accord** prévu précédemment ou si cet accord lui a été rendu applicable. À défaut, ces produits et prestations ne peuvent être pris en charge que si le professionnel détient la certification. Les conditions de mise en œuvre de ces dernières dispositions seront précisées par décret en Conseil d'État, et entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

L'étude d'impact estime à 30 millions d'euros le montant des économies que cette certification pourrait générer chaque année dès 2023 pour l'assurance maladie.

II - Les modifications apportées à l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article tel que modifié par deux amendements rédactionnels du rapporteur général.

III - La position de la commission : adoption conforme

La commission se réjouit que la préconisation formulée par l'IGAS en début d'année ait trouvé une si rapide traduction législative. Elle sera attentive à ce que les autres préconisations de la mission soient également suivies : la régulation plus efficace des pratiques commerciales et des conflits d'intérêts par la mise en œuvre de la réglementation existante, la recherche d'efficience dans l'organisation des sorties d'hospitalisation, la meilleure répartition des rôles et responsabilités dans le pilotage des réformes réglementaires (direction générale de l'offre de soins), et la régulation individuelle des PSDM (assurance maladie), etc.

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

Article 40

Simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire

Cet article propose de supprimer le Fonds de la Complémentaire santé solidaire et de répartir ses missions entre l'assurance maladie, l'État et les organismes de recouvrement.

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

I - Le pilotage de la Complémentaire santé solidaire par un établissement public, le Fonds C2S

A. Le mouvement de rationalisation de la protection complémentaire en matière de santé destinée aux populations précaires

La loi de 1999 portant création d'une couverture maladie universelle¹ a institué un fonds, dénommé « Fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire » (Fonds CMU-c), chargé de financer la couverture des dépenses relevant de la protection complémentaire en matière de santé prévue aux articles L. 861-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019² ayant fusionné la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) avec l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) afin de créer la Complémentaire santé solidaire (C2S), le fonds a en conséquence été rebaptisé « **Fonds de la Complémentaire santé solidaire** » (Fonds C2S) par la LFSS pour 2020³.

Depuis le 1^{er} novembre 2019, la C2S offre une **complémentaire santé gratuite aux personnes dont les revenus annuels sont inférieurs à un plafond**⁴, et permet aux personnes dont le revenu est compris entre 1 et 1,35 fois ce plafond de bénéficier de la même protection complémentaire moyennant une **participation financière mensuelle** calculée en fonction de leur âge⁵.

¹ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

² Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 - Article 52.

³ Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 - Article 46.

⁴ Fixé par décret à 8 723 euros pour une personne seule à compter du 1^{er} novembre 2019.

⁵ De 8 euros pour les assurés âgés de moins de 30 ans, à 30 euros pour les assurés âgés de 70 ans et plus.

B. Un établissement public administratif au cœur du circuit financier de la C2S

Le Fonds C2S est **un établissement public national à caractère administratif employant 10 équivalents temps plein (ETP)**¹.

Un décret fixe la composition de son conseil d'administration, constitué de représentants de l'État, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment trois députés et trois sénateurs, des représentants d'associations œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et des représentants des organismes de protection sociale complémentaire². Le président du conseil de surveillance est nommé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale parmi les parlementaires qui en sont membres.

Aux termes de l'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale, les dépenses du fonds sont constituées :

- d'une part, par le **remboursement aux organismes gestionnaires de la C2S des sommes correspondant à la prise en charge des prestations** servies à ce titre, après minoration du montant de la participation due à l'organisme par l'assuré, lorsque celui-ci est soumis à participation financière, et majoration à hauteur d'un montant forfaitaire attribué aux organismes complémentaires au titre leurs frais de gestion ;

- d'autre part, par les **frais de gestion administrative du fonds**.

L'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale prévoit que les recettes du fonds sont exclusivement constituées d'une **fraction du produit de la taxe de solidarité additionnelle sur les complémentaires santé (TSA)**.

En pratique, les organismes complémentaires minorent le montant dû de TSA du montant de leurs dépenses de C2S. Dans le cas où le montant devant lui être remboursé au titre de la C2S excède le montant de TSA dû par un organisme complémentaire, la différence lui est reversée par l'URSSAF d'Île-de-France, chargée du recouvrement de la TSA³.

Le montant de TSA alloué au Fonds C2S couvre strictement le montant de ses dépenses afin d'équilibrer son résultat annuel. Le solde de TSA est ainsi reversé à la CNAM.

¹ Cf. évaluation préalable de l'article 40 du PLFSS.

² Art. L. 862-1 du code de la sécurité sociale.

³ Cf. évaluation préalable.

C. Les diverses missions à la charge du fonds

Outre le financement de la C2S, **le fonds exerce différentes missions** en application des articles L. 861-7 et L. 862-7 du code de la sécurité sociale :

- la gestion de la liste des organismes complémentaires habilités à gérer la C2S ;

- la fiabilisation des déclarations de TSA et des déductions réalisées au titre de la C2S ;

- le recueil et l'analyse de statistiques relatives à la C2S et à ses bénéficiaires.

Le fonds établit ainsi un rapport public annuel, remis au Parlement avant le 15 novembre, faisant apparaître notamment le nombre et l'âge des bénéficiaires de la C2S, l'évolution du montant des participations versées par les bénéficiaires concernés, ainsi que l'évolution du montant des cotisations d'assurance maladie complémentaire et de celui des prestations afférentes à la C2S.

Au titre de sa mission d'analyse, il a produit différentes études sur la C2S et les dispositifs auxquels elle a succédé, notamment en matière d'accès aux soins des publics concernés.

II - Le dispositif envisagé : une suppression du Fonds C2S à des fins de simplification

Le Fonds C2S figure dans la liste des structures comptant un faible nombre d'agents qu'il a été décidé de supprimer à l'issue du 4^e comité interministériel de la transformation publique (CITP) du 15 novembre 2019¹.

L'article 40 abroge ainsi la structure juridique du fonds et, sans modifier le mécanisme du financement de la C2S, **répartit ses missions** entre l'administration centrale du ministère des solidarités et de la santé, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) (I).

Ces dispositions entreraient en vigueur au **1^{er} janvier 2021 (II)**. Les modalités du transfert à la CNAM, à l'ACOSS et à l'État des biens du Fonds C2S doivent être fixées par décret, tandis qu'un décret en Conseil d'État doit préciser les conditions d'établissement des comptes du Fonds C2S relatifs à l'exercice 2020 et de leur transfert au 1^{er} janvier 2021 (III).

¹ Cf. dossier de presse du 4^e comité interministériel de la transformation publique, annexe 2.

A. Le transfert à la CNAM du financement de la C2S

Le 2° du I créé, au sein de la CNAM, un fonds de financement de la C2S.

Ce transfert à la CNAM entraîne la suppression du poste de dépenses lié aux frais de gestion administrative du Fonds C2S.

La CNAM est donc chargée de transmettre au Gouvernement, au plus tard au 1^{er} septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant au remboursement aux organismes gestionnaires de la C2S (**3° du I**).

Elle devra par ailleurs transmettre trimestriellement à l'ACOSS les données nécessaires au contrôle des montants de ces remboursements (**4° du I**).

La fraction de TSA dédiée au financement de la C2S serait par conséquent affectée à la CNAM.

Les biens, disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatifs des droits et obligations du Fonds C2S directement afférents au financement de la protection en matière de santé ainsi que les engagements qui en découlent seraient transférés à la CNAM au 1^{er} janvier 2021 (**1° du III**).

B. La poursuite par l'ACOSS de la mission de fiabilisation des déclarations de TSA

L'ACOSS dispose, à travers le réseau des URSSAF¹, d'une compétence générale de contrôle de la TSA.

En abrogeant l'habilitation du fonds à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la TSA ou au calcul des demandes de remboursement au titre de la C2S², le **a) du 5° du I** fait ainsi de l'ACOSS le seul organisme chargé de cette mission.

En conséquence, les biens, disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatifs des droits et obligations du Fonds C2S directement afférents à la mise en œuvre du contrôle de l'assiette de la TSA ou des vérifications relatives au calcul des demandes de remboursements de C2S, ainsi que les engagements qui en découlent, seraient transférés à l'ACOSS au 1^{er} janvier 2021 (**2° du III**).

C. La reprise par la DSS de la liste des organismes gestionnaires et des missions de recueil et d'analyse statistique

Le **1° du I** confie au ministre chargé de la sécurité sociale le soin **d'établir, de diffuser et de gérer la liste des organismes complémentaires** participant à la C2S. En pratique, cette mission incomberait à la direction de la sécurité sociale (DSS).

¹ Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

² Art. L. 862-7 du code de la sécurité sociale.

Les biens, disponibilités, capitaux propres et obligations du Fonds C2S nécessaires à l'établissement de cette liste seraient en conséquence transférés à l'État au 1^{er} janvier 2021 (**3° du III**).

Le ministre serait également le destinataire des informations relatives aux bénéficiaires, aux participations versées par ces derniers et à l'état des dépenses et des recettes au titre de la C2S devant être communiquées par les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) en application de l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale. Il recueillerait, de même, les informations relatives aux personnes prises en charges actuellement communiquées au Fonds C2S par les organismes de sécurité sociale (**b du 5° du I**).

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) serait seule chargée de transmettre chaque année, avant le 1^{er} juin, au Gouvernement et au Parlement les données nécessaires à l'établissement des comptes des organismes gestionnaires (**c du 5° du I**).

C'est enfin le ministre chargé de la sécurité sociale qui établirait le **rapport public annuel** sur la C2S, qui serait **remis avant le 31 décembre au Parlement** et non avant le 15 novembre (**d et e du 5° du I**).

Répartition des missions actuelles du Fonds C2S à la suite de la réforme

Activité du Fonds C2S	Organisme chargé de reprendre l'activité
Financement de la C2S	Caisse nationale de l'assurance maladie
Transmission au Gouvernement de l'état des remboursements aux OCAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
Fiabilisation des déclarations de TSA et des déductions des remboursements de C2S	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
Gestion de la liste des organismes participant à la C2S	Ministre chargé de la sécurité sociale
Recueil des informations relatives aux bénéficiaires, aux participations versées par ces derniers et à l'état des dépenses et des recettes au titre de la C2S communiquées par les OCAM	Ministre chargé de la sécurité sociale
Recueil des informations relatives aux personnes prises en charge communiquées par les organismes de sécurité sociale	Ministre chargé de la sécurité sociale
Transmission au Gouvernement et au Parlement, avant le 1 ^{er} juin, des données nécessaires à l'établissement des comptes des organismes gestionnaires	Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
Établissement et remise au Parlement du rapport public annuel sur la C2S	Ministre chargé de la sécurité sociale

Selon l'évaluation préalable, un **comité de pilotage, présidé par le directeur de la sécurité sociale**, sera constitué à la place du comité de surveillance du Fonds C2S afin de regrouper l'ensemble des parties prenantes intéressées aux politiques d'accès aux soins des populations précaires (associations, caisses de sécurité sociale, administration).

D. La suppression d'une possibilité pour les OCAM de s'organiser au sein d'associations

Le **6° du I** réécrit l'article L. 862-8 du code de la sécurité sociale pour y mentionner la possibilité pour les organismes gestionnaires, actuellement prévue à l'article L. 862-1, de créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond de la C2S sans participation financière.

Ce faisant, il supprime la possibilité pour les organismes complémentaires de créer des associations dont la mission est de mettre en œuvre pour leur compte l'ensemble des opérations (déclaration, paiement) liées à la TSA. Cette disposition, qui semble n'avoir jamais été utilisée par les complémentaires, est en effet devenue obsolète.

III - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

À l'Assemblée nationale, deux amendements rédactionnels ont été adoptés à l'initiative du rapporteur.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

IV - La position de la commission : un rôle d'information et d'espace de dialogue à assurer

Les organismes complémentaires - représentés par la Mutualité française, le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) et la Fédération française de l'assurance (FFA) - ont émis des réserves de forme et de fond sur cette mesure. Ils demandent notamment, en tant que financeurs de la C2S, à continuer d'être associés, selon des modalités à définir, au pilotage et au suivi du dispositif.

Pour l'ACOSS, interrogée par la rapporteure, cette réorganisation apporterait cependant plus de cohérence entre les opérations de fiabilisation de la TSA opérées par le fonds et les contrôles opérés par les Urssaf.

La rapporteure souligne néanmoins l'expertise reconnue du Fonds C2S en matière d'accès aux soins des bénéficiaires de la C2S et la nécessité de conserver cette compétence, d'autant plus importante que l'accès aux soins de cette population reste précaire. Il convient également de mentionner le rôle d'information et d'espace de dialogue du fonds.

Afin de transférer à une structure existante ces compétences du fonds, la commission a adopté, à l'initiative de la rapporteure, un **amendement prévoyant que le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) rend un avis sur le rapport annuel sur la C2S**, désormais établi par le ministre en charge de la sécurité sociale. Cet avis serait également transmis au Parlement avant le 31 décembre de l'année considérée (amendement n° 189).

Le Fonds C2S joue également un **rôle d'accueil du public** en répondant aux questions des potentiels bénéficiaires. Avec la suppression du fonds, les CPAM devront seules assumer cette mission, ce qui suppose une information renforcée de leurs agents.

Au-delà de cette mesure de simplification administrative, il est permis de **s'interroger sur la complexité et la circularité des relations financières entre les OCAM et la CNAM**. À cet égard, il paraît à la commission possible et souhaitable d'aller plus loin que la suppression formelle du fonds.

La commission a enfin adopté un amendement (n° 190) de la rapporteure corrigeant une erreur de référence.

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

Article 40 bis (nouveau)

**Mission de lutte contre le non-recours
aux droits des organismes de sécurité sociale**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose de confier aux organismes de sécurité sociale une mission générale de lutte contre le non-recours, et d'expérimenter à cette fin un dispositif d'échange et de traitement de données personnelles entre organismes afin d'identifier les droits des bénéficiaires potentiels de prestations.

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

I - Une volonté de donner corps à l'objectif de lutte contre le non-recours aux droits et aux prestations

A. L'inscription dans la loi de la mission de lutte contre le non-recours aux droits des organismes de sécurité sociale

Introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative de la députée Christine Cloarec-Le Nabour et de ses collègues du groupe La République en Marche, avec avis favorable du Gouvernement, l'article 40 bis vise à **confier aux organismes de sécurité sociale une mission de lutte contre le non-recours aux droits et aux prestations sociales.**

La notion de non-recours renvoie à toute personne qui ne reçoit pas, quelle qu'en soit la raison, une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre. Pour l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), « *entre non-connaissance, non-orientation, non-proposition, non-réception et non-demande, les situations de non-recours interrogent l'effectivité et la pertinence de l'offre publique, et représentent un enjeu fondamental pour son évaluation.* »

Le II crée à cette fin un nouveau chapitre au sein du titre 6 du livre 2 du code de la sécurité sociale, intitulé : « Lutte contre le non recours aux droits et aux prestations ».

Ce chapitre serait constitué d'un nouvel article L. 261-1 qui dispose que les organismes de sécurité sociale « *mènent toutes actions de nature à détecter les situations dans lesquelles des personnes sont susceptibles de bénéficier de droits ou de prestations et à accompagner ces personnes dans l'accès à leurs droits et au service des prestations auxquelles elles peuvent prétendre. Ils mènent ces actions, en tant que de besoin, en lien avec les autres administrations ou organismes disposant d'informations pouvant contribuer à identifier les situations de non recours.* »

Le I transpose cette mission aux organismes de la mutualité sociale agricole par renvoi à ces dispositions au sein du code rural et de la pêche maritime.

B. L'expérimentation d'un dispositif d'échange et de traitement de données afin de détecter les situations de non-recours

Le III de l'article 40 *bis* autorise, pendant une **durée de trois ans**, les organismes de sécurité sociale à **traiter et échanger entre eux des données à caractère personnel ou collecter auprès d'autres administrations et de collectivités territoriales ces informations** utiles à l'identification des droits de bénéficiaires potentiels, y compris pour des personnes qui ne sont pas connues des organismes de sécurité sociale, afin de détecter les situations dans lesquelles des personnes seraient éligibles à percevoir des prestations sociales dont le bénéfice ne leur a pas encore été ouvert faute de démarche accomplie en ce sens.

Ces échanges et traitements effectués auraient vocation à permettre aux organismes de contacter les personnes susceptibles de bénéficier de prestations afin qu'ils en formulent la demande.

Il est précisé que, dès lors qu'il est confirmé que des personnes ne remplissent pas les conditions d'éligibilité, leurs données traitées dans le cadre de ce dispositif doivent être immédiatement supprimées.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), doit préciser les droits et prestations pour lesquels les échanges et les traitements faisant l'objet du dispositif peuvent être mis en œuvre, les catégories de données pouvant être utilisées, les garanties apportées aux personnes dans le traitement de leurs données et pour l'exercice de leurs droits.

II - La position de la commission : une expérimentation à encadrer davantage et à recentrer sur une prestation déterminée

La lutte contre le non-recours s'est aujourd'hui hissée au rang de priorité politique. Elle constitue notamment l'une des motivations du projet de création, dans le cadre de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, d'un revenu universel d'activité (RUA).

En matière de prestations de sécurité sociale, sont notamment concernés par ce phénomène, difficile à mesurer, les prestations familiales, les droits à la retraite¹ ou les aides sociales à l'accès aux soins à destination des plus modestes. **En 2018, le taux de recours à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)² est ainsi estimé entre 56 % et 68 %³.**

Dans ce contexte, confier explicitement aux organismes de sécurité sociale une mission générale de lutte contre le non-recours ouvre la voie à de nouveaux outils pour connaître et traiter ce phénomène. **Il est cependant permis de s'interroger sur la portée normative réelle de l'inscription de cet objectif dans la loi.** En effet, les caisses de sécurité sociale mènent déjà en pratique des actions de lutte contre le non-recours sans qu'une habilitation législative soit nécessaire.

L'idée d'utiliser les traitements de données des caisses pour repérer le non-recours aux prestations et « aller vers » leurs bénéficiaires potentiels n'est pas nouvelle. Depuis 2017, la CNAF travaille ainsi sur une méthode de repérage du non-recours au sein de ses allocataires en utilisant des méthodes de *data mining*⁴. La nouveauté consiste ici à permettre des échanges d'informations entre administrations ou organismes de sécurité sociale à cette fin.

Sur la forme, la rapporteure relève que **le cadre de l'expérimentation proposée au III doit être précisé.** En particulier, **aucune évaluation des résultats du dispositif n'est prévue** avant le terme de l'expérimentation.

De plus, afin de faciliter cette évaluation, d'une part, et de fonder la place de cet article dans une LFSS, d'autre part⁵, il serait préférable de **recentrer ce dispositif sur une prestation déterminée, qui pourrait être la Complémentaire santé solidaire.**

¹ Selon la DREES, un tiers des assurés n'ont pas fait valoir tous leurs droits à la retraite à 70 ans (Le non-recours aux prestations sociales, dossier n° 57, juin 2020).

² Il s'agit de l'ancien dispositif correspondant à la Complémentaire santé solidaire sans participation de l'assuré.

³ Source : DREES.

⁴ Exploration de données.

⁵ En effet, d'autres prestations versées par les organismes de sécurité sociale et pouvant faire l'objet d'une telle expérimentation sont étrangères au champ de la sécurité sociale, tels le revenu de solidarité active (RSA), la prime d'activité et les aides au logement.

La commission a ainsi adopté, sur la proposition de la rapporteure, un **amendement** précisant en ce sens le cadre de l'expérimentation et supprimant l'inscription dans le code de la sécurité sociale de la mission de lutte contre le non-recours des caisses (amendement n° 191).

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

Article 41

Modernisation du financement des syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux

Cet article crée un système de financement des syndicats représentatifs des professionnels de santé par le fonds des actions conventionnelles de la Cnam alimenté par une partie de la contribution aux URPS et une dotation de la branche maladie.

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

I – Le dispositif proposé : créer un financement des syndicats représentatifs des professionnels de santé par le fonds des actions conventionnelles

A. Un financement actuellement éclaté et insuffisant

Le financement de la vie syndicale des professionnels de santé présente aujourd'hui une organisation relativement éclatée.

- **Au niveau national**, les syndicats des professionnels de santé sont majoritairement financés par le **produit des cotisations de leurs adhérents**.

Ils bénéficient également d'un **financement de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) au titre de leur participation à la vie conventionnelle**. Sont concernés par ce financement les syndicats déclarés représentatifs par arrêté ministériel¹. Pour arrêter la liste des organisations représentatives, une enquête de représentativité doit être conduite afin de prendre en compte l'indépendance, une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts, les effectifs d'adhérents et l'audience des organisations, cette dernière étant établie en fonction des derniers résultats aux élections des unions régionales des professionnels de santé (URPS)². Au titre de la vie conventionnelle, les syndicats représentatifs sont en effet amenés à conduire des **négociations préalables à la signature des conventions** régissant les rapports entre les caisses d'assurance maladie et les professions de santé³.

¹ Art. L. 162-33 du code de la sécurité sociale.

² Articles R. 162-54 et R. 162-54-1 du code de la sécurité sociale.

³ De plus amples informations sur ces conventions figurent au commentaire de l'article 33.

Ils jouent aussi un rôle dans **l'application des stipulations conventionnelles** en participant à des commissions paritaires aux côtés des représentants de l'assurance maladie. Cette participation est donc financée par la Cnam selon des modalités et des montants précisés dans les conventions professionnelles.

En outre, le **fonds des actions conventionnelles**¹ (FAC) de la Cnam permet de financer des aides et des mesures d'accompagnement pour les professionnels de santé conventionnés, décidées dans le cadre conventionnel. Ce fonds finance aussi des actions de formation professionnelle continue. Les ressources de ce fonds sont celles qui lui sont affectées par les syndicats et principalement constituées des cotisations.

- **Au niveau régional**, les organisations syndicales sont financées en fonction de leur participation aux unions régionales des professions de santé (URPS). Les organisations élues ou désignées pour siéger au sein des URPS bénéficient du produit de la **contribution aux URPS** (CURPS).

Cette contribution, régie par l'article L. 4031-4 du code de la santé publique, est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale du professionnel. Son taux, qui est plafonné à 0,5 % par la loi, est fixé par décret pour chaque profession.

Taux de la CURPS par profession

Profession	Taux
Médecin	0,5 %
Chirurgien-dentiste, pharmacien, biologiste	0,3 %
Infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, sage-femme, orthophoniste, orthoptiste	0,1 %

Source : article D. 4031-45-1 du code de la sécurité sociale

- Les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé sont de plus en plus sollicitées pour la participation à la vie conventionnelle et, plus largement, pour mener des concertations avec les pouvoirs publics sur l'organisation des professions et du système de santé. Or, selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, **plusieurs syndicats représentatifs ont fait part de leurs difficultés à répondre à ces sollicitations** et souhaitent que les financements alloués à la vie syndicale soient renforcés et clarifiés. Ce constat a également été formulé par les syndicats de médecins entendus par la rapporteure.

¹ Art. L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale.

Par conséquent, le présent article prévoit de clarifier ces financements, en les regroupant dans le fonds des actions conventionnelles, et de renforcer le soutien à la vie syndicale, en affectant une part de la CURPS à ces actions.

B. Un renforcement et une clarification du financement des syndicats nationaux

- Le **I** modifie l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale relatif au fonds des actions conventionnelles.

Le **1°** renomme le fonds des actions conventionnelles en « fonds de soutien aux actions conventionnelles et à la représentation des professionnels de santé libéraux »

Le **3°** prévoit que **le fonds sera organisé en deux sections**. La première section financera les actions conventionnelles. Les dispositions relatives au financement de ces actions sont inchangées par le présent article.

Le **6°** insère un III au sein de cet article L. 221-1-2 afin de créer une seconde section au fonds. Il prévoit que cette section contribuera à financer la participation des syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux à la vie conventionnelle ainsi qu'aux concertations et consultations organisées par les pouvoirs publics.

Il est précisé que **ce fonds sera alimenté, d'une part, par une fraction de la contribution aux URPS et, d'autre part, par une dotation de la branche maladie** du régime général dont le montant sera fixé chaque année par arrêté ministériel au regard des frais de participation des organisations aux instances conventionnelles.

La modification proposée définit les critères de répartition des crédits du fonds : ils seront répartis entre les syndicats représentatifs pour chaque profession concernée selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État et tenant compte de leur audience ou de leurs effectifs.

Les **2°, 4°, 5° et 7°** du **I** procèdent à des ajustements rédactionnels.

- Le **II** modifie l'article L. 4031-4 de la santé publique relatif à la **contribution aux URPS**. Il prévoit que la contribution assise sur le revenu tiré de l'activité libérale de la profession est destinée à soutenir la participation des syndicats représentatifs des professionnels libéraux à la vie conventionnelle. Il est précisé que cette contribution sera affectée au financement des URPS et, pour une part fixée par décret, au financement de la seconde section du fonds de soutien aux actions conventionnelles.

- Le **III** prévoit que les modifications apportée à la contribution aux URPS entreront en vigueur au titre des contributions dues à compter du 1^{er} janvier 2021.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre trois amendements rédactionnels de son rapporteur général, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement **qui crée une troisième section au sein du fonds des actions conventionnelles à financer les conseils nationaux professionnels**, qui sont principalement chargés de proposer aux professionnels de santé des parcours de formation continue¹. L'amendement précise que cette section sera alimentée par une dotation de la branche maladie du régime général dont le montant sera fixé chaque année par arrêté ministériel.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission : adoption conforme

La rapporteure est favorable au dispositif proposé qui améliore la lisibilité des financements alloués aux organisations représentatives des professionnels de santé. Il renforce en outre le soutien financier à ces organisations, par l'affectation de ressources issues des revenus des professionnels mais aussi par une contribution de l'assurance maladie au titre de leur participation aux instances conventionnelles, ce qui apparaît tout à fait justifié. En effet, ces organisations, par leur participation à la vie conventionnelle, sont des partenaires des caisses d'assurance maladie dans le déploiement des politiques publiques de santé. Les syndicats de médecins libéraux entendus par la rapporteure sont d'ailleurs favorables au dispositif proposé qui permettra de soutenir leurs actions.

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

¹ Art. L. 4021-3 du code de la santé publique.

Article 42

Isolement et contention

Cet article tire les conséquences d'une décision du Conseil constitutionnel censurant le régime actuel de l'isolement et de la contention en établissement de soins psychiatriques et propose un nouveau cadre juridique pour ces pratiques.

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

I - La pratique de l'isolement et de la contention, dont le recours en établissement de soins psychiatriques est encadré par la loi, a été censurée par le Conseil constitutionnel

A. Des dispositifs privatifs de liberté

1. L'isolement et la contention : des pratiques thérapeutiques de dernier recours strictement définies

Les deux modalités principales de **privation de liberté dans le cadre thérapeutique** sont l'**isolement** et la **contention**. Elles ont été consacrées au niveau législatif par la loi du 26 janvier 2016¹, créant un article L. 3222-5-1 au code de santé publique (CSP). L'introduction de cet article était alors particulièrement nécessaire en l'absence d'encadrement juridique précis de ces pratiques.

Article L. 3222-5-1 du CSP

L'**isolement** et la **contention** sont des **pratiques de dernier recours**. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, **prise pour une durée limitée**. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Un **registre** est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé **pour assurer des soins psychiatriques sans consentement**. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers [de l'établissement de santé] et au conseil de surveillance.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 72.

En conséquence de cette consécration législative, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié en février 2017 une série de **recommandations de bonne pratique** détaillant les mesures de contention et d'isolement :

- **pour la contention** : elle peut prendre deux formes principales, la contention *physique*, qui consiste dans « *le maintien ou l'immobilisation du patient en ayant recours à la force physique* », et la contention *mécanique*, qui consiste dans l'utilisation de tous moyens « *empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire* ». Il est indiqué que la contention ne doit intervenir qu'exceptionnellement et en dernier recours, et uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement. Il ne peut y avoir recours à des moyens de « *contention mécanique ambulatoire* » (la « *camisole* ») qu'en cas de « *troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution avec des conduites auto-agressives ou de mutilations répétées* » ;

- **pour l'isolement** : il s'agit du « *placement à visée de protection dans un espace dont le patient ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients* ». Cette mesure, qui ne doit jamais aller à l'encontre de la dignité de l'intéressé, ne peut être mise en œuvre que dans des cas très circonscrits et pour des durées très restreintes.

2. Des pratiques strictement limitées à l'hospitalisation sans consentement

L'inscription de l'article L. 3222-5-1 au chapitre du CSP relatif aux soins sans consentement ainsi que les recommandations de bonne pratique de la HAS prescrivent explicitement que **la contention et l'isolement ne peuvent être pratiqués que dans des cas d'hospitalisation sans consentement, et jamais dans des cas d'hospitalisation libre.**

En effet, en raison de la nature particulière des soins psychiatriques et des origines et motivations spécifiques qui peuvent entourer la demande de soins¹, la prise en charge pour troubles mentaux doit, dans le cas général, obéir au principe du **consentement préalable obligatoire du patient**, exprimé le cas échéant par son représentant légal, énoncé à l'**article L. 3211-1 du CSP**. Il s'agit alors de ce que l'on désigne par des « *soins psychiatriques libres* ».

A contrario, on distingue **trois hypothèses** en matière de soins psychiatriques sans consentement : l'admission en soins psychiatriques **à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent**², l'admission en soins psychiatriques **sur décision du représentant de l'État**³ et l'admission en soins psychiatriques **ordonnée par une juridiction en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale**⁴. Dans ces trois cas, l'admission est demandée par un tiers.

¹ Les modalités de soins psychiatriques font l'objet du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique.

² Qui fait l'objet du chapitre II du titre susvisé.

³ Qui fait l'objet du chapitre III du titre susvisé.

⁴ Article 706-135 du code de procédure pénale.

Trois garanties principales sont prévues en matière de soins sans consentement :

- **l'information du patient** : l'article L. 3211-3 du CSP dispose que toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application d'une admission contrainte est, dans la mesure où son état le permet, **informée** de toute décision de maintien de soins et doit être **mise à même de faire valoir ses observations** par tout moyen et de manière appropriée à cet état ;

- **l'intervention du corps médical** : dans le cas d'une admission contrainte, le législateur prévoit un encadrement très étroit du prolongement de l'hospitalisation par le recours au certificat médical. L'article L. 3211-2-2 du CSP prévoit deux certificats médicaux obligatoires dans les 72 heures de l'admission ; l'article L. 3211-11 prévoit que le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut proposer à tout moment de modifier la forme de cette prise en charge par un certificat médical circonstancié ;

- **la saisine du juge des libertés et de la détention (JLD)** : cette dernière garantie se justifie par la nature même de l'admission. La saisine du JLD par l'autorité décisionnaire de l'admission est obligatoire dans un **délai de douze jours**¹ (ou de six mois dans le cas d'une admission décidée par le juge dans le cas d'une irresponsabilité pénale). Le JLD dispose de **l'avis motivé du psychiatre de l'établissement d'accueil**.

Il doit être noté que **ces garanties ne sont explicitement prévues que pour l'étape d'admission d'un patient à des soins sans consentement** ; aucune disposition législative ne prévoit leur renouvellement en cas de recours à l'isolement ou à la contention.

B. Une censure du Conseil constitutionnel sur le fondement de l'absence de contrôle juridictionnel des mesures d'isolement et de contention

Saisi par la Cour de cassation sur le fondement d'une question prioritaire de constitutionnalité (QPC), le Conseil constitutionnel a apprécié le motif d'un requérant selon lequel l'article L. 3222-5-1 du CSP « méconnaîtrait la liberté individuelle protégée par l'article 66 de la Constitution en ce qu'elle ne prévoit pas de contrôle juridictionnel systématique des mesures d'isolement et de contention mises en œuvre dans les établissements de soins psychiatriques, non plus qu'aucune voie de recours en faveur de la personne qui en fait l'objet ».

Dans sa décision rendue le 19 juin 2020², le Conseil constitutionnel rappelle que l'article 66 de la Constitution, qui consacre le **contrôle** de l'autorité judiciaire en cas de mesure privative de liberté, n'impose pas pour autant que cette dernière soit préalablement et systématiquement saisie de ces mesures.

¹ Ce délai a donné son titre à un documentaire réalisé en 2017 par Raymond Depardon.

² Décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020.

Toutefois, le Conseil a estimé que la garantie décrite à l'article L. 3222-5-1 du CSP d'« *une durée limitée* » pour les mesures d'isolement et de contention **ne suffisait pas à rendre effectif le contrôle de l'autorité judiciaire qui doit par définition s'exercer sur ces mesures**. Pour garantir leur constitutionnalité, le juge doit au moins pouvoir, aux termes du Conseil, se prononcer sur leur maintien lorsque celui-ci excède une certaine durée.

En conséquence, **le Conseil constitutionnel a déclaré l'article L. 3222-5-1 du CSP contraire à la Constitution et statué sur la date de son abrogation, reportée au 31 décembre 2020.**

II - L'article 42 du présent projet de loi ouvre la saisine du juge des libertés et de la détention aux cas d'isolement et de contention, sans en faire une saisine générale

A. Une redéfinition de l'office du juge des libertés et de la détention dans le contentieux de l'hospitalisation sans consentement

En conformité avec la décision du Conseil constitutionnel, l'article 42 du présent projet de loi redéfinit l'office du JLD de sorte à rendre son recours effectif en cas de mesure d'isolement ou de contention.

Pour cela, le **a) du 2°** complète les cas de saisine du juge en matière d'hospitalisation sans consentement, en y intégrant la « *mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention* ». Le **c)** porte la même modification au cas d'autosaisine. Le **d)** opère la coordination avec le pouvoir reconnu au juge d'ordonner la mainlevée.

Le **b) du 2°** évoque le cas où la saisine est formée par un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, en précisant que ces derniers doivent être « *identifiés* ».

Le **3°** considère la saisine obligatoire du JLD par le directeur de l'établissement en cas d'hospitalisation sans consentement et précise que, si le juge n'ordonne pas la mainlevée de la mesure d'hospitalisation, il statue néanmoins, le cas échéant, sur le maintien d'une mesure d'isolement ou de contention.

Le **4°** détaille la **procédure applicable** en cas de saisine du JLD pour une mesure d'isolement ou de contention. Contrairement au contentieux de l'hospitalisation sans consentement, le juge devra statuer sans audience et selon une procédure écrite, sauf s'il estime nécessaire de tenir une audience. L'audience reste par ailleurs de droit si elle est demandée par le patient ou, le cas échéant, le demandeur. Toutefois, si des motifs médicaux font obstacle à l'audition du patient, ce dernier est représenté par ministère d'avocat. Il n'est pas fait d'obstacle, si un avis médical y habilite le patient et si lui-même ou le demandeur en donne l'accord, à l'audition du patient par un moyen de télécommunication audiovisuelle ou par communication téléphonique.

Le 5° applique cette même procédure au cas d'un **appel** formé à l'encontre d'une ordonnance d'un JLD statuant sur le maintien d'une mesure d'isolement ou de contention.

B. Une nouvelle version de l'article L. 3222-5-1 du CSP

Le 1° de l'article 42 du présent projet de loi propose une nouvelle version de l'article L. 3222-5-1 du CSP, qui reprend l'épure de l'ancienne en y apportant les précisions requises par la décision du Conseil constitutionnel. Ces dernières sont de plusieurs types.

1. Un recours mieux encadré

En premier lieu, les **conditions de recours** à la mesure d'isolement ou à la mesure de contention sont davantage encadrées.

Il est ainsi expressément mentionné que **seul le cadre de l'hospitalisation complète sans consentement** peut s'y prêter. La décision du psychiatre conduisant à ces mesures devra désormais être **motivée** et ne pourra être appliquée qu'après prise en compte des **adaptations** et du caractère **nécessaire** et **proportionnel** de la mesure à chaque patient. En outre, la mesure devra également **figurer dans le dossier médical**.

Ensuite, l'article précise les **limites de temps** dans lesquelles ces mesures peuvent s'appliquer, étant souligné que la contention ne peut intervenir que dans le cadre d'une mesure d'isolement. Ces limites de temps distinguent les **cas normaux** des **cas exceptionnels**.

Isolement	Contention
Durée de 12 heures , avec renouvellement possible par périodes maximales de 12 heures, dans la limite d'une durée totale de 48 heures	Durée de 6 heures , avec renouvellement possible par périodes maximales de 6 heures, dans la limite d'une durée totale de 24 heures
À titre exceptionnel, la mesure peut être renouvelée au-delà des durées limitatives prévues, toujours dans le respect des périodes maximales	

Il est toutefois indiqué que ces limites de temps ne s'exercent que dans le cadre d'une mesure (d'isolement ou de contention) prise isolément. En effet, une mesure peut succéder à une autre, et se voir appliquer les mêmes limites de renouvellement, **tant qu'un délai minimal de 48 heures les sépare**.

2. Les nouveaux cas d'intervention du juge

Le nouvel article L. 3222-5-1 du CSP prévoit par ailleurs de nouvelles conditions d'intervention du juge des libertés et de la détention, dont le contrôle pourra prendre deux formes :

- il ressort de l'économie du texte que **l'information du JLD par le médecin n'est obligatoire et systématique que dans le cas d'un renouvellement exceptionnel d'une mesure d'isolement ou de contention, ou bien dans le cas d'une quatrième mesure d'isolement ou de contention décidée sur une période de quinze jours**. Est alors ouverte la possibilité pour la personne concernée de saisir le juge, ou pour ce dernier de s'autosaisir, auquel cas son ordonnance doit être rendue dans les 24 heures ;
- par ailleurs, est reconnu au JLD une faculté de contrôle sur toute mesure de contention ou d'isolement, **qu'il ne peut néanmoins exercer qu'au moment où il statue sur la mesure d'hospitalisation**.

Votre rapporteure déduit du dispositif que la nouvelle saisine du JLD instaurée par le présent article 42 restera donc **limitée à quelques cas déterminés, loin de couvrir l'ensemble des occurrences**.

C. Des clarifications apportées par l'Assemblée nationale

Outre un amendement rédactionnel, l'Assemblée nationale a adopté trois amendements de précision au dispositif de l'article 42 :

- une précision sur la durée « *maximale* » de 12 heures et de 6 heures des mesures d'isolement et de contention ;
- une précision sur les modalités d'information des personnes ayant intérêt à saisir le juge en cas de prolongement exceptionnel des mesures d'isolement et de contention ;
- une précision sur les modalités d'audition du patient par communication audiovisuelle ou téléphonique, qui ne nécessiteront que son accord.

III - La position de la commission : une intention utile mais un cavalier législatif

Pour reprendre les propres termes du rapporteur général de l'Assemblée nationale, on ne peut que « *s'interroger sur la place de cette mesure en loi de financement de la sécurité sociale* », qui ne rentre manifestement pas dans le périmètre limitatif des LFSS défini à l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Bien que consciente de l'urgence à substituer une disposition nouvelle à la disposition censurée par le Conseil constitutionnel, et sensible au risque juridique auquel seraient exposés les établissements de soins psychiatriques, votre commission n'en reste pas moins attachée 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.

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

CHAPITRE V

DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 43 A (nouveau)

Transmissibilité des informations relatives au renouvellement des titres de séjour entre organismes de sécurité sociale

Cet article, inséré à l'Assemblée nationale, tend à assurer la transmissibilité entre organismes de sécurité sociale des informations collectées par eux sur le renouvellement des titres de séjour de leurs assurés étrangers.

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

I - L'affirmation du principe de transmissibilité au niveau de la loi

Aux termes de l'article L. 114-10-2 du code de la sécurité sociale, les organismes de sécurité sociale sont tenus de **vérifier** lors de l'affiliation et **périodiquement** que **les assurés étrangers satisfont aux conditions de régularité de leur situation en France**. Il est également précisé que les organismes peuvent avoir accès aux fichiers des services de l'État pour obtenir les informations administratives nécessaires à cette vérification.

En complément de ces dispositions, le présent article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative de Carole Grandjean, insérerait un nouvel alinéa au sein du même article L. 114-10-2 afin de préciser que **les informations collectées au titre de la vérification de la régularité du séjour des assurés par les organismes de sécurité sociale auprès des fichiers des services de l'État sont transmissibles entre eux**.

II - L'approbation de ce dispositif par la commission

La commission approuve les dispositions du présent article, la bonne circulation des informations constituant, en effet, l'un des moyens de lutter plus efficacement contre les fraudes aux prestations sociales.

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

Article 43 B (nouveau)

Inclusion dans les indus des prestations versées à des personnes qui ne peuvent s'immatriculer définitivement à la sécurité sociale

Cet article, inséré à l'Assemblée nationale, précise les conséquences d'une absence d'immatriculation définitive à la sécurité sociale par un assuré étranger, notamment en considérant automatiquement comme indus toutes les prestations versées à l'intéressé.

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

I - La transformation d'un numéro d'immatriculation d'attente (NIA) en numéro définitif (NIR) et les conséquences d'une impossibilité de procéder à l'immatriculation définitive

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative de Carole Grandjean, propose de compléter le chapitre du code de la sécurité sociale consacré à la lutte contre la fraude par un article L. 114-12-3-1 consacré à l'immatriculation des personnes étrangères.

Ce nouvel article prévoirait expressément qu'une personne étrangère souhaitant s'inscrire à la sécurité sociale se voit attribuer un numéro d'attente (NIA) et renvoie, à ce titre, aux dispositions en vigueur en application du dernier alinéa de l'article L. 114-12-1.

Il détaille également les **conséquences de l'impossibilité par une personne disposant d'un NIA de s'immatriculer définitivement à la sécurité sociale** faute de pouvoir fournir les éléments d'état civil permettant de certifier son identité ou lorsque l'examen de ces pièces révèle une fraude à l'identité. Dans ce cas, les organismes concernés doivent :

- d'une part, **geler le versement de toute prestation**, ce qui correspond à la pratique actuelle ;

- d'autre part, **classer parmi les indus toute somme qui aurait été versée pendant la période où l'intéressé disposait d'un NIA.**

Toutefois un décret en Conseil d'État fixerait les modalités d'application de ce dispositif, notamment les **cas dans lesquels il pourrait être dérogé au gel des prestations et au classement des prestations versées en indus.**

II - L'approbation de ce dispositif par la commission

Le rapporteur général a déjà eu l'occasion d'examiner le processus d'immatriculation des assurés étrangers dans le cadre de ses récents travaux sur la fraude à l'immatriculation¹. Il avait alors à la fois souligné le progrès que représente le NIA en termes de maîtrise des risques et regretté la lenteur de sa mise en place dans certains organismes de sécurité sociale.

Dans ce cadre, il **approuve l'équilibre dégagé par le présent article**, qui précise utilement les conséquences d'une impossibilité d'obtenir un NIR, notamment dans le cas d'une fraude à l'identité. La sage atténuation de ces dispositions pour les cas de force majeure, notamment lorsque la personne est dans l'impossibilité objective de compléter son dossier avec les pièces requises (archives détruites, pays en guerre, etc.) rend ce dispositif équilibré.

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

Article 43 C (nouveau)

Augmentation de la limite applicable aux pénalités financières en cas de fraude aux prestations familiales ou vieillesse

Cet article, inséré à l'Assemblée nationale, élève le plafond des sanctions financières que peut prononcer un directeur d'organisme de sécurité sociale en cas de fraude aux prestations familiales ou prestations vieillesse.

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

Par un amendement déposé par M. Cyrille Isaac-Sibille et adopté en séance publique, l'Assemblée nationale a souhaité **durcir l'arsenal des sanctions financières en cas de fraude aux prestations familiales ou aux prestations d'assurance vieillesse.**

Ainsi, le 1^o du nouvel article 43 C élève à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) - au lieu de deux fois dans le droit actuel - la limite du montant de la pénalité prononcée par le directeur de l'organisme concerné.

¹ Rapport d'information Sénat n° 545 (2018-2019).

Par ailleurs, le 2° établit qu'en cas de fraude intentionnelle, cette limite portée à huit fois le PMSS, et à seize fois le PMSS en cas de fraude commise en bande organisée.

Votre commission fait sienne l'ambition exprimée par cet article additionnel de concourir plus efficacement à la lutte contre la fraude aux prestations sociales. Comme elle a eu l'occasion de le rappeler au cours de l'audition du premier président de la Cour des comptes lors de la présentation d'un rapport dédié au sujet¹, **elle n'est pourtant pas convaincue que le durcissement des sanctions (financières, administratives ou pénales) constitue le bon outil pour y parvenir.**

Concernant cet article en particulier, son opportunité paraît d'autant plus discutable qu'il ne vise que deux types de prestations (et donc deux types de fraudes correspondantes) : les fraudes aux prestations familiales (au sein desquelles figurent le RSA, la prime d'activité et les aides au logement) et les fraudes à l'assurance vieillesse (essentiellement le minimum vieillesse). Votre rapporteur général y voit trois inconvénients majeurs :

- il s'agit des deux secteurs où la dynamique récente de lutte contre la fraude engagée sous l'égide des caisses nationales (CNAF et CNAV) affiche les résultats les plus probants, démontrant ainsi l'inutilité d'une mesure de durcissement des sanctions ;

- en conséquence, le dispositif néglige le pan le plus important et le plus stratégique de la lutte contre la fraude aux prestations sociales, à savoir la fraude à l'assurance maladie ;

- enfin, en ne retenant que des prestations faisant l'objet de versements en espèces sous formes d'allocations ou de pensions, l'article perpétue l'image tronquée et inexacte d'une fraude aux prestations sociales essentiellement commise par les ayants-droits, alors qu'il est établi que les établissements de santé et les professionnels de santé y jouent largement leur part.

Pour autant, face à l'innocuité du dispositif, qui se limite à élever le plafond des sanctions financières laissées à la discrétion du directeur de caisse, **vosre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

¹ « La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable », communication à la commission des affaires sociales du Sénat, septembre 2020.

Article additionnel après l'article 43 C

Prescription sur cinq ans des fraudes aux prestations de la sécurité sociale

Cet article a pour objet de préciser dans le code de la sécurité sociale que les fraudes aux prestations de sécurité sociale se prescrivent sur cinq ans.

I - Une récupération d'indus par les organismes de sécurité sociale sur deux ans, qu'ils soient frauduleux ou non

Dans l'enquête qu'elle a remise à la commission des affaires sociales en septembre dernier sur la fraude aux prestations sociale, travaux qui ont donné lieu à un rapport du rapporteur général¹, la Cour des comptes souligne notamment la nécessité de renforcer financièrement la sanction des fraudes.

La Cour met notamment en lumière que les indus frauduleux ne sont qu'en partie mis en recouvrement. Elle constate notamment que **les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les caisses d'allocations familiales (CAF), faute d'adaptation de leur système d'information, ne constatent des indus liés à des fraudes qu'avec une profondeur de deux ans**, comme pour les indus non frauduleux, juridiquement prescrits au bout de deux ans.

II - La proposition de votre commission : l'affirmation claire d'une prescription sur cinq ans des fraudes aux prestations

Le présent article propose de compléter le deuxième alinéa de l'article L. 553-1 du code de la sécurité sociale, aux termes duquel une prescription de deux ans est applicable « *à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausse déclaration* », en précisant que, dans ce dernier cas, **la prescription est de cinq ans.**

De ce fait, **l'ensemble des organismes de sécurité sociale seront tenus d'adapter leurs systèmes d'information pour récupérer les indus frauduleux sur ce délai** clairement affiché dans le code de la sécurité sociale.

La commission vous demande d'adopter un article additionnel ainsi rédigé (amendement n° 192).

¹ Rapport d'information Sénat n° 699 (2019-2020).

Article 43 D (nouveau)

Communication aux organismes de sécurité sociale de tout changement de situation familiale ou de résidence afin de lutter contre la fraude

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, étend la possibilité ouverte aux organismes de sécurité sociale de demander aux bénéficiaires de prestations sociales la production de toute pièce justificative sur leur changement de situation familiale ou de résidence.

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

Dans la continuité des articles précédents renforçant le volet du PLFSS consacré à la lutte contre la fraude aux prestations sociales, un amendement, déposé par Mme Carole Grandjean et plusieurs de ses collègues et adopté par l'Assemblée nationale, précise les modalités dans lesquelles le bénéficiaire d'une prestation doit communiquer à l'organisme de sécurité sociale, sur la demande de ce dernier, toutes les pièces justificatives de vérification de son identité.

L'amendement prévoit que la production de pièces justificatives ainsi que le contrôle exercé directement par les organismes de sécurité sociale pourront désormais concerner « *tout changement dans la situation familiale ou dans le lieu de résidence affectant le rattachement au régime dont [le bénéficiaire] dépend* ».

Cette disposition fait suite à l'un des constats portés par le rapport rendu par Mmes Carole Grandjean et Nathalie Goulet sur la lutte contre la fraude aux prestations sociales, selon lequel **plusieurs types de fraudes restent peu maîtrisées en raison d'un contrôle insuffisamment ciblé des organismes de sécurité sociale**. C'est le cas notamment de :

- la **fraude à la composition familiale**, qui « *consiste à faire une fausse déclaration concernant le nombre de personnes réellement à la charge du foyer dans le but de diminuer le poids des prélèvements et/ou d'augmenter les prestations reçues* » ;

- la **fraude à l'isolement**, qui consiste à « *dissimuler son statut de vie maritale ou de vie en couple dans le but de toucher des prestations particulières liées à une situation de personne isolée* » ;

- la **fraude à la résidence**, qui consiste à prétendre résider en France afin « *de bénéficier des prestations sous condition de résidence, notamment l'assurance maladie, le minimum vieillesse, des prestations familiales et des aides au logement* ».

À l'occasion de précédents débats relatifs à la lutte contre la fraude aux prestations sociales, votre commission avait émis quelques doutes sur l'opportunité de porter de telles précisions dans la loi, alors que l'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale (CSS) **laisse déjà aux organismes de sécurité sociale une assez grande marge de manœuvre** en prévoyant qu'ils « *peuvent se dispenser de solliciter la production de pièces justificatives par le demandeur ou le bénéficiaire d'une prestation lorsqu'ils peuvent obtenir directement les informations ou pièces justificatives nécessaires auprès des personnes morales de droit public ou des personnes morales de droit privé gérant un service public* ».

De toute évidence, l'efficacité de la lutte contre la fraude aux prestations sociales dépend moins d'un étayement des normes législatives encadrant la compétence des organismes de sécurité sociale que de leur capacité, propre à chacun d'eux sous l'égide de leur caisse nationale, à mettre en œuvre des mesures effectives.

Pour autant, **votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 43 E (nouveau)

Durée d'attribution de la carte Vitale

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit que la carte Vitale ne sera plus attribuée tout au long de la vie de son titulaire, mais seulement pendant la durée de ses droits.

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

I - L'article 43 E propose une mesure de lutte contre la « fraude à la carte Vitale », dont ses auteurs soutiennent qu'elle est alimentée par un phénomène mal contrôlé de cartes Vitale surnuméraires

L'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale (CSS) régit l'**attribution de la carte Vitale** à tout bénéficiaire de prestations d'assurance maladie et prévoit que cette dernière est « *valable partout en France et tout au long de la vie de son titulaire, sous réserve que la personne bénéficie de prestations au titre d'un régime d'assurance maladie et des mises à jours concernant un changement de régime ou des conditions de prise en charge* ».

Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale, sur proposition du rapporteur général de la commission des affaires sociales, vise à limiter la durée d'attribution de la carte, couvrant actuellement toute la vie du bénéficiaire, à la **stricte durée de ses droits à bénéficier des prestations correspondantes.**

La mesure, inspirée du rapport de Mme Carole Grandjean et de Mme Nathalie Goulet sur la lutte contre la fraude aux prestations sociales, entend endiguer le phénomène, très médiatisé, de « fraude à la carte Vitale ». Cette fraude particulière s'expliquerait par un autre phénomène, sur lequel de nombreux travaux se sont penchés sans jamais parvenir à l'élucider : **la circulation d'un nombre de cartes Vitale plus élevé que celui de leurs bénéficiaires.**

Les estimations sont en effet nombreuses et contradictoires. Un rapport conjoint de 2013 de l'inspection générale des finances (IGF) et de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) estimait que le nombre de bénéficiaires pris en charge par une caisse d'assurance maladie obligatoire, donc titulaires d'une carte Vitale, excédait de **plus de 7 millions** le nombre de personnes résidant en France¹. Le rapport de Mmes Grandjean et Goulet fait quant à lui état d'un **nombre de cartes Vitale surnuméraires compris en 2019 entre 2 millions et 5,3 millions**. La direction de la sécurité sociale estime pour sa part ce chiffre en juin 2020 à environ **150 000**.

Quel qu'en soit le niveau, cet écart pourrait, selon certains auteurs, en partie s'expliquer par la délivrance de la carte Vitale « tout au long de la vie » de son bénéficiaire, les organismes de sécurité sociale s'exposant ainsi au risque de maintenir actives des cartes Vitale dont le titulaire pourrait être décédé sans que ce décès, pour diverses raisons, n'ait été déclaré en France.

D'après le récent rapport de la Cour des comptes sur la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, les détournements d'une carte Vitale encore en activité par un bénéficiaire n'en étant pas titulaire peut avoir **quatre mobiles** :

- bénéficiaire d'actes, de prestations ou de biens de santé malgré l'absence d'immatriculation à la sécurité sociale ;
- bénéficiaire d'une prise en charge plus élevée (par l'exonération du ticket modérateur, des participations forfaitaires et des franchises) ;
- bénéficiaire plusieurs fois, sous de multiples identités, de mêmes médicaments ou dispositifs médicaux, afin de les revendre ;
- pour le médecin ou l'auxiliaire médical fraudeur, facturer des actes au titre de l'ensemble des membres de la famille (parent et enfants) figurant sur la carte Vitale, alors qu'ils n'ont concerné que l'un d'entre eux.

¹ IGF et IGAS, « Les coûts de l'assurance maladie », septembre 2013.

II - Votre commission, bien que favorable au dispositif, souhaite lui rendre sa juste mesure au regard de la fraude qu'il peut effectivement endiguer

Votre commission a déjà eu l'occasion¹ de rappeler que toute action ambitionnant de lutter contre la fraude aux prestations d'assurance maladie, **avec la sécurisation de l'attribution de la carte Vitale pour seul vecteur**, ne visait potentiellement qu'un seul type de fraude, strictement imputable aux bénéficiaires : **la fraude aux prestations d'assurance maladie en obtention des droits**, autrement dit par l'utilisation d'un titre (comme la carte Vitale) permettant la délivrance ou le remboursement de prestations d'assurance maladie sans en être bénéficiaire.

Or, d'après des données fournies par la CNAM, cette fraude ne représente qu'un montant très faiblement significatif de l'ensemble des fraudes aux prestations d'assurance maladie : **moins de 11 millions d'euros en 2018 et moins de 5 millions d'euros en 2019.**

Votre commission s'était toutefois montrée sensible à l'argument selon lequel, la fraude globale à l'assurance maladie étant largement sous-évaluée par rapport à son montant réel, il était plus que probable que la fraude particulière à la carte Vitale soit concernée par la même minoration et que **toute mesure visant à en sécuriser la stricte attribution individuelle était bienvenue.**

Dans l'attente du déploiement généralisé d'une carte Vitale dématérialisée avec identification biométrique, pour le moment seulement expérimentée par certains départements, il lui semblait judicieux que la délivrance de la carte Vitale physique fasse l'objet d'un encadrement mieux défini.

Elle avait en conséquence donné un avis favorable à un amendement de notre collègue Nathalie Goulet, dont la teneur était identique à celle du présent article 43 E. Le texte sur lequel cet amendement portait n'ayant jamais été transmis à l'Assemblée nationale, le même amendement a été déposé et adopté lors de l'examen au Sénat en première lecture du projet de loi relatif à l'accélération et à la simplification de l'action publique (ASAP), **le Gouvernement s'y étant montré défavorable** à ces deux reprises.

Aussi, c'est avec surprise que votre commission accueille l'adoption par l'Assemblée nationale de cet article additionnel, avec cette fois le soutien du Gouvernement.

En cohérence avec sa position initiale, **vosre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

¹ Lors de l'examen de la proposition de loi déposée par notre collègue Philippe Mouiller sur l'instauration d'une carte Vitale biométrique (n° 517, 2018-2019).

Article 43 F (nouveau)

**Condition de l'inscription à son ordre d'un professionnel de santé
afin de pouvoir bénéficier de remboursements de l'assurance maladie**

Cet article, introduit à l'Assemblée nationale, oblige les caisses primaires d'assurance maladie à vérifier que les professionnels de santé, pour être remboursés, sont inscrits au tableau de l'ordre dont ils dépendent.

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

I - Le dispositif proposé : conditionner le remboursement d'un professionnel de santé à son inscription à l'ordre

Cet article, introduit à l'Assemblée nationale par le vote de l'amendement n° 939 du rapporteur général met en application la recommandation n° 39 de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales publié en septembre dernier¹ : il fait **obligation aux caisses primaires d'assurance maladie de vérifier, avant remboursement, que le professionnel qui le sollicite est bien inscrit au tableau de l'ordre dont il dépend.**

II - L'avis de la commission : adoption sans modification

L'intérêt d'une telle disposition est en première analyse incertain, car l'exercice même des professions de santé visées exige l'inscription au tableau de l'ordre dont elles dépendent respectivement, qu'il s'agisse des médecins, comme en dispose l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, ou des infirmiers – aux termes de l'article L. 4311-15 du même code.

La commission d'enquête de l'Assemblée nationale s'est toutefois inquiétée de la faible part des professionnels de santé, et en particulier des infirmiers, inscrits au tableau de leur ordre professionnel. Lors de son audition, M. Patrick Chamboredon, président du conseil national de l'Ordre des infirmiers, a en effet déploré que seuls 10 % des 120 000 infirmiers libéraux le soient « *alors même que, conventionnellement, on est tenu d'être inscrit à l'Ordre pour pouvoir exercer. On ignore donc quel diplôme ces gens sont titulaires, et ils perçoivent de l'argent public sans répondre aux exigences de l'exercice de la profession d'infirmiers en France. La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dite OTSS, en permettant l'exercice mixte, salarié et libéral, amplifiera le problème, la moitié seulement des quelque 700 000 infirmiers hospitaliers étant inscrits au tableau de l'Ordre* ».

¹ Rapport de la commission d'enquête relatif à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, publié le 8 septembre 2020.

Au 21 octobre 2020, le site de l'ordre des infirmiers affiche en effet un chiffre de 372 928 infirmiers inscrits à l'ordre¹, pour une population professionnelle d'environ 700 000 personnes².

Le cas des infirmiers est plus sensible, car son ordre est plus récent. Créé en 2006³, il a modifié les conditions d'exercice de la profession en imposant l'enregistrement du professionnel au fichier Adeli de l'assurance maladie et l'inscription au tableau, prononcée par le conseil départemental de l'ordre. Mais la procédure n'a été précisée par décret qu'en 2018⁴, notamment pour permettre aux infirmiers en exercice de régulariser leur situation. Ce dernier texte précise que l'employeur doit déposer une liste des infirmiers qu'il emploie sur le portail sécurisé du conseil national de l'ordre et en informe ses employés. Le conseil départemental de l'ordre informe ensuite individuellement les professionnels concernés de leur obligation d'inscription, qui doit relever d'une démarche volontaire engagée dans les quatre mois. Passé ce délai, l'infirmier non inscrit exerce sa profession illégalement.

Priver de remboursement les professionnels de santé non inscrits au tableau de leur ordre peut sembler une incitation opportune à la régularisation de leur situation. La rédaction retenue, qui ne vise en effet que les « *professionnels de santé sollicitant un remboursement* » protège *a priori* les patients du risque que le refus de remboursement ne se reporte sur eux. La commission ne voit donc pas de raison suffisante de s'opposer à l'introduction d'une telle disposition dans le code de la sécurité sociale.

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

¹ <https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/annuaire.html>

² En 2018, d'après la Drees :

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3704>

³ Loi n° 2006-1668 portant création d'un ordre national des infirmiers.

⁴ Décret n° 2018-596 du 10 juillet 2018, codifié aux articles D. 4311-52-2 et suivants du code de la santé publique.

Article additionnel après l'article 43 F
Application de dispositifs anti-fraude

Cet article a pour objet de rendre effective l'application de deux dispositifs anti-fraude dont les décrets d'application n'ont jamais été publiés par les gouvernements successifs.

I - Des mesures votées par le Parlement mais jamais appliquées par les gouvernements successifs

Dans l'enquête qu'elle a remise à la commission des affaires sociales en septembre dernier sur la fraude aux prestations sociales, travaux qui ont donné lieu à un rapport du rapporteur général¹, la Cour des comptes regrette la non-application, faute de décret, de plusieurs dispositifs de lutte contre la fraude.

A. La possibilité d'estimer des indus frauduleux par échantillonnage

Un tel défaut d'application de la loi concerne les dispositions de l'article L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale permettant à l'assurance maladie d'extrapoler les indus d'un professionnel de santé à partir d'un échantillon représentatif.

Faute de décret, la Cour des comptes souligne que **lorsque l'assurance maladie contrôle des échantillons de factures, elle ne peut, sous réserve de certaines jurisprudences qui lui sont favorables, constater des indus qu'au titre de ces seules factures, alors même qu'elles ne représentent souvent qu'une part limitée des facturations irrégulières « en série »** (comme la surcotation systématique de certains actes).

La Cour considère à juste titre qu'afin que l'assurance maladie rentre dans ses fonds, **« il importe que les dispositions législatives qui prévoient depuis 2010 l'extrapolation des indus détectés sur des échantillons représentatifs de facturations au titre de certains types de frais (pharmacie, fourniture de dispositifs médicaux, transport, biologie) fassent enfin l'objet de mesures réglementaires d'application »**.

B. Le déconventionnement d'urgence de professionnels de santé en cas de fraude grave

Dans la même enquête, la Cour des comptes constate également que les conventions de l'assurance maladie avec les professions de santé ne prévoient rarement les procédures à même de faciliter des déconventionnements rendus indispensables par la persistance de pratiques irrégulières de facturation. Elle plaide fortement pour que les dispositions législatives² qui donnent aux CPAM, depuis 2007, la faculté de déconventionner d'urgence des professionnels de santé, doivent enfin, elles aussi, recevoir des mesures réglementaires d'application.

¹ Rapport d'information Sénat n° 699 (2019-2020).

² Il s'agit de l'article L. 162-15-1 du code de la sécurité sociale.

II - La proposition de votre commission : l'instauration d'une date d'application d'office

Le présent article propose de préciser dans la présente LFSS que les dispositifs anti-fraude énumérés précédemment et votés depuis plus de dix ans par le Parlement s'appliquent :

- dès la publication des décrets d'application qu'ils prévoient ;
- mais au plus tard le 1^{er} octobre 2021.

Un tel dispositif laisse donc au pouvoir réglementaire un ultime délai de neuf mois afin de mettre en place ce système et de mettre enfin un terme à la non-application de la loi.

La commission vous demande d'adopter un article additionnel ainsi rédigé (amendement n° 193).

Article additionnel après l'article 43 F

Dérogation à l'obligation de paiement sous sept jours de l'assurance maladie en cas de fraude

Cet article a pour objet de prévoir une exception à l'obligation de paiement sous sept jours des professionnels de santé par l'assurance maladie lorsque le professionnel a été sanctionné définitivement pour fraude.

I - Un délai très court peu compatible les délais de contrôle des CPAM

Dans l'enquête qu'elle a remise à la commission des affaires sociales en septembre dernier sur la fraude aux prestations sociales, travaux qui ont donné lieu à un rapport du rapporteur général¹, la Cour des comptes préconise d'autoriser les caisses d'assurance maladie à déroger à la garantie de paiement sous sept jours pour les professionnels sanctionnés pour fraude.

Lors de son audition par la commission², le 8 septembre 2020, le Premier président Pierre Moscovici a ainsi souligné « qu'il est fréquent que les professionnels en question persistent dans leurs comportements » et qu'il serait dès lors utile que les CPAM « puissent conduire des contrôles a priori avant de régler les professionnels concernés, quitte à dépasser le délai de sept jours ouvrés. Il faudrait mettre en place un cadre juridique pour cela. »

¹ Rapport d'information Sénat n° 699 (2019-2020).

² Compte rendu des commissions du Sénat, 8 septembre 2020.

II - La proposition de votre commission : une possibilité de dérogation donnée aux CPAM lorsque le professionnel a été sanctionné pour fraude moins de deux ans auparavant

Le présent article propose de permettre à l'assurance maladie de déroger à cette obligation de remboursement sous sept jours dès lors que le professionnel de santé a été sanctionné définitivement pour fraude moins de deux ans auparavant.

Ce délai pourrait alors être porté à trente jours à la seule fin de permettre de contrôler la régularité du paiement.

La commission vous demande d'adopter un article additionnel ainsi rédigé (amendement n° 194).

Article additionnel après l'article 43 F

Déconventionnement d'office des professionnels de santé condamnés pour fraude à plusieurs reprises

Cet article a pour objet de prévoir un déconventionnement d'office des professionnels de santé condamnés pour fraude à plusieurs reprises.

Dans l'enquête qu'elle a remise à la commission des affaires sociales en septembre dernier sur la fraude aux prestations sociales, travaux qui ont donné lieu à un rapport du rapporteur général¹, la Cour des comptes a formulé plusieurs recommandations pour tarir les fraudes.

Parmi ces recommandations, figure le déconventionnement d'office pour une durée incompressible d'un professionnel de santé lorsqu'il a été sanctionné à deux reprises pour fraude par la voie pénale ou administrative et a épuisé toute voie de recours. La Cour a souligné que « *les surfacturations répétées à l'assurance maladie doivent être effectivement interrompues* » et qu'un tel déconventionnement était un moyen efficace d'y parvenir.

Le présent article propose donc de mettre en place un tel système de déconventionnement d'office dès lors qu'un professionnel a été définitivement sanctionné ou condamné pour fraude à deux reprises dans une période de moins cinq ans.

Les modalités d'application de ce dispositif, notamment la durée du déconventionnement, seraient déterminées par un décret en Conseil d'État.

La commission vous demande d'adopter un article additionnel ainsi rédigé (amendement n° 195).

¹ Rapport d'information Sénat n° 699 (2019-2020).

Article 43

**Dotation de l'assurance maladie au FMESPP (FMIS), à l'ONIAM,
de la CNSA aux ARS**

Cet article fixe la dotation annuelle, pour 2021, de la sécurité sociale au FMIS et à l'Oniam, ainsi que celle de la branche autonomie au même FMIS et aux ARS.

La commission vous demande de modifier cet article.

I - Le dispositif proposé

A. Contributions de la sécurité sociale au FMIS

Le **I.** dispose que le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS)¹, est fixé pour 2021 à 1 032 millions d'euros.

Le **II.** fixe le montant de la contribution de la branche autonomie au financement du FMIS pour 2021 à 100 millions d'euros.

Aux termes de la LFSS pour 2020, la dotation de l'assurance maladie au FMESPP s'élevait à 649 millions d'euros. L'article 9 du présent PLFSS la réduit à 449 millions d'euros au titre de cette année.

Ces contributions - et cette hausse de 130 % de la participation de l'assurance maladie - doivent, selon l'exposé des motifs, permettre au FMIS de **mettre en œuvre le plan d'investissement de 6 milliards d'euros pour les établissements de santé, le déploiement du numérique en santé et le secteur médico-social, annoncé lors du Ségur de la santé.**

B. Contribution de la branche autonomie aux ARS

Le **III.** fixe le montant de la contribution de la branche autonomie au financement des ARS au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements des personnes âgées ou handicapées. Il est fixé pour 2021 à 141,44 millions d'euros, soit à 2 millions près le montant voté pour 2020.

Cette contribution au fonds d'intervention régional se décompose ainsi :

- 45 millions d'euros au titre des groupes d'entraide mutuelle (GEM), contre 42,8 millions d'euros en 2020². Introduits en 2005, les GEM

¹ Voir le commentaire de l'article 26 du présent projet de loi.

² Décision n°2020-04 du 4 juin 2020 fixant pour 2020 le montant des contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle, de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnés au 1 de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, et des crédits destinés au financement du forfait pour l'habitat inclusif.

sont organisés sous forme associative et offrent des espaces de soutien mutuel à des personnes ayant des troubles de santé ou des situations de handicap similaires les rendant vulnérables. En 2018, plus de 74 000 personnes ont fréquenté les 505 GEM existants¹ ;

- 96 millions d'euros pour le développement de méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA), soit le montant qui leur sont consacré chaque année depuis au moins trois ans. En 2018, 352 dispositifs MAIA étaient financés par la CNSA².

C. Participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Oniam

Le IV. dispose que le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) est fixé pour 2021 à 130 millions d'euros.

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 2002³ et placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il est chargé d'organiser des dispositifs de règlement amiable, mais aussi à 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.

¹ Annexe 10 au PLFSS.

² Annexe 10 du PLFSS.

³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

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 autres produits de l'office sont constitués par la dotation sur budget de l'État pour les dépenses relevant de son périmètre et par les produits issus des ressources propres, évalués pour l'année 2020 à 35 millions d'euros.

En 2020, les charges d'indemnisation dont le financement est assuré par l'assurance maladie s'est élevé à 149 millions d'euros. La subvention de l'assurance maladie, fixée à 150 millions d'euros, les a donc couvertes.

Pour 2021, le montant des charges représentant les dépenses d'indemnisation dont le financement est assuré par la dotation de l'assurance maladie est estimé à 191 millions d'euros. Y contribuent la hausse de l'activité tant amiable (+ 7 % de 2015 à 2019) que contentieuse (+ 25 % de 2015 à 2018 et + 15 % en 2019), les mesures de revalorisation renchérissant le coût moyen d'un dossier amiable, le renchérissement des condamnations prononcées par les juges, ou encore celui des frais d'avocat.

L'annexe 8 justifie toutefois la fixation de la dotation pour 2021 à 130 millions d'euros par le ralentissement attendu en 2020 des dépenses d'indemnisation compte tenu de la crise sanitaire et son impact favorable sur la trésorerie escomptée en fin d'année. Elle fait encore valoir que le montant de la dotation allouée par l'assurance maladie a varié sensiblement d'une année sur l'autre, en fonction de l'importance du fonds de roulement et notamment des réserves de l'Oniam, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Contributions (en M€)	2015	2016	2017	2018	2019	2020 (révisé)	2021
CNAM	83	88	107	125	155	150	130
Résultat cumulé	54	31	18	62	44	90	47

Source : Annexe 8 du PLFSS

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - L'avis de la commission : adoption de l'article purgé des contributions de la sécurité sociale aux investissements du plan de relance

La commission approuve les montants de participation de l'assurance maladie à l'Oniam et de la CNSA aux ARS.

En revanche, par cohérence avec les observations émises sur l'article 26¹, la commission ne saurait accepter que les mesures du plan de relance décidé par le Gouvernement au terme du Ségur de la santé soient financées par les moyens propres de l'assurance maladie. Il sera loisible au Gouvernement de proposer une dotation ajustée des différentes branches de la sécurité sociale hors plan de relance.

La commission vous demande par conséquent de supprimer, par l'amendement n° 196, les I et II de cet article, et d'adopter l'article ainsi modifié.

Article 44

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

Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche maladie à 218,4 milliards d'euros pour 2021 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et à 216,9 milliards d'euros pour le régime général. Ces montants ont été réévalués à l'Assemblée nationale à, respectivement, 219,1 et 217,6 milliards d'euros.

La commission vous demande de l'adopter sans modification.

I - Un périmètre impacté en 2021 par la création de la branche autonomie

• 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 :

- 218,4 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base ;
- 216,9 milliards d'euros pour le régime général.

L'évolution par rapport à l'objectif pour 2020 rectifié par le PLFSS et la trajectoire du solde de la branche sont retracées dans le tableau suivant.

Objectifs de dépenses et solde de la branche maladie

en milliards d'euros

	Rappel 2019	Objectif 2020 <i>initial</i> (LFSS 2020)	Objectif 2020 <i>rectifié</i> (PLFSS 2021)	Objectif 2021
Régimes obligatoires de base	216,6	224,1	236,1	218,4
Régime général	218,1	222,6	234,6	216,9
Solde branche maladie	- 1,5	- 3,3	- 29,8	- 19,0

¹ Voir le commentaire de l'article 26.

• **En 2020**, les effets de la crise sanitaire se traduisent par un « effet ciseau » avec une **contraction des recettes** (- 4,8 % par rapport à 2019 d'après les prévisions du PLFSS) due au recul de la masse salariale et une **explosion des dépenses**, sensiblement réajustées par le PLFSS¹ et principalement portées par celles entrant dans le champ de l'Ondam².

• **Pour 2021**, la baisse apparente des dépenses de la branche par rapport aux objectifs votés en LFSS pour 2020 (de - 2,5 % pour les dépenses des régimes obligatoires de base et de - 2,6% pour celles du régime général) s'explique notamment par un **changement de périmètre lié à la création de la nouvelle branche « autonomie »** qui sera en charge des dépenses de prestations dont elle assurait auparavant le financement : l'article 50 du PLFSS fixe l'objectif de dépense de cette nouvelle branche pour 2021 à 31,2 milliards d'euros. **D'après l'annexe B au PLFSS, l'impact sur la branche maladie s'établit à hauteur de - 25,9 milliards d'euros³.**

À périmètre constant (hors création de la branche autonomie), l'évolution des dépenses du régime général serait la suivante.

Évolution des dépenses de la branche maladie (régime général) à périmètre constant (hors création de la branche autonomie)

	2019	2020	2021
Dépenses (en milliards d'euros)	216,6	234,6	242,8
Évolution (en %)	-	8,3	3,5

Source : Direction de la sécurité sociale

Un autre changement de périmètre (0,3 milliard d'euros) est lié au transfert à la branche maladie du financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité⁴, compensée par l'affectation d'une fraction de TVA.

Comme pour l'Ondam (cf. article 45 suivant), les estimations du PLFSS se fondent par ailleurs sur une hypothèse d'un net ralentissement de l'impact de la crise sanitaire sur les dépenses de soins en 2021 par rapport à 2020, hypothèse qui apparaît aujourd'hui hautement incertaine.

¹ Cf. article 7 du PLFSS.

² Cf. article 8 du PLFSS rectifiant l'Ondam 2020 à hauteur initialement de 10,1 milliards d'euros.

³ Ce montant correspondant à l'évaluation de l'objectif global de dépenses (OGD) pour 2021 qui aurait figuré en charges de la CNAM en l'absence de création de la branche autonomie. Il résulte de l'addition de :

- 22,8 milliards d'euros d'Ondam médico-social tendanciel, avant mesures nouvelles (d'après les évaluations issues des travaux de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2020), auparavant financés par la CNAM ;

- 1,4 milliard d'euros de financement CNSA sur ses recettes propres ;

- 1,7 milliard d'euros de dépenses nouvelles au titre du Ségur de la Santé.

⁴ Cf. article 37 du PLFSS.

L'objectif de dépenses de la branche maladie est à distinguer de l'Ondam fixé à l'article 45 :

- les deux reposent sur des concepts de nature distincte : l'Ondam retient une approche économique, inter-régimes et inter-branches, 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.

D'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2020, les prestations « hors Ondam » connaîtraient une croissance dynamique en 2020 (+ 3,6 %), portées par des mesures des précédentes LFSS (harmonisation des modalités d'indemnisation du congé maternité pour les travailleuses indépendantes, montée en charge des dépenses du fonds addictions...) mais aussi par un relèvement de 25 % de la dotation CNSA afin de couvrir des coûts supplémentaires des Ehpad liés à la crise sanitaire. Ces prestations « hors Ondam » suivraient en revanche une décélération en 2021 (- 0,8 %).

II - Des objectifs de dépenses réévalués par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un **amendement du Gouvernement** rehaussant les objectifs de dépenses de la branche pour 2021, à hauteur de **680 millions d'euros**, afin de prendre en compte **l'impact de l'avancement au 1^{er} décembre 2020 de la deuxième tranche de revalorisation salariale** prévue initialement en mars 2021 dans le cadre du Ségur de la santé.

Compte tenu de la réévaluation des objectifs pour 2020, intégrant un abondement exceptionnel de l'Ondam 2020 de 2,4 milliards d'euros lié à la crise sanitaire, l'évolution est retracée ci-après. A périmètre constant (hors création de la branche autonomie), l'évolution des dépenses du régime général serait ramenée à 2,8% en 2021.

Objectifs rectifié de dépenses de la branche maladie en 2021

en milliards d'euros

	Objectif 2020 <i>rectifié AN</i>	Objectif 2021 <i>rectifié AN</i>
Régimes obligatoires de base	238,5	219,1
Régime général	237,0	217,6

III – La position de la commission : une adoption conforme

• La crise sanitaire de la covid-19, par son ampleur exceptionnelle, a lourdement impacté le solde de la branche maladie par rapport aux projections initiales de la LFSS pour 2020 : alors que cette dernière anticipait un solde déficitaire en 2020 de - 3,3 milliards d’euros avant l’atteinte d’un solde excédentaire en 2023, **le déficit de la branche s’établirait, après rectification des objectifs par l’Assemblée nationale¹, à - 32,2 milliards d’euros en 2020 et - 19,7 milliards d’euros en 2021**, portant respectivement 74 % et 78 % du déficit total du régime général.

L’annexe B au PLFSS actualisée après les débats à l’Assemblée nationale retrace les prévisions suivantes.

Évolution prévisionnelle des objectifs et du solde de la branche maladie (régime général)

en milliards d’euros

	2018	2019	2020 _p	2021 _p	2022 _p	2023 _p	2024 _p
Dépenses	211,5	216,6	237,0	217,6	219,5	224,4	229,2
Solde	- 0,7	- 1,5	- 32,2	- 19,7	- 18,2	- 17,6	- 17,4

Source : Annexe B au PLFSS adopté par l’Assemblée nationale et Direction de la sécurité sociale

Cette situation, qui s’appuie pour 2021 sur des hypothèses plutôt optimistes quant à l’impact de la crise sanitaire sur la trajectoire des dépenses, fait peser une inquiétude forte sur la soutenabilité de la branche maladie au moment même où l’on perçoit nettement les limites du sous-investissement chronique dans 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 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 en 2020 pour lutter face à l’épidémie pèse sur l’assurance maladie alors que ces missions relèvent du domaine régalién.

• **Sous le bénéfice de ces observations, la commission vous demande d’adopter cet article sans modification.**

¹ Contre - 29,8 milliards d’euros en 2020 et - 19,0 milliards d’euros en 2021 dans la version initiale du PLFSS. Ce niveau est dans tous les cas supérieur au déficit agrégé du régime général de la sécurité sociale et du FSV observé en 2010 après la crise financière (28 milliards d’euros).

Article 45

Ondam et sous-Ondam

Cet article fixe initialement l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 224,6 milliards d'euros pour 2021, contre un montant rectifié de 215,7 milliards d'euros pour 2020, et précise sa déclinaison en sous-objectifs. La progression, évaluée à 3,5 % à périmètre constant, prend en compte des mesures exceptionnelles attachées à la crise sanitaire et au Ségur de la santé. Ces montants et taux ont été réévalués lors de l'examen du texte par l'Assemblée nationale.

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

I - Un niveau d'Ondam inédit dans un contexte d'incertitudes fortes

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) corrigé 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. Un périmètre impacté par la création de la branche « autonomie »

- La mise en œuvre, par le présent PLFSS, de la création de la branche « autonomie » par la loi du 7 août 2020¹ se traduit par une **évolution du périmètre des dépenses retracées dans l’Ondam**.

Jusqu’alors, le financement des dépenses de soins des établissements et services médico-sociaux formant l’objectif global de dépenses (OGD), géré par la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA) procédait de plusieurs sources : d’une part, les dépenses inscrites au titre des deux sous-objectifs de l’Ondam consacrés au secteur médico-social (« contribution de l’assurance maladie aux dépenses des établissements et services pour personnes âgées » et « contribution de l’assurance maladie aux dépenses des établissements et services pour personnes handicapées ») ; d’autre part des prélèvements spécifiques sur les ressources propres de la CNSA.

Pour 2021, les deux sous-objectifs de l’Ondam consacrés au secteur médico-social regroupent l’ensemble des dépenses formées par l’OGD, soit un élargissement des dépenses retracées de 1 365 millions d’euros.

Cette évolution se traduit en outre par un **changement d’intitulé des sous-objectifs** : il ne s’agit plus d’une « contribution » de l’assurance maladie mais des « dépenses » relatives aux établissements et services pour personnes âgées d’une part et pour personnes handicapées d’autre part.

Comme l’a reconnu le ministre des solidarités et de la santé lors de son audition par la commission, **cette présentation ne pourrait être que provisoire** : l’annexe 7 la présente comme susceptible d’évoluer en PLFSS pour 2022 « pour tirer toutes les conséquences de la création de cette nouvelle branche de la sécurité sociale et des mesures qui pourraient être proposées dans un futur projet de loi relatif au grand âge et à l’autonomie », ce qui montre, comme le souligne le rapporteur pour cette nouvelle branche, le caractère encore largement inachevé de cette réforme à ce stade².

- **D’autres mesures de transferts, retracées dans le tableau suivant, impactent plus marginalement le périmètre de l’Ondam ou de ses sous-objectifs pour 2021.**

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

² Cf. article 50 du PLFSS fixant l’objectif de dépenses de la branche « autonomie ».

Mesures de transferts dans le champ de l'Ondam en 2021

en millions d'euros

Transferts de l'État vers l'Ondam		
Financement des centres de lutte contre tuberculose au sein du FIR (y compris transfert de financement d'un conseil départemental dans le cadre de la recentralisation de compétences sanitaires)		38,8
Transferts entre sous-objectifs de l'Ondam		
Réforme de la garde ambulancière	<i>FIR → soins de ville</i>	32
Financement par le fonds innovation de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération	<i>soins de ville → autres prises en charge</i>	10
Financement de l'Agence du numérique en santé	<i>établissements de santé → autres prises en charge</i>	4,5
Régionalisation de la gestion de l'approvisionnement en préservatifs gratuits	<i>autres prises en charge → FIR</i>	0,3
« Tarif global » dans certains Ehpad	<i>soins de ville → établissements pour personnes âgées</i>	100

Source : Commission des affaires sociales, à partir de l'annexe 7 au PLFSS

Impact des mesures de transferts par sous-objectifs

Soins de ville	- 78 millions d'euros
Établissements de santé	- 5 millions d'euros
Médico-social	+ 1 465 millions d'euros
FIR	+ 7 millions d'euros
Autres prises en charge	+ 14 millions d'euros

Source : Commission des affaires sociales, à partir de l'annexe 7 au PLFSS

B. Un Ondam intégrant des mesures exceptionnelles liées à la covid-19 et au Ségur de la santé, pour partie soumises à un degré d'incertitude élevé

• Corrigé des changements de périmètre par rapport à l'Ondam rectifié pour 2020, l'évolution de l'Ondam pour 2021 est retracée dans le tableau suivant.

Ondam 2021 : répartition en sous-objectifs et évolution

(en milliards d'euros)

	Ondam voté 2020	Ondam 2020* Base 2021	Ondam 2021	Évol. (%)	Tendanciel (hors Covid et Ségur) (%)	Surcoûts Covid	Impact Ségur
Soins de ville	93,6	93,5	98,9	5,8	5,2	3,2	0,3
Établissements de santé	84,4	87,7	92,3	5,2	3,6	0,3	5,2
Établissements et services médico-sociaux	21,7	25,0	25,9	3,7	4,1	0,0	1,4
pour personnes âgées	10,0	12,6	13,4	6,4	4,9	0,0	1,4
pour personnes handicapées	11,7	12,3	12,4	0,9	3,2	0,0	0,0
Fonds d'intervention régional	3,5	3,8	3,8	1,3	2,4	0,0	0,1
Autres prises en charge	2,4	7,2	3,8	- 47,9	5,6	0,8	0,4
Ondam total	205,6	217,1	224,6	3,5	4,4	4,3	7,4

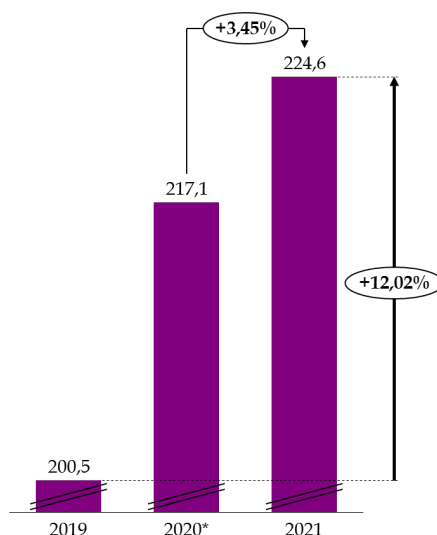
* Ondam rectifié et corrigé des changements de périmètre entre 2020 et 2021.

Sources : LFSS pour 2020, annexe 7 au PLFSS et direction de la sécurité sociale

Ainsi, comme le montre le graphique ci-dessous, l'écart de l'ONDAM 2021 par rapport à l'ONDAM 2019 est substantiel, atteignant 12 %, portée par les effets du Ségur de la santé et la prise en charge des coûts liés à l'épidémie de covid-19.

Évolution de l'Ondam

(en milliards d'euros)



*Ondam rectifié et corrigé des changements de périmètre entre 2020 et 2021.

Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les chiffres LFSS pour 2020, annexe 7 au PLFSS et direction de la sécurité sociale

• Dans la présentation de l'Ondam pour 2021 détaillée en annexe 7 au PLFSS, le Gouvernement « isole » deux catégories de dépenses exceptionnelles dont la ventilation par sous-objectif est présentée ci-dessus et le détail retracé dans l'encadré suivant :

- d'une part, les **surcoûts liés à la crise sanitaire de la covid-19**, évalués à **4,3 milliards d'euros** : ceux-ci résultent d'hypothèses purement théoriques compte tenu des incertitudes fortes pesant sur la disponibilité d'un vaccin au cours de l'année 2021 ou les perspectives de la politique de tests. Comme le notait la commission des comptes de la sécurité sociale « *en cohérence avec le scénario macroéconomique qui ne prévoit pas de reconfinement* »¹, ils n'intègrent pas, en outre, d'hypothèse de « deuxième vague » dont les effets sur le système de soins se prolongeraient jusqu'en 2021. L'actualité rend déjà ces hypothèses caduques ;

- d'autre part, **l'impact du Ségur de la Santé**, évalué à **7,4 milliards d'euros**. **En dehors du volet salarial, certaines mesures n'ont pas un caractère exceptionnel mais traduisent des engagements antérieurs** issus de négociations conventionnelles ou de Ma Santé 2022, par exemple concernant le développement de la télésanté ou de l'accès aux soins non programmés par l'exercice coordonné, notamment via le soutien aux CPTS.

¹ « Les comptes de la sécurité sociale », septembre 2020.

**Détail des impacts prévisionnels de la covid-19
et du Ségur de la Santé sur l'Ondam 2021**

<p><u>Surcoût liés la crise sanitaire de la Covid-19 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tests de biologie médicale - Vaccins (acquisition et campagne de vaccination) - Masques (achat et dispensation pour les personnes testées positives au virus) - Contribution au financement de Santé publique France pour ses missions Covid (renforts en ressources humaines, gestion des stocks et amélioration des systèmes informatiques) 	<p>4,3 milliards d'euros</p> <p>2 milliards d'euros <i>dont 85 % sur les soins de ville et 15 % sur l'Ondam hospitalier</i></p> <p>1,5 milliard d'euros</p> <p>0,7 milliard d'euros</p> <p>0,1 milliard d'euros</p>
<p><u>Impact du Ségur de la Santé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressources humaines (revalorisations des carrières, revalorisation des indemnités de stage et émoluments d'internats, recrutements...) - Investissement <ul style="list-style-type: none"> <i>dont projets hospitaliers prioritaires</i> <i>rattrapage numérique en santé</i> <i>mesures d'accompagnement des réformes de financement de l'hôpital</i> <i>accompagnement transition écologique et recherche</i> <i>mesures sur l'agilité des capacités d'hospitalisation</i> <i>hôtels hospitaliers</i> - Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires <ul style="list-style-type: none"> <i>dont développer l'accès aux soins non programmés</i> <i>lutte contre les inégalités de santé</i> <i>développement de la télémédecine</i> <i>soutien psychologique à la population</i> 	<p>7,4 milliards d'euros</p> <p>5,8 milliards d'euros</p> <p>1,2 milliard d'euros</p> <p>500 millions d'euros</p> <p>453 millions d'euros</p> <p>100 millions d'euros</p> <p>100 millions d'euros</p> <p>50 millions d'euros</p> <p>10 millions d'euros</p> <p>0,4 milliard d'euros</p> <p>150 millions d'euros</p> <p>76 millions d'euros</p> <p>95 millions d'euros</p> <p>40 millions d'euros</p>

Source : Commission des affaires sociales, à partir de l'annexe 7 au PLFSS

Sans tenir compte des impacts de la covid-19 et du Ségur en 2020 comme en 2021, l'évolution globale de l'Ondam est évaluée à 2,5 %.

L'annexe B du PLFSS retrace par ailleurs ce que serait la **progression de l'Ondam hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire en 2020 comme en 2021** : dans ce cas de figure, la progression est de **6 % pour 2021**, traduisant les mesures de revalorisation et d'investissement du Ségur de la santé et serait encore de 3,1 % en 2022 avant de revenir en 2024 au rythme de progression de 2,3 % qui avait été retenu en annexe à la LFSS pour 2020 pour les années 2021 à 2023.

Taux prévisionnel d'évolution de l'Ondam jusqu'en 2024 (en %)

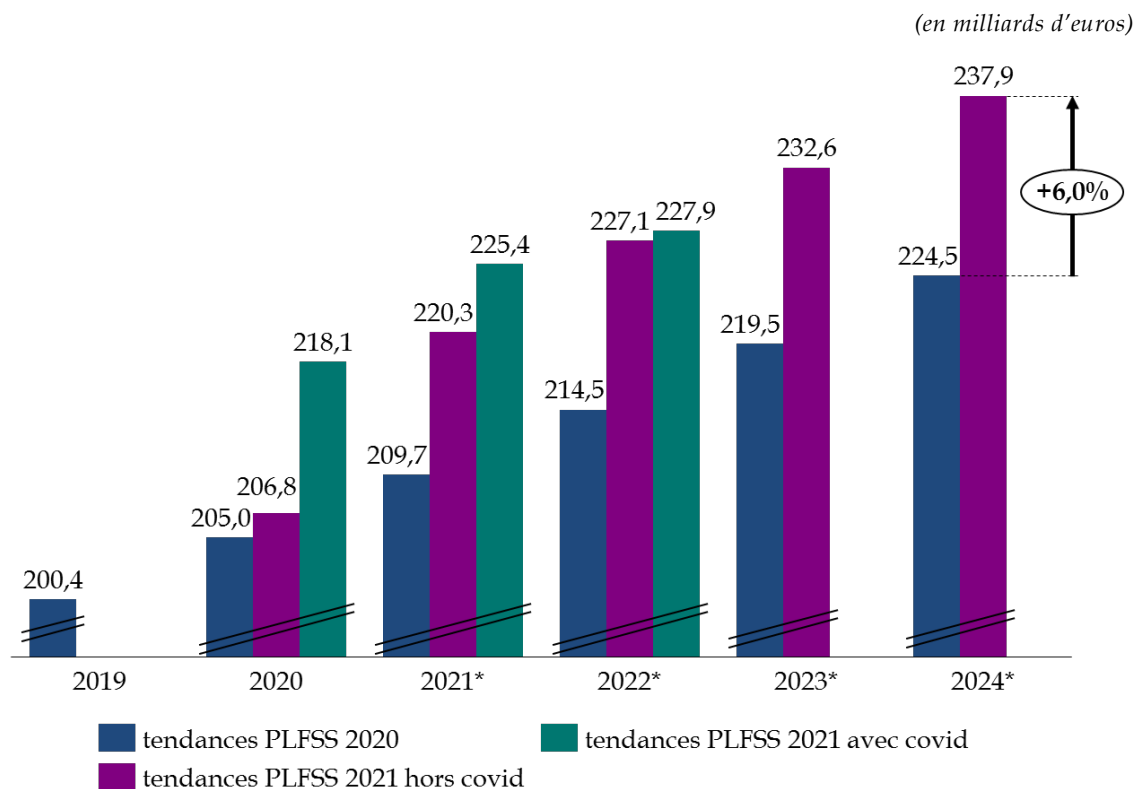
	2020	2021	2022	2023	2024
Ondam	7,6	3,5	1,1	2,4	2,3
Ondam hors covid	3,2	6,0	3,1	2,4	2,3

Source : Annexe B au PLFSS

Au-delà des perspectives concernant le taux d'évolution annuel de l'Ondam pour les prochains exercices, il convient de noter **l'évolution des montants de l'Ondam** pour la même période.

Ainsi, comme le montre le graphique ci-après, si les taux 2023 et 2024 sont identiques à la trajectoire retenue dans la LFSS pour 2020, le niveau de **l'Ondam prévu en 2024 sera nettement supérieur à celui qui était initialement envisagé par la trajectoire 2020**. Cela résulte de l'écart important sur les exercices 2020 à 2021, hors covid. Relevant rapidement et substantiellement l'Ondam, les **dépenses nouvelles issues du Ségur de la santé** conduisent à une augmentation en valeur tendanciellement plus importante, à taux inchangé à horizon 2024.

Trajectoire d'évolution de l'ONDAM



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données du PLFSS (annexe B et annexe 7)

Note : Les montants 2020 et 2021 se voient appliquer les taux d'évolution présents dans les LFSS 2020 et PLFSS 2021. Les effets de changement de périmètre ne sont cependant pas intégrés.

C. Les autres éléments entrant dans la construction de l'Ondam pour 2021 ne connaissent pas d'infléchissement notable par rapport aux années précédentes

- Les évolutions tendancielles pour 2021, évaluées hors impact de la covid-19 et du Ségur, marquent globalement une légère décélération par rapport aux estimations à l'appui du PLFSS pour 2020, avec des variations selon les sous-objectifs.

Estimation de l'évolution tendancielle ou spontanée des dépenses dans les PLFSS pour 2020 et pour 2021 (en %)

	Tendanciel 2020	Tendanciel 2021 (hors Ségur et Covid)
Soins de ville	5,6	5,3
Établissements de santé	3,6	3,6
Médico-social	4,4	4,1
FIR	1,0	2,4
Autres prises en charge	5,2	5,6
Ondam total	4,6	4,4

Source : Comité alerte Ondam, avis n° 2020-3 du 15 octobre 2020

Ces évaluations demeurent **toujours si peu étayées**. D'après les informations disponibles, elles intègrent la poursuite de la mise en œuvre de réformes (100 % santé) ou accords conventionnels (infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes, déploiement des CPTS, financement des assistants médicaux...), ainsi que l'intégration d'innovations : c'est le cas de l'entrée progressive d'actes de biologie du RIHN (référentiel des actes innovants hors nomenclature) dans la nomenclature de droit commun (à hauteur de 0,1 million d'euros), sujet sur lequel la commission des affaires sociales attire l'attention depuis plusieurs années¹ ; c'est également le cas de la progression de 0,8 milliards d'euros des dépenses de la liste en sus, tirée notamment par la dynamique des traitements anticancéreux.

- De même, les mesures d'économies sur la tendance, renommées « **mesures de régulation** », s'inscrivent dans la continuité des précédents PLFSS et présentent des similitudes fortes dans la distribution des efforts. Comme le déplore chaque année la commission des affaires sociales, ces mesures **ne sont pas argumentées** et ne font pas l'objet d'un suivi dans le temps, ne permettant pas d'en faire une analyse détaillée.

On peut ainsi s'interroger sur le caractère réaliste de l'engagement fixé en matière de régulation des soins de biologie médicale alors que la crise sanitaire a conduit à suspendre l'accord passé avec les biologistes.

En outre, **le fait d'inclure dans ce champ la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) introduite par le PLFSS, sans lien avec la pertinence des prises en charge, introduit, une fois encore, un regrettable mélange des genres.**

D'un montant de **4 milliards d'euros**, ces mesures de régulation se répartissent à plus de 70 % sur l'Ondam soins de ville (2,9 milliards d'euros), contre 68 % en 2020, et pour le reste sur l'Ondam hospitalier (1,1 milliard d'euros) d'après les indications de la direction de la sécurité sociale.

¹ Cf. notamment le rapport d'information n° 569 (2017-2018) de Catherine Deroche, Yves Daudigny et Véronique Guillotin, « Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce », Sénat, 13 juin 2018.

Mesures de régulation attendues en 2020 et 2021

(en millions d'euros)

Thématiques	2020	2021
Structuration de l'offre de soins	1 045	805
Structurer des parcours de soins efficaces (chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation, réduction des hospitalisations évitables, etc.)	215	265
Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux	830	540
Actions sur les tarifs des médicaments	920	640
Actions sur les tarifs des dispositifs médicaux	200	150
Pertinence et qualité des actes et des prescriptions	1 235	975
Pertinence et adaptation tarifaire de la biologie	205	140
Pertinence et adaptation tarifaire de la radiologie	60	40
Pertinence et adaptation tarifaire sur les autres actes	255	115
Maîtrise médicalisée et structure de prescription (actes, certificats médicaux, antibiotiques...)	595	570
Promotion des génériques et biosimilaires	120	110
Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports	265	310
Transport	120	125
Indemnité journalières	145	185
Contrôle et lutte contre la fraude	90	80
Gestion dynamique du panier de soins remboursé	205	35
Effet de la hausse tendancielle des volumes (dont remises sur les produits de santé)	225	500
Contribution exceptionnelle des OCAM	-	500
TOTAL	4 185	3 995

Source : Annexe 7 aux PLFSS pour 2020 et 2021

Tableau corrigé de changements de présentation des thématiques pour permettre la comparaison

II - Un objectif réévalué lors de l'examen par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un **amendement du Gouvernement** majorant de **0,8 milliard d'euros** l'Ondam pour 2021 (à hauteur de 0,6 milliard d'euros sur l'Ondam hospitalier et 0,2 milliard sur l'Ondam médico-social) afin de prendre en compte **l'impact de l'avancement au 1^{er} décembre 2020 de la deuxième tranche de revalorisation salariale** prévue initialement en mars 2021 dans le cadre du Ségur de la santé.

En outre, la base de référence pour 2020 a été modifiée par l'Assemblée nationale à l'article 8 : l'amendement adopté porte l'Ondam pour 2020 de 215,7 à 218,1 milliards d'euros, non seulement pour tenir compte de l'impact sur 2020 de l'avancement de la revalorisation salariale, mais également pour augmenter les moyens des établissements de santé afin de compenser les surcoûts présents et à venir liés à la reprise épidémique et ceux des agences régionales de santé dans le cadre du FIR.

L'Ondam rectifié pour 2021 et son évolution par rapport à l'Ondam 2020 ainsi rectifié par l'Assemblée nationale sont retracés ci-après.

Ondam pour 2021 rectifié

(en milliards d'euros)

	Ondam 2021	Ondam 2021 rectifié	Evol. 2020/2021* (en %)	Evol. 2020/2021 hors covid et Ségur (en %)
Soins de ville	98,9	98,9	5,8	2,1
Établissements de santé	92,3	92,9	3,4	2,4
Établissements et services médico-sociaux personnes âgées	13,4	13,6	7,0	4,9
Établissements et services médico-sociaux personnes handicapées	12,4	12,4	0,9	3,1
Fonds d'intervention régional	3,8	3,8	- 2,3	2,4
Autres prises en charge	3,8	3,8	- 47,8	5,6
Ondam total	224,6	225,4	2,7	2,5

Sources : PLFSS et direction de la sécurité sociale

*Évolution par rapport à l'objectif 2020 rectifié dans le PLFSS, à périmètre constant.

III - La position de la commission : une adoption conforme

- Le PLFSS traduit un engagement inédit en faveur du système de santé, dont la crise sanitaire a révélé tout à la fois la capacité extraordinaire de résilience comme les fragilités consécutives à un sous-investissement chronique : comme le note le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie¹, « depuis 2019, hors mesures exceptionnelles pour faire face à la pandémie, l'Ondam progresserait ainsi en deux ans de 4,3 % par an en moyenne, soit deux fois plus vite que sur les cinq dernières années. »

Pour 2021, l'investissement est essentiellement ciblé sur l'hôpital, dans le prolongement du plan « Investir pour l'hôpital » du 20 novembre 2019, du Ségur de la santé de juillet 2020 et du protocole d'accord sur l'évolution pluriannuelle minimale des ressources des établissements de

¹ Avis n° 2020-3 du 15 octobre 2020.

santé signé par les fédérations hospitalières le 6 février 2020¹ ; ce dernier se traduit par une progression des recettes des établissements de 2,4 % dans la campagne tarifaire, intégrée dans la construction de l'Ondam 2021 à hauteur de 2 milliards d'euros d'après les indications transmises à la rapporteure.

Cette « bouffée d'oxygène » est nécessaire et attendue mais elle ne règlera que partiellement la crise d'attractivité que connaît l'hôpital et les retards d'investissement qui pèsent sur son fonctionnement. Surtout, c'est la soutenabilité de leur financement qui aujourd'hui interpelle.

De surcroît, l'accompagnement des acteurs de la médecine de ville est le corollaire indispensable d'une transformation structurelle du système de santé, axée sur la prévention et la coordination des parcours de santé. Or, de ce point de vue, les traductions dans l'Ondam 2021 du Ségur de la santé qui reprennent des engagements précédents de Ma Santé 2022 sont encore timides et laissent, pour les acteurs concernés, des interrogations en suspens.

- Le contexte sanitaire dans lequel est examiné le PLFSS, alors que le pays connaît un nouveau confinement et que les services hospitaliers sont sous tension extrême fait peser, selon les mots du comité d'alerte de l'Ondam, des « *inconnues majeures sur la prévision des dépenses exceptionnelles* ». À ces **incertitudes conjoncturelles** viennent s'ajouter en 2021 une **lisibilité imparfaite** liée aux impacts des revalorisations salariales actées lors du Ségur de la santé ou à la **réflexion inaboutie sur le périmètre des dépenses relevant de l'autonomie ou de l'assurance maladie**.

Dans ces conditions, les réflexions soulevées par Catherine Deroche et René-Paul Savary sur les **limites de l'Ondam** en tant qu'outil de régulation et surtout de pilotage stratégique de la dépense de santé² apparaissent plus que jamais d'actualité. La commission sera attentive aux conclusions de la mission confiée par le Gouvernement au Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur l'avenir de l'Ondam.

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

¹ En application de l'article 32 de la LFSS pour 2020.

² « Pilotage de la dépense de santé : redonner du sens à l'Ondam », rapport d'information n° 40 (2019-2020) de Catherine Deroche et René-Paul Savary, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, 9 octobre 2019.

Article 45 bis (nouveau)

Suspension en 2021 de la procédure d'alerte conduisant à la mise en place de mesures de redressement en cas de risque de dépassement de l'Ondam

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, adapte en 2021 la procédure d'alerte en cas de risque de dépassement de l'Ondam en suspendant pour les caisses l'obligation de proposer des mesures de redressement.

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

I – Une adaptation à titre exceptionnel de la procédure d'alerte en cas de dépassement de l'Ondam en 2021

• Cet article, issu d'un amendement du Gouvernement, vise à suspendre pour 2021 l'application de la procédure d'alerte en cas de « risque sérieux » de dépassement de l'Ondam de plus de 0,5 % prévue par l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, conduisant alors l'Uncam et l'Unocam à proposer des **mesures de redressement**.

La notification au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie par le comité d'alerte est quant à elle maintenue.

Une disposition similaire avait été décidée pour l'année 2010 dans un autre contexte épidémique¹.

• En 2020, bien que les conditions d'exécution de l'Ondam aient été bouleversées et malgré l'absence de LFSS rectificative révisant cet objectif en cours d'exercice, **le comité d'alerte**, sans mandat législatif, **n'a pas engagé la procédure de redressement**, en prenant en considération les circonstances inédites liées à la pandémie de covid-19.

Dans son avis du 30 mai 2020, ce comité avait indiqué prendre acte « d'une lettre du ministre des solidarités et de la santé et du ministre de l'action et des comptes publics à son intention, en date du 20 mai 2020 (...) [l'informant] que le Gouvernement tirera les conséquences de cette situation exceptionnelle en proposant au Parlement dans la prochaine loi de financement de la sécurité sociale une rectification à la hausse de l'Ondam pour 2020 permettant d'intégrer les dépenses supplémentaires dues à la crise ».

¹ Cf. article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 indiquant qu'en 2010, le surcoût induit par les dépenses exceptionnelles liées à la pandémie grippale n'est pas pris en compte par le comité d'alerte pour l'évaluation d'un risque de dépassement de l'Ondam.

Il avait appelé, à défaut du vote d'un projet de loi de financement rectificatif, à ce qu'un « *cadre financier actualisé des dépenses d'assurance maladie* » soit communiqué au Parlement permettant de « *mettre à jour les références en la matière dans l'attente de la prochaine loi de financement* ». Il a considéré, *proprio motu*, que cela avait été le cas avec la présentation par la commission des comptes de la sécurité sociale, le 16 juin, d'une estimation révisée de l'Ondam, même s'il faut attendre ce PLFSS pour que le Parlement soit officiellement saisi d'une rectification de l'Ondam, ajustée encore au cours des débats à l'Assemblée nationale.

Pour 2021, le comité s'estime en revanche lié par les dispositions de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

II - La position de la commission : une dérogation qui doit être circonscrite aux surcoûts induits par la crise sanitaire de la covid-19

La rapporteure entend combien les circonstances sanitaires exceptionnelles rendent les hypothèses de construction de l'Ondam pour 2021 hautement incertaines, comme relevé à l'article 45.

Cet article confirme la portée fragile du vote de l'Ondam pour 2021. Il conforte également la commission dans la nécessité d'un contrôle étroit qui doit rester assuré par le Parlement : l'activation de la procédure d'alerte de l'Ondam devrait donner lieu à l'examen d'un projet de loi de financement rectificatif dès que l'ampleur de l'impact sur l'Ondam 2021 du rebond épidémique pourra être documenté.

Sous réserve de ces observations, la rapporteure estime par ailleurs opportun, à l'instar de la mesure votée en LFSS pour 2010 lors de la pandémie grippale, de **circonscire la mesure dérogatoire prévue en la limitant aux surcoûts induits par les dépenses exceptionnelles liées à l'épidémie de covid-19. Sur sa proposition, la commission a adopté un amendement n° 197 en ce sens.**

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 46

**Dotation au FIVA, au Fcaata et transferts de la branche AT-MP
à la branche maladie et à la branche vieillesse du régime général**

Cet article fixe les montants, pour l'année 2021, 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 qu'à la branche vieillesse du régime général au titre du dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente d'origine professionnelle et du compte professionnel de prévention.

En outre, cet article propose le report à 2021 de la transmission au Parlement et au Gouvernement, prévue pour 2020, du rapport évaluant tous les trois ans le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des AT-MP.

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

**I - La fixation pour 2021 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 46 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 2021, soit un montant inférieur de 40 millions d'euros à celui consenti en LFSS pour 2020, alors que la dotation de l'État serait maintenue à 8 millions d'euros¹. 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.

¹ Cf. projet annuel de performance de la mission « Santé », annexé au projet de loi de finances pour 2021.

² Ces recettes ont dépassé les 30 millions d'euros au cours des sept dernières années, atteignant 36,6 millions d'euros en 2019. En 2020, une baisse sensible est attendue compte tenu du contexte général ; elles devraient néanmoins atteindre 20 millions d'euros au moins. En 2021, un retour à la normale est attendu (source : FIVA).

³ Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 – Article 53.

Les demandes d'indemnisation ont légèrement progressé en 2019 : le FIVA a enregistré 19 725 nouvelles demandes d'indemnisation (+ 6,6 %) comprenant 3 724 nouveaux dossiers de victimes (- 0,3 %), soit un des plus hauts niveaux d'activité depuis 2009. Les charges d'indemnisation se sont élevées à 300 millions d'euros.

En revanche, l'année 2020 est marquée par les **conséquences de la crise sanitaire sur l'activité du FIVA**, qui a chuté d'environ un tiers : la diminution des dépenses d'indemnisation qui en découle viendrait diminuer les charges du FIVA de 50 millions d'euros, tandis que les recettes issues des contentieux baisseraient de 10 millions d'euros environ.

À l'inverse, l'année 2021 verrait un retour à un rythme d'indemnisation plus soutenu avec des dépenses de 320 millions d'euros, soit un volume comparable à la situation d'avant crise augmenté d'un rattrapage partiel¹.

Selon les informations fournies par la direction de la sécurité sociale (DSS), la révision à la baisse de la dotation vise notamment à **ramener le fonds de roulement du FIVA à un niveau prudentiel de 54 millions d'euros**, correspondant à deux mois de dépenses d'indemnisation et considéré comme suffisant par le fonds. Ce fonds de roulement dépasserait 120 millions d'euros en 2020.

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 468 millions d'euros** pour 2021, après 414 millions d'euros en LFSS pour 2020 mais 532 millions d'euros en LFSS pour 2019.

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 excédent de 16 millions d'euros et ainsi d'**aboutir à un équilibre du résultat cumulé du fonds**, après le résultat déficitaire de 62 millions d'euros qui serait enregistré en 2020.

Les charges du Fcaata continueraient en effet à baisser en 2021 pour s'établir à 452 millions d'euros (contre 476 millions d'euros prévus en 2020 et 517 millions d'euros constatés 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. Les transferts de la branche en faveur de ces fonds devraient diminuer de 6,6 % en 2020 et de 8,7 % en 2021.

¹ Cf. rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale : Résultats 2019, prévisions 2020 et 2021 (septembre 2020).

² Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 – Article 41.

Au total, le recul de l'impact des charges liées aux fonds amiante serait de près de 200 millions d'euros, soit près de 22 %, sur la période 2018-2021.

B. Le report de l'évaluation du coût de la sous-déclaration des AT-MP et le versement à la branche maladie du régime général

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.

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 2017, situait ainsi le coût de cette sous-déclaration dans une fourchette comprise entre 815 et 1 530 millions d'euros¹.

Une nouvelle commission aurait donc dû se réunir au printemps 2020 pour réévaluer le coût de cette sous-déclaration, mais, d'après l'exposé des motifs, ses travaux n'ont pas pu être menés jusqu'à leur terme en raison de la crise sanitaire due à l'épidémie de covid-19.

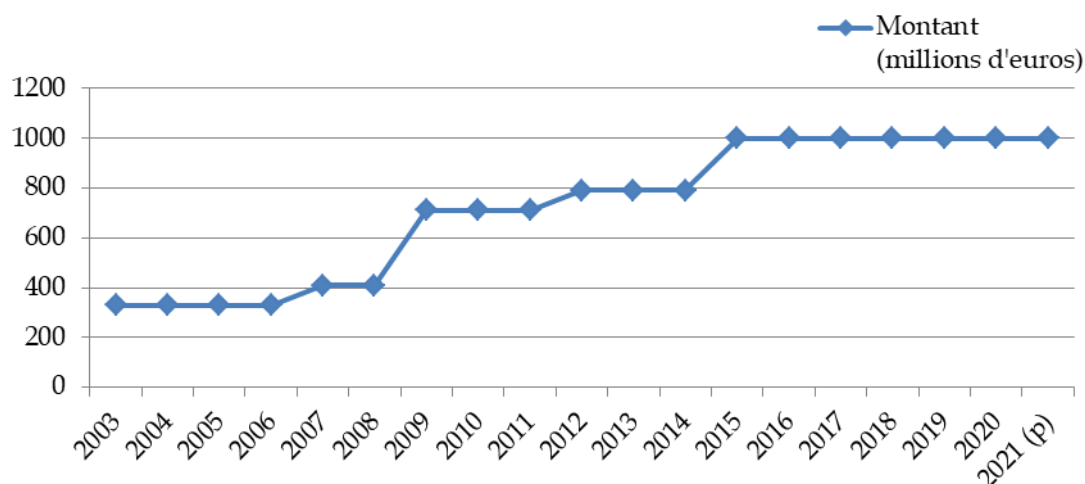
Le **III** de l'article 46 déroge par conséquent à l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale en **reportant au 1^{er} juillet 2021 au plus tard la transmission du rapport** de la commission *ad hoc*. Il est précisé que le rapport suivant sera remis avant le 1^{er} juillet 2024.

Selon l'évaluation préalable de l'article 46, « *une remise du rapport au début de l'automne n'apparaissait pas compatible avec le calendrier d'élaboration du PLFSS, qui fixe en particulier, sur la base des travaux de la commission, le montant du versement de la branche AT-MP à la branche maladie pour l'année à venir* ».

En conséquence, le **montant du versement à l'assurance maladie** correspondant à cette sous-déclaration est maintenu, pour la septième année consécutive, à **un milliard d'euros**.

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 2017.

Montant des versements de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration



Source : Commission des affaires sociales

C. Les versements à la branche vieillesse du régime général

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 2021, le **IV** de l'article 46 prévoit un versement au titre de ces deux dispositifs à la branche vieillesse du régime général de **176 millions d'euros**, après 157,4 millions d'euros en 2020 (+ 11,8 %).

Selon les informations communiquées par la DSS, les dépenses supplémentaires engendrées pour la branche AT-MP par ces dispositifs se décomposent comme suit :

- **65 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente**, en diminution de 12,6 % par rapport à 2020 (74,4 millions d'euros) ;

- **111 millions d'euros au titre du C2P**, en hausse de 33,7 % par rapport à 2019 (83 millions d'euros).

¹ Art. L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale.

² Art. L. 4163-1 du code du travail.

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 10,6 millions d'euros pour 2021, contre 11,4 millions d'euros en 2020.

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

Au total, selon le dernier rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale¹, **les transferts nets à la charge de la branche AT-MP baisseraient moins fortement en 2020 qu'en 2019** (- 2,0 % après - 5,4 % en 2019). Cette baisse serait notamment due au nouveau recul des transferts liés aux départs anticipés en retraite au titre de l'amiante.

Une nouvelle fois, **la commission des affaires sociales s'interroge sur la pertinence du maintien à un milliard d'euros, pour la septième année consécutive, de la contribution de la branche AT-MP à l'assurance maladie** au titre de la sous-déclaration des AT-MP. Alors que ces deux branches déploient depuis plusieurs années de nombreux efforts dans l'amélioration du repérage de l'origine professionnelle de certaines pathologies, le caractère inchangé de ce transfert, fût-il justifié cette année par l'impossibilité de réunir la commission *ad hoc* en raison de la crise sanitaire, laisse entendre qu'aucun progrès n'a été réalisé sur cette question.

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 interroge d'autant plus cette année que la branche enregistre un déficit pour la première fois depuis 2012. 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.

Dans le cadre de la commission de 2017, l'Union des entreprises de proximité (U2P) s'est prononcée en faveur d'une réduction et, à terme, d'une suppression de ce transfert qui met en péril l'effet incitatif à la prévention de la cotisation AT-MP.

A 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 hauteur du déficit de la branche en 2020 (amendement n° 198).

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

¹ Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, « Résultats 2019 et prévisions 2020 et 2021 », septembre 2020.

Article 46 bis (nouveau)
**Mesures de simplification des modalités déclaratives
des accidents du travail**

Cet article inséré par l'Assemblée nationale vise à simplifier la procédure de prescription d'un arrêt de travail à la suite d'un AT-MP ainsi que les modalités de déclaration par l'employeur des accidents du travail bénins.

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

I - Une double simplification des modalités déclaratives des AT-MP

Introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative du rapporteur Paul Christophe, l'article 46 bis propose deux mesures de simplification des modalités déclaratives applicables aux AT-MP.

A. La simplification de la procédure de prescription d'un arrêt de travail en cas d'AT-MP

Aux termes de l'article L. 441-6 du code de la sécurité sociale, le praticien prescrivant un arrêt de travail à la suite d'un accident du travail établit, en double exemplaire, un certificat initial spécifique indiquant l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles, en particulier la durée probable de l'incapacité de travail, si les conséquences ne sont pas exactement connues. Il adresse directement l'un de ces certificats à la caisse primaire et remet le second à la victime.

Ainsi, le formulaire servant de support aux certificats AT-MP comporte à la fois la partie descriptive des lésions, de la maladie ou des séquelles, et la prescription des durées d'arrêt de travail ou de soins.

Le **a) du 3° du III** vise à **transférer**, indépendamment du certificat médical initial AT-MP, la **prescription initiale d'arrêt de travail en cas d'accident dans le formulaire général d'avis d'arrêt de travail**, qui serait désormais commun à la maladie et aux AT-MP.

La mesure impliquant une refonte du certificat médical initial AT-MP ainsi que de l'avis d'arrêt de travail, elle entrerait en vigueur le **1^{er} novembre 2021 (III)**.

Le **1° du II** actualise par ailleurs les dispositions relatives à la **forme générale des avis d'arrêts de travail** en remplaçant, à l'article L. 321-2 du code de la sécurité sociale, la « lettre d'avis d'interruption de travail dont le modèle est fixé par arrêté ministériel » par la mention de l'avis d'arrêt de travail établi au moyen du formulaire homologué.

¹ Le b) du 3° du II corrige pour sa part une faute d'orthographe à l'article L. 441-6 du code de la sécurité sociale.

B. La simplification des modalités de délivrance et de tenue du registre des accidents du travail bénins

En application de l'article L. 441-4 du code de la sécurité sociale, **l'employeur peut remplacer, avec l'autorisation préalable de la Carsat, la déclaration des accidents du travail dits « bénins » - ceux n'entraînant ni arrêt de travail, ni soins médicaux - par une simple inscription sur un registre ouvert à cet effet.** L'employeur est tenu d'en informer l'instance représentative du personnel compétente en matière de santé et sécurité au travail, laquelle a accès au registre, de même que les agents de contrôle des caisses et les autorités compétentes de l'État.

Les **a) et b) du 2° du II** tendent à **supprimer le mécanisme d'autorisation préalable** pour donner cette possibilité à l'employeur dès lors qu'il remplit des conditions fixées par décret. Selon l'exposé sommaire de l'amendement, l'autorisation préalable sera remplacée par une **déclaration de l'employeur** attestant du respect des conditions.

En outre, le **c) et d) du 2° du II** remplacent à l'article L. 441-4, par coordination avec la réforme des instances représentatives du personnel de 2017, la mention du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) par celles du comité social et économique (CSE) et des délégués du personnel. Le d) précise par ailleurs la **définition des personnes chargées du contrôle du registre des accidents du travail bénins**, en donnant notamment accès au registre aux ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité dûment habilités auprès des Carsat.

Cette mesure serait transposée à l'identique dans le régime des salariés agricoles (**1° et 2° du I**).

II - La position de la commission : une simplification bienvenue en vue de la dématérialisation obligatoire des arrêts de travail

La simplification de la procédure de prescription des arrêts de travail en cas d'AT-MP s'inscrit dans la lignée de la simplification prévue pour les certificats médicaux de prolongation par un décret du 20 août 2019¹ : depuis le 1^{er} septembre 2020, les prolongations d'arrêt de travail suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle s'effectuent dans le cadre d'un formulaire commun avec les arrêts de travail liés à une maladie d'origine non professionnelle.

¹ Décret n° 2019-854 du 20 août 2019 portant diverses mesures de simplification dans les domaines de la santé et des affaires sociales.

Cette mesure devrait permettre de réduire le délai de traitement de ces arrêts de travail. Elle pourrait également générer, selon l'exposé sommaire de l'amendement, **une économie pour la branche AT-MP du régime général estimée à une dizaine de millions d'euros par an**, liée tant à l'automatisation du traitement par les caisses qu'à l'amélioration du contrôle des arrêts de travail et au recouvrement des indus susceptibles d'être détectés dans ce cadre.

Cette mesure doit également être considérée en lien avec la dématérialisation des arrêts de travail AT-MP. Il est rappelé que la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé¹ prévoit de **rendre obligatoire, au plus tard au 31 décembre 2021, la prescription dématérialisée des arrêts de travail**, qu'ils soient liés à une maladie d'origine non professionnelle ou à un AT-MP.

Cet objectif **figure parmi les préconisations de la dernière commission sur la sous-déclaration des AT-MP²**, qui estimait en 2017 que seuls 13 % des certificats médicaux AT-MP étaient envoyés aux caisses par voie électronique.

Quant à la simplification du régime applicable aux « accidents bénins », elle permet de supprimer une obligation qui apparaît lourde pour les entreprises comme pour les caisses au regard de l'enjeu. Aucune information contenue actuellement dans le registre des AT bénins, notamment à destination du CSE, ne serait perdue du fait de la suppression de l'autorisation préalable de la Carsat.

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

¹ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé – Article 55.

² 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 2017.

Article 47

Objectifs de dépenses de la branche AT-MP

Cet article fixe les objectifs de dépenses pour 2021 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. Une dégradation passagère du solde de la branche en 2020

Après sept années d'excédents, le solde de la branche AT-MP s'effondre en 2020 sous l'effet de la crise sanitaire. La branche serait ainsi **déficitaire pour la première fois depuis 2012 à - 0,2 milliard d'euros** (après 1,1 milliard d'euros d'excédent en 2019).

Pour mémoire, la LFSS pour 2020 prévoyait pour cette année un excédent de 1,4 milliard d'euros.

Cette chute s'explique notamment par la **forte diminution des produits** (- 7,5 %). En particulier, les cotisations sociales perçues par la CNAM-AT diminueraient de 9,3 % sous l'effet de la baisse de la masse salariale (- 7,9 %) et de l'augmentation des charges de non-recouvrement¹.

Quant aux dépenses, elles ont été peu affectées par la crise liée à l'épidémie de covid-19. Si la baisse d'activité résultant du confinement a entraîné une diminution du nombre de déclarations d'accidents du travail durant cette période, celle-ci a été compensée par de nouvelles dépenses, dont le versement d'une subvention « Prévention Covid » aux TPE-PME, à hauteur de 50 millions d'euros².

Le solde de la branche devrait toutefois repartir à la hausse dès 2021 pour se rétablir à 0,6 milliard d'euros, sans qu'aucune mesure soit prévue pour modifier les ressources de la branche.

Soldes des branches AT-MP des régimes obligatoires de base de 2012 à 2020 (M€)

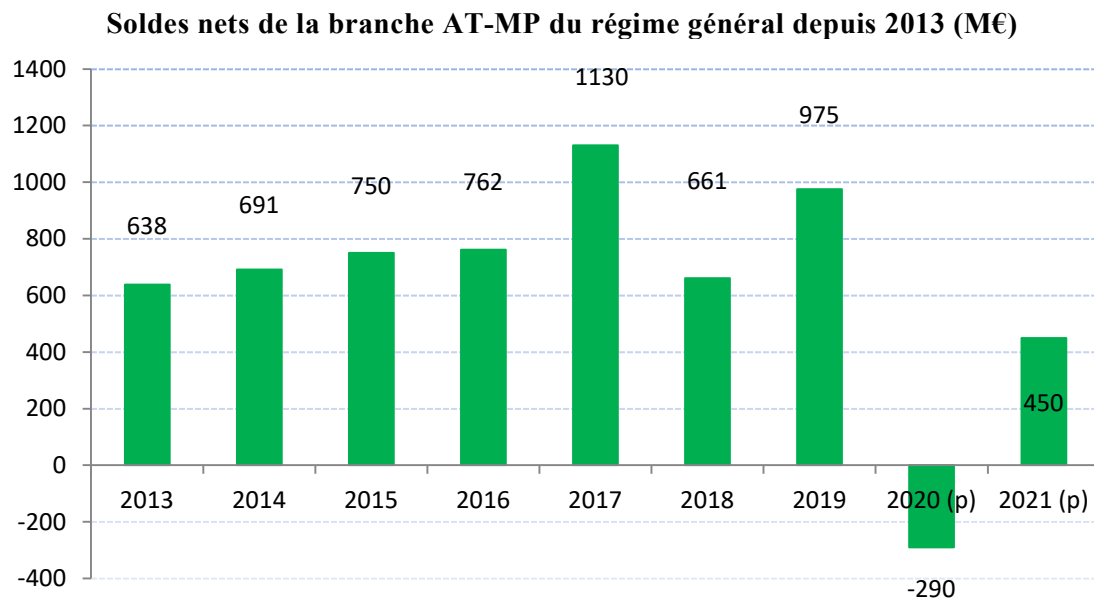
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 (p)
Solde tous régimes	-581	685	711	753	806	1 202	723	1 056	-239
<i>Solde RG</i>	<i>-174</i>	<i>638</i>	<i>691</i>	<i>750</i>	<i>762</i>	<i>1 130</i>	<i>661</i>	<i>975</i>	<i>-287</i>
<i>Solde autres régimes de base</i>	<i>-407</i>	<i>47</i>	<i>20</i>	<i>4</i>	<i>44</i>	<i>72</i>	<i>62</i>	<i>81</i>	<i>48</i>
<i>dont régimes agricoles</i>	<i>-33</i>	<i>22</i>	<i>0</i>	<i>-22</i>	<i>16</i>	<i>44</i>	<i>40</i>	<i>61</i>	<i>32</i>
<i>dont fonds dédiés (FATIACL, FCAT*, FCATA*)</i>	<i>-373</i>	<i>25</i>	<i>20</i>	<i>25</i>	<i>27</i>	<i>26</i>	<i>22</i>	<i>19</i>	<i>16</i>
<i>dont autres régimes spéciaux</i>	<i>-1</i>	<i>-1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

Source : DSS et PLFSS pour 2021

* 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.

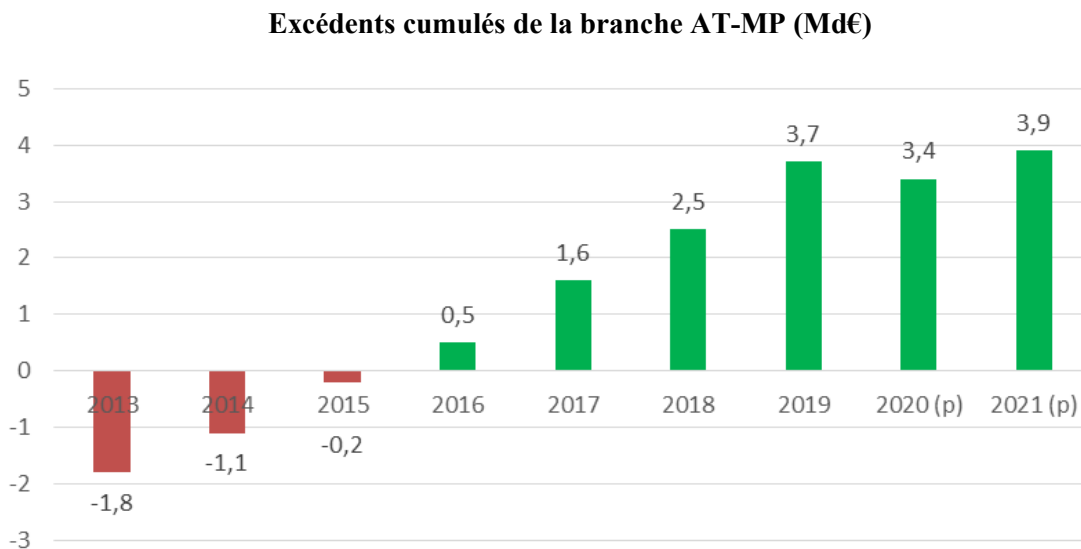
¹ Source : questionnaire parlementaire.

² Les réponses au questionnaire parlementaire transmis au ministère des solidarités et de la santé mentionnent également des dotations exceptionnelles à destination du secteur hospitalier, dont la CNAM n'a toutefois pas connaissance.



Source : Réponses du ministère des solidarités et de la santé au questionnaire de la commission des affaires sociales du Sénat

La dette de la branche ayant été entièrement résorbée en 2016, **l'excédent cumulé** aurait dû culminer en 2020 à 4,7 milliards d'euros, selon les prévisions du précédent PLFSS. Il devrait finalement diminuer à 3,4 milliards d'euros du fait du déficit enregistré cette année. Cet excédent cumulé devrait toutefois se porter à **3,9 milliards d'euros fin 2021**.



Source : Direction de la sécurité sociale

Le dispositif de reconnaissance en maladie professionnelle de la covid-19

Dans le cadre de l'épidémie de covid-19, le Gouvernement a mis en place un dispositif qui s'inscrit dans le cadre des régimes AT-MP de droit commun pour faciliter la reconnaissance et l'indemnisation des pathologies liées à une contamination par le SARS-CoV2.

Concernant **les personnels soignants**, les **tableaux de maladies professionnelles créés au régime général (n° 100) et au régime agricole (n° 60)** permettent d'indemniser les personnels des établissements concernés ayant développé une affection respiratoire aiguë liée à la covid-19, dès lors qu'elle a nécessité une oxygénothérapie ou a entraîné le décès. **La création de ces tableaux permet une indemnisation automatique** : en effet, les personnels soignants n'auront pas d'autre preuve à apporter que l'exercice des activités concernées et l'effectivité de la contamination. Cette présomption d'imputabilité est également ouverte aux fonctionnaires, qui se voient appliquer les tableaux de maladie professionnelle du régime général, ainsi qu'aux professionnels libéraux, comme le prévoit la 3^e loi de finances rectificative pour 2020¹.

Pour les **travailleurs non-soignants**, en particulier ceux qui ont exercé une activité impliquant du contact avec le public pendant la période de confinement, **une voie complémentaire aménagée de reconnaissance des maladies professionnelles** est mise en œuvre pour simplifier et fluidifier leurs démarches au régime général et au régime agricole. À cet effet, un comité unique de reconnaissance dédié à la covid-19 a été créé par le décret du 14 septembre 2020², en lieu et place des comités régionaux en principe compétents, afin d'assurer l'homogénéité du traitement des demandes.

Ce comité sera également mobilisé pour les **personnes, soignantes ou non, atteintes d'affections autres que respiratoires liées à une contamination au SARS-CoV2**, dès lors que le taux d'incapacité permanente, tel qu'évalué au moment de leur demande, sera au moins égal à 25 %. Des recommandations formulées par un groupe d'experts scientifiques lui seront adressées afin de définir les critères d'appréciation du lien de causalité entre exposition professionnelle et apparition de la maladie, en tenant compte notamment du contact avec le public ou les collègues dans le cadre d'activités exercées pendant le confinement.

La reconnaissance en maladie professionnelle permettra aux personnels et travailleurs concernés de bénéficier d'une indemnisation selon les règles AT-MP du régime de sécurité sociale dont elles 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).

¹ Loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 – Article 73.

² Décret n° 2020-1131 du 14 septembre 2020 relatif à la reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2.

Compte tenu des montants moyens de la réparation AT-MP du régime général, le coût du dispositif de reconnaissance automatique est estimé **entre 10 et 15 millions d'euros** par an au régime général. Ces dépenses ne seront pas imputées au compte employeur ; il n'en sera donc pas tenu compte dans le calcul de la fraction de leur taux de cotisation AT-MP liée à la sinistralité propre des employeurs.

Quant au coût de l'indemnisation des professionnels de santé libéraux, qui sera supporté par le budget de l'État, il est estimé à **5 millions d'euros** par an ; les crédits correspondants ont été ouverts dans la 3^e loi de finances rectificative au titre de 2020.

B. Un ralentissement des dépenses en 2019

En 2019, les dépenses ont été légèrement plus élevées que l'objectif initial voté en LFSS. Néanmoins, **les charges de la branche AT-MP du régime général ont progressé beaucoup moins vite que les recettes** (+ 1,6 % contre + 4,0 %), accentuant l'excédent de la branche. Les dépenses ont été notamment contenues par la sous-revalorisation à 0,3 % des prestations par la LFSS pour 2019, tandis que les cotisations sociales ont été dynamiques, portées par les rémunérations des salariés du secteur privé. Les charges liées au non-recouvrement ont nettement diminué, augmentant d'autant les produits nets de la branche¹.

Les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont cependant été très dynamiques (+ 6,5 % tous régimes confondus), portées par les dépenses d'indemnités journalières qui en constituent la plus large part et ont progressé de 9 %. En effet, la montée en charge de la reconnaissance anticipée des AT-MP instaurée par la LFSS pour 2018² a pleinement joué en 2019.

Quant aux dépenses hors-ONDAM, elles sont reparties légèrement à la hausse (+ 0,9 %). Les rentes servies au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle à l'origine d'une incapacité partielle permanente supérieure ou égale à 10 % restent le principal poste de dépenses de la branche.

¹ Cf. rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale de la branche AT-MP annexé au PLFSS pour 2021.

² Cette disposition, prise en application d'une jurisprudence de la Cour de cassation, permet l'indemnisation des victimes de maladies professionnelles à compter de la date de la première constatation médicale de leur maladie, et non plus à compter de la date du certificat médical établissant le lien possible entre leur maladie et leur activité professionnelle (loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 – article 44).

Ainsi, les dépenses de la branche AT-MP se sont établies à 13,6 milliards d'euros (tous régimes confondus) en 2019, en hausse de 1,5 % après avoir augmenté de 1,7 % en 2018. Pour le seul régime général, elles ont augmenté de 1,6 % contre 2,7 % en 2018, s'établissant à 12,2 milliards d'euros.

C. Les objectifs pour 2021

L'article 47 fixe les objectifs de dépenses de la branche AT-MP en 2021 à :

- **14,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base**, en hausse de 1,4 % par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2020¹ et de 3,7 % par rapport aux dépenses constatées en 2019² ;

- **12,7 milliards d'euros pour le seul régime général**, en progression de 2,4 % par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2020³ et de 4,1 % par rapport aux dépenses constatées en 2019⁴.

Selon les informations transmises par le Gouvernement, les mesures découlant du Ségur de la santé auront un effet favorable sur ses recettes de cotisations et contributions sociales qui contribuera à améliorer son solde⁵.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission : des mesures attendues pour mieux ajuster les recettes aux besoins de financement de la branche

Malgré un accident passager en 2020, **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 2021, pour s'établir à 104 %. Il atteindrait 108 % en 2022, 111 % en 2023 et 113 % en 2024 en l'absence de mesure nouvelle.

Il paraît possible, dans ces conditions, d'envisager **d'augmenter les dépenses de prévention** – 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.

¹ Fixé à 13,9 milliards d'euros à l'article 7 du PLFSS.

² Établies à 13,6 milliards d'euros à l'article 1^{er} du PLFSS.

³ Fixé à 12,4 milliards d'euros à l'article 7 du PLFSS.

⁴ Établies à 12,2 milliards d'euros à l'article 1^{er} du PLFSS.

⁵ Cf. annexe B du PLFSS pour 2021.

Évolution du taux d'adéquation des recettes aux dépenses de la branche AT-MP

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)	Objectif
Recettes	12,3	12,6	12,6	12,9	12,7	13,2	12,1	13,2	13,8	14,3	14,8	Equilibre
Dépenses	11,7	11,9	11,8	11,7	12,0	12,2	12,4	12,7	12,7	12,9	13,1	
Solde	0,7	0,7	0,8	1,1	0,7	1,0	-0,3	0,5	1,1	1,4	1,7	
Recettes / dépenses	106%	106%	106%	110%	105%	108%	98%	104%	108%	111%	113%	

Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale de la branche AT-MP annexé au PLFSS pour 2021

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

Article 47 bis (nouveau)

Régime de la pension de réversion au bénéfice du conjoint auteur de violences conjugales sur le titulaire de la pension

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à prévoir la possibilité pour le juge de ne pas prononcer la peine de privation de la pension de réversion pour les auteurs de violences conjugales.

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

I – La sécurisation juridique d'une mesure visant à lutter contre les violences conjugales

A. Les dispositions de la loi Pradié du 28 décembre 2019 en matière de pension de réversion

Une disposition introduite à l'initiative du Sénat dans la loi du 28 décembre 2019 visant à agir contre les violences au sein de la famille **prive du bénéfice de la pension de réversion le conjoint survivant ayant commis un crime ou un délit à l'encontre de son conjoint**¹. Cette mesure vise les pensions de réversion de base versées par le régime général (salariés, commerçants et artisans)², les régimes des fonctionnaires civils et militaires³ et la mutualité sociale agricole (MSA)⁴. Elle s'applique de la même manière à la pension de veuve ou de veuf ouverte au conjoint survivant invalide⁵.

¹ Loi n° 2019-1480 du 28 décembre 2019 visant à agir contre les violences au sein de la famille – Article 9.

² Art. L. 353-1-1 du code de la sécurité sociale.

³ Art. L. 38-1 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

⁴ Art. L. 732-41-1 du code rural et de la pêche maritime.

⁵ Art. L. 342-1-1 du code de la sécurité sociale.

Les crimes et délits visés sont prévus soit à la section 1 du chapitre Ier du titre II du livre II du code pénal (atteintes volontaires à la vie), soit aux paragraphes 1 et 2 des sections 1 et 3 du chapitre II du même titre II (atteintes volontaires à l'intégrité de la personne et agressions sexuelles).

B. Une réécriture visant à assurer la constitutionnalité du dispositif

Introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative du rapporteur Cyrille Isaac-Sibille, l'article 47 bis vise à **aménager le dispositif introduit par la loi « Pradié » dans le but d'en garantir la constitutionnalité.**

En effet, selon l'exposé sommaire de l'amendement, ce dispositif qui prive automatiquement la personne condamnée de sa pension comporte **un risque de contrariété au principe d'individualisation des peines**, fondé sur l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, qui impose de permettre au juge d'adapter la sanction d'un condamné ainsi que ses modalités d'exécution afin de tenir compte des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur.

Les **1° et 2° du III** prévoient ainsi, à l'article L. 342-1-1 et dans un nouvel article L. 161-22-3 du code de la sécurité sociale, que « *le prononcé de la peine complémentaire* », à savoir la privation de la pension de réversion au titre de tous les régimes d'assurance vieillesse de base et complémentaires légaux ou rendus légalement obligatoires, ou de la pension de veuf ou de veuve, « *est obligatoire. Toutefois, la juridiction peut, par une décision spécialement motivée, décider de ne pas prononcer cette peine, en considération des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur.* »

En conséquence, seraient abrogés l'article L. 353-1-1 du code de la sécurité sociale (**3° du III**) ainsi que l'article L. 38-1 du code des pensions civiles et militaires de retraite (**I**).

Le même aménagement est apporté concernant les assurés des régimes agricoles aux articles L. 742-41-1 et L. 732-62 du code rural et de la pêche maritime (**1° et 2° du II**).

II - La position favorable de la commission

La loi du 28 décembre 2019 a permis de concrétiser des avancées importantes en matière de lutte contre les violences conjugales. La commission est, **sur le fond, favorable à cet article** qui permet de renforcer et de rendre pleinement opérante une disposition introduite par le Sénat à l'initiative de la commission des lois.

En dépit de l'importance de cet ajustement en vue de prévenir une censure de ce dispositif, la commission observe qu'il n'a qu'un impact indirect et très limité sur les dépenses sociales des années à venir et que **le lien de cet article avec le texte n'est pas fermement établi**. Il reviendra au Conseil constitutionnel de vérifier la conformité de l'article avec les dispositions de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

Article 47 ter (nouveau)

Faculté d'utiliser la biométrie pour vérifier l'existence d'un titulaire de pension de retraite domicilié hors de France

Cet article vise à permettre le recours à la biométrie pour la satisfaction des preuves d'existence que doit apporter un pensionné résidant à l'étranger ou dans certaines collectivités ultramarines.

La commission vous demande de modifier cet article.

I – Le dispositif proposé : une codification du contrôle de l'existence et l'ouverture à la mobilisation de la biométrie

Cet article additionnel a été adopté à l'Assemblée nationale à l'initiative de M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur de la branche vieillesse, et M. Alexandre Holroyd.

Il procède à la **codification dans le code de la sécurité sociale des dispositions de l'article 83 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013** et ouvre une **nouvelle faculté de recours à la biométrie pour permettre la preuve d'existence du bénéficiaire**.

Le **I** crée un **nouveau paragraphe 6** au sein du chapitre du code de la sécurité sociale consacré aux prestations, à sa **sous-section relative à l'assurance vieillesse**. Celui-ci est dénommé « **Contrôle de l'existence** ». Quatre articles sont ainsi créés au sein de ce paragraphe.

L'article **L. 161-24** créé reprend les dispositions du **I** de l'article 83 de la LFSS pour 2013. Il prévoit ainsi **une obligation**, pour le bénéficiaire d'une pension vieillesse d'un régime de retraite obligatoire résidant dans certaines collectivités ultramarines ou à l'étranger, **de prouver son existence à l'organisme gestionnaire** de sa pension. La rédaction de la LFSS pour 2013 prévoyait ce même certificat adressé « *une fois par an au plus* ».

Contrairement à la rédaction de la LFSS pour 2013 qui visait les personnes « **résidant hors de France** », l'article vise ainsi les **résidents des territoires autres que ceux mentionnés à l'article L. 111-2** - soit la France hexagonale, les départements de la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et La Réunion, et les collectivités de Saint-Barthélemy et Saint-Martin - et Mayotte.

Les résidents des collectivités ultramarines non visées sont aujourd'hui déjà concernés par ce dispositif, sous le régime d'une circulaire de la Cnav. **Sont ainsi concernés les résidents de Nouvelle-Calédonie, de Polynésie française, de Saint-Pierre-et-Miquelon, de Wallis-et-Futuna, ainsi que les personnes résidant à l'étranger.**

L'article L. 161-24-1 créé **ouvre la possibilité d'apporter la preuve d'existence au moyen de dispositifs permettant l'usage de données biométriques.**

L'utilisation de tels dispositifs doit se faire dans les conditions prévues par la loi de 1978 dite « informatique et libertés » et un **décret en Conseil d'État** pris après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) doit préciser tant les moyens pouvant être utilisés que « *les garanties apportées aux personnes dans l'utilisation de ces dispositifs et l'exercice de leurs droits* » mais aussi les conditions d'utilisation par les personnes des outils permettant la démarche permise.

L'article L. 161-24-2 créé prévoit **la suspension du versement de la pension dans le cas où, la preuve de l'existence n'a pas été fournie à l'issue d'un délai** après la notification du contrôle, ce délai devant être fixé par décret.

La précédente rédaction formulait un délai minimal d'un mois après la date butoir fixée pour la remise du justificatif pour procéder à la suspension du versement.

L'article L.161-24-3 créé **attribue au GIP Union retraite**, groupement constitué des organismes et services de retraite obligatoires, **la mutualisation de la gestion de la preuve d'existence mais aussi des modalités de son contrôle.** Un décret est prévu afin de préciser les conditions de cette mutualisation.

La rédaction de la LFSS pour 2013 permettait déjà une mutualisation par les régimes obligatoires de « la gestion des certificats d'existence », renvoyant les conditions à un décret. Le contrôle n'était alors pas mentionné et aucun organisme n'était désigné pour assurer la mission de mutualisation.

En conséquence, le **II** procède à **l'abrogation au sein de la loi de financement pour 2013** des dispositions ici codifiées.

II - La position de la commission : un soutien au dispositif proposé

A. Une intention partagée

Dans l'exposé sommaire de son amendement, le député Holroyd évoque **une facilité offerte aux citoyens français résidant à l'étranger dans leurs démarches**. Le député considère en effet qu'il existe aujourd'hui pour certains assurés des difficultés notables dans la production de leur certificat d'existence. L'usage de la biométrie dispensera selon lui des envois annuels de certificats pour nombre de bénéficiaires résidant à l'étranger.

Cette nouvelle faculté ouverte par le présent article de recours à la biométrie a été récemment évoquée dans les travaux de votre commission, à l'occasion de l'audition du président et du directeur de la Cnav le 14 octobre 2020. Ce dernier y voyait **un moyen pertinent et efficace de lutte contre la fraude aux prestations. La commission soutient les efforts des caisses de sécurité sociale pour mieux évaluer la fraude et lutter contre cette dernière. À cette fin, celles-ci doivent disposer de moyens appropriés.**

B. Une vigilance quant à l'utilisation de données biométriques

La commission des affaires sociales est soucieuse des garanties apportées à la protection des données personnelles.

Aussi, alors que cet article ouvre une nouvelle faculté d'utilisation d'outils biométriques, elle constate ici la précaution prise avec **la nécessaire conformité aux dispositions de la loi de 1978**, d'une part, et **l'avis de la CNIL** sur le décret en Conseil d'État qui précisera ces dispositions, d'autre part.

C. Des ajustements proposés du dispositif

La commission a souhaité proposer différentes modifications à la rédaction de cet article additionnel et **a adopté un amendement** à cette fin.

D'une part, la formulation retenue pour l'article L. 161-24 créé, à savoir que le bénéficiaire « **adresse une preuve de son existence** » ne correspond pas à la pratique réelle de la fourniture qui est faite aujourd'hui de la preuve d'existence. En effet, pour certains pays européens - c'est le cas de l'Allemagne, du Benelux, de l'Italie et de l'Espagne -, la Cnav a mis en place des **échanges automatiques de données d'état-civil** qu'elle partage avec les autres régimes. Il n'y a dans ce cas **pas de démarche volontaire du bénéficiaire** qui satisfait cependant bien aux exigences de preuve de son existence. La commission propose donc de prévoir que le bénéficiaire « **justifie de son existence** » auprès de l'organisme concerné.

D'autre part, concernant **l'application de cette obligation outre-mer**, les résidents de Polynésie française et de Saint-Pierre-et-Miquelon ne sont pas concernés par cette obligation, ces collectivités procédant à des échanges automatiques avec l'INSEE. **Ce circuit déclaratif n'a donc vocation à s'appliquer outre-mer qu'à la Nouvelle-Calédonie et aux îles Wallis et Futuna** ; la commission propose une modification en ce sens.

En outre, **le délai prévu pour la suspension du versement de la pension, codifiée à l'article L. 161-24-2 pose un problème opérationnel.** En effet, **le contrôle de l'existence n'est pas « notifié », au bénéficiaire,** le prévoir reviendrait ici à alourdir la procédure substantiellement. Surtout, fixer un délai par rapport à cette notification paraît trop contraignant : **il serait soit trop court pour être cohérent avec les adaptations parfois réalisées en fonction de la situation du pays de résidence, soit trop long pour être pertinent.** La gestion actuelle pourrait être préservée par **une rédaction plus souple renvoyant la fixation du délai à un décret,** sans lien nécessaire avec une « notification de contrôle ». La règle actuelle de gestion est d'un délai de trois mois. La commission propose donc de modifier la rédaction de l'article.

Enfin, concernant la **mutualisation attribuée au GIP Union retraite** peut être discutée. Aux termes de l'article L. 161-17-1, le groupement est bien responsable du pilotage des projets de coordination, de simplification et de **mutualisation visant à l'amélioration des relations entre les régimes et leurs usagers.** Cependant, si **le GIP a eu la charge de la construction de l'outil informatique** actuellement en service, c'est bien **la Cnav qui assure aujourd'hui le contrôle.** Sans remettre en question les missions de « pilotage stratégique » du GIP, il semble pertinent de laisser la gestion opérationnelle assurée selon le schéma actuel. La commission propose ainsi de formuler l'article L. 161-24-3 sous la forme d'une **possibilité de mutualisation, dans des conditions définies par les régimes sous la forme d'une convention.**

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié par l'amendement n° 199 adopté.

Article 47 quater (nouveau)

Affiliation automatique des bénéficiaires d'un congé de proche aidant non indemnisés à l'assurance vieillesse des parents au foyer

Cet article, introduit à l'Assemblée nationale, affine automatiquement à l'assurance vieillesse des parents au foyer du régime général les bénéficiaires d'un congé de proche aidant non indemnisés.

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

I - Le dispositif proposé

Cet article, issu de l'amendement n° 2664 du groupe La République en marche, apporte une simplification et deux clarifications des règles relatives, pour l'essentiel, à l'affiliation des bénéficiaires d'un congé de proche aidant à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF).

A. Une simplification utile: la suppression de la demande d'affiliation pour les personnes ayant déjà touché l'AJPA

L'article L. 381-1 dispose aujourd'hui que l'affiliation à l'AVPF est automatique pour les bénéficiaires de l'allocation journalière de proche aidant (AJPA) – versée aux bénéficiaires d'un congé de proche aidant. Cette affiliation est également automatique pour les bénéficiaires d'un congé de proche aidant, pour les périodes pour lesquelles ils ne touchent pas l'AJPA, mais elle est alors soumise à la production de justificatifs. C'est sans doute une formalité de trop pour les personnes continuant à bénéficier d'un congé de proche aidant, renouvelable dans la limite d'un an, mais ayant épuisé la durée de versement de l'AJPA, fixée, elle, à 66 jours.

L'article précise donc l'article L. 381-1 pour dispenser les bénéficiaires du congé de proche aidant de fournir des justificatifs pour être affiliés à l'AVPF lorsqu'ils ont bénéficié d'une AJPA dans les deux années écoulées (a) du 2°).

B. Deux précisions relatives aux catégories de bénéficiaires de l'affiliation automatique à l'AVPF et aux conditions d'accès à l'AJPA

L'article réécrit en outre le cinquième alinéa de l'article L. 381-1 pour appliquer le même régime aux non-salariés qui interrompent leur activité professionnelle pour s'occuper d'un proche présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité. Ceux-ci sont déjà affiliés obligatoirement à l'AVPF pour une durée de trois mois renouvelable dans la limite d'une année. Le b) du 2° toilette l'alinéa en renvoyant plus simplement à la liste de l'article L. 3142-6 du code du travail les cas de figure justifiant une telle interruption de l'activité professionnelle, harmonisant ainsi la rédaction des critères. Il renvoie en outre la mention de la limite d'affiliation d'un an à un nouvel alinéa couvrant le cas des salariés et des non-salariés.

Enfin, L. 168-8 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa disposant que le bénéfice de l'allocation journalière de proche aidant est soumis au respect des conditions de régularité de séjour et de stabilité de résidence en France, telles que prévues aux articles L. 512-1 et L. 512-2 du même code (1°). Cette obligation pèse déjà, aux termes des articles du code du travail relatifs au congé de proche aidant, sur la personne aidée ; étendre aux bénéficiaires de l'AJPA l'application des articles L. 512-1 et L. 512-2, qui visent les allocations familiales du livre V, n'est sans doute pas superfétatoire, même si le cas de figure qu'il s'agit de couvrir semble une hypothèse d'école.

II - La position de la commission : adoption sans modification

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par l'amendement de coordination rédactionnelle n° 200.

Article additionnel après l'article 47 quater
Mesures de redressement des comptes de la branche vieillesse

Cet article vise à prévoir des mesures de report de l'âge d'ouverture des droits et d'allongement de la durée d'assurance nécessaire pour une retraite au taux plein.

I - Une dégradation brutale du solde de la branche vieillesse du fait de la crise

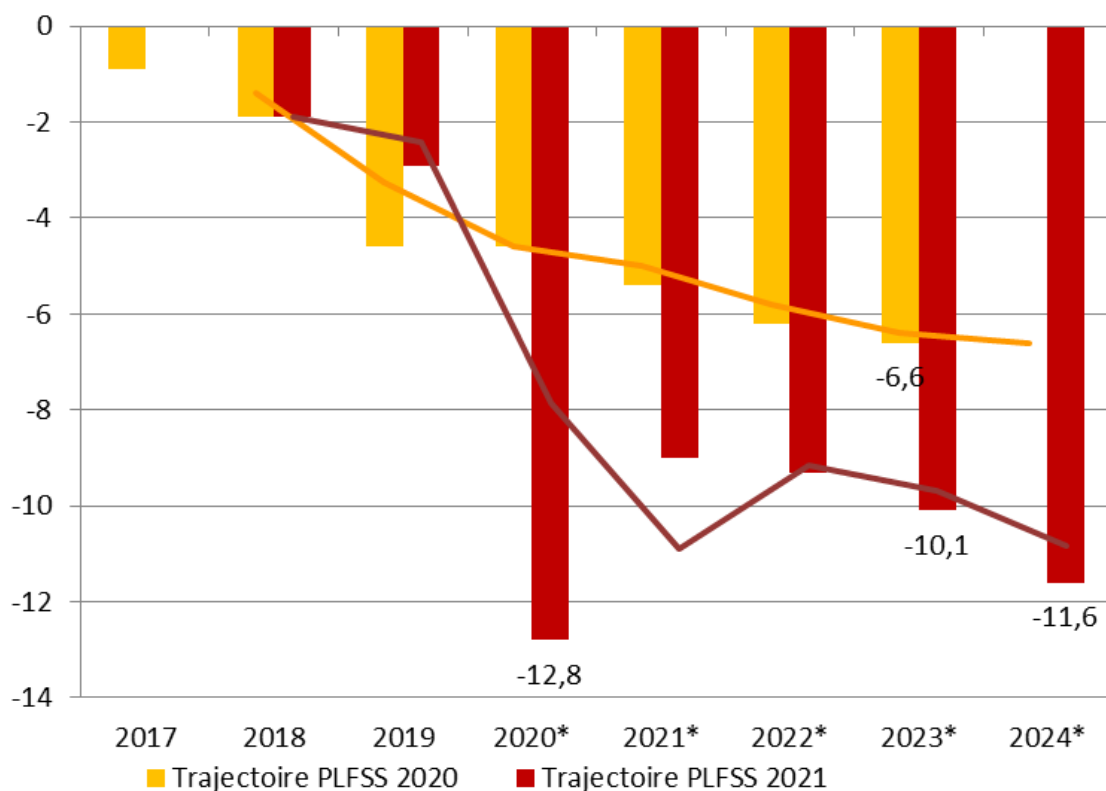
A. Un déficit largement majoré sur les prochains exercices

Malgré un léger rebond anticipé en 2021, le solde des régimes de base et du FSV devrait poursuivre sa dégradation avec un déficit prévu à 11,6 milliards d'euros en 2024.

Les déficits prévus à l'horizon 2022-2024 sont tous supérieurs aux niveaux déjà très préoccupants anticipés avant la crise et pour lesquels le Gouvernement souhaitait engager une trajectoire de retour à l'équilibre.

Évolution du solde de la branche vieillesse du régime général

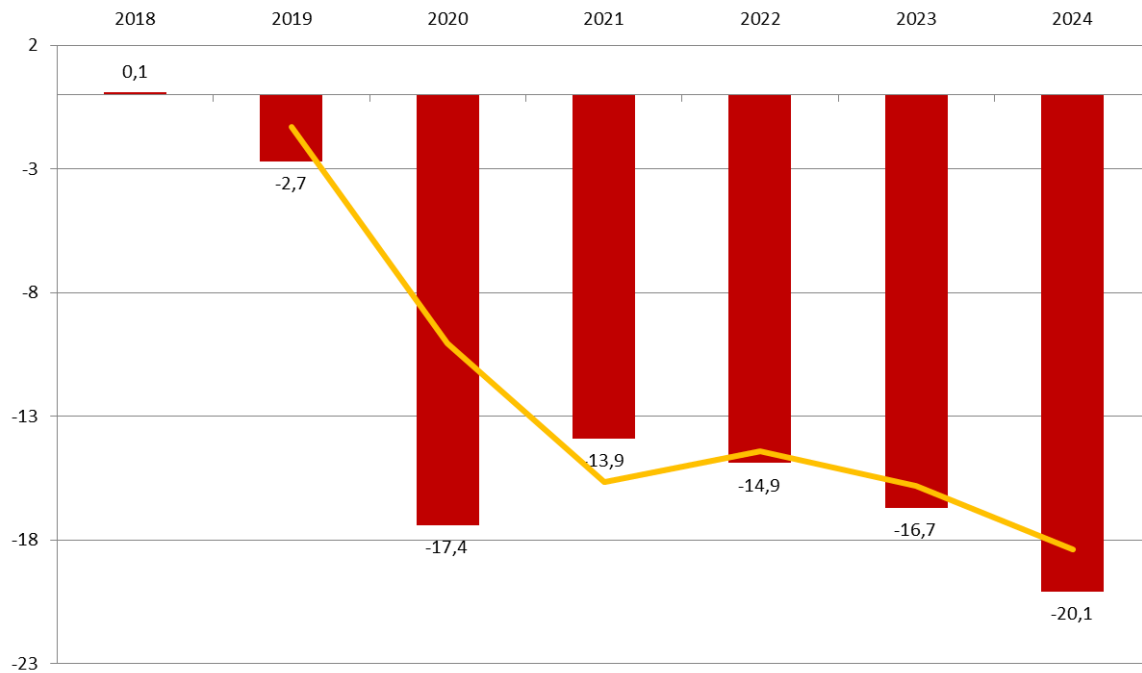
en milliards d'euros



Source : Commission des affaires sociales, d'après données du PLFSS 2021

Évolution du solde de la branche vieillesse (RO+FSV)

en milliards d'euros



Source : Commission des affaires sociales, d'après données du PLFSS 2021

B. Un effet conjoncturel appelé à cesser rapidement

Dans sa note d'étape d'octobre 2020, le Conseil d'orientation des retraites (COR) estime que l'impact de la crise économique sur les retraites devrait cesser d'ici à 2024, le conseil estimant que l'écart de production sera alors résorbé.

Ainsi, après 2024, le déficit du système de retraite ne serait plus que son déficit structurel.

II - Un déficit structurel non résolu

A. Un déficit structurel déjà annoncé

Le rapport du COR de novembre 2019, rédigé avant la crise sanitaire et la crise économique, prévoyait selon les conventions et les scénarios de croissance de - 7,9 à - 26,9 milliards d'euros pour le solde du système de retraite à l'horizon 2030.

Tableau 2.4 – Solde élargi observé et projeté à l’horizon 2030 du système de retraite

Solde élargi	En milliards d’euros 2018			En part de PIB		
	2018	2025	2030	2018	2025	2030
Convention EEC						
Scénario 1,8 %	-3,5	-7,9	-7,9	-0,1%	-0,3%	-0,3%
Scénario 1,5 %	-3,5	-8,1	-10,1	-0,1%	-0,3%	-0,4%
Scénario 1,3 %	-3,5	-8,3	-11,6	-0,1%	-0,3%	-0,4%
Scénario 1,0 %	-3,5	-8,7	-13,9	-0,1%	-0,3%	-0,5%
Convention TCC						
Scénario 1,8 %	-3,5	-16,5	-22,1	-0,1%	-0,6%	-0,8%
Scénario 1,5 %	-3,5	-16,6	-23,8	-0,1%	-0,6%	-0,8%
Scénario 1,3 %	-3,5	-16,8	-25,1	-0,1%	-0,7%	-0,9%
Scénario 1,0 %	-3,5	-17,2	-26,9	-0,1%	-0,7%	-1,0%
Convention EPR						
Scénario 1,8 %	-3,5	-10,4	-14,5	-0,1%	-0,4%	-0,5%
Scénario 1,5 %	-3,5	-10,5	-16,2	-0,1%	-0,4%	-0,6%
Scénario 1,3 %	-3,5	-10,7	-17,4	-0,1%	-0,4%	-0,6%
Scénario 1,0 %	-3,5	-11,0	-19,2	-0,1%	-0,4%	-0,7%

Note : données hors produits et charges financières, hors dotations et reprises sur provisions. Convention EEC : stabilisation des contributions et subventions d’équilibre en proportion du PIB à leur niveau de 2018. Convention TCC : taux de cotisation et de subvention d’équilibre figés à leur niveau de 2018. Convention EPR : cotisations et subventions d’équilibre évoluant de manière à équilibrer chaque année le solde financier de ces régimes.

Champ : ensemble des régimes de retraite français légalement obligatoires, y compris FSV, hors RAFFP.

Sources : rapports à la CCSS 2010-2019 ; projections COR – novembre 2019.

Source : Perspectives des retraites en France à l’horizon 2030 - Rapport du COR, novembre 2019

B. Aucune mesure paramétrique arbitrée en 2020

Alors que « la conférence de financement » mise en place dans le cadre de la réforme des retraites n’a pu arriver au terme de ses travaux, **aucune mesure d’ordre paramétrique n’avait été décidée avant la crise pour revenir à l’équilibre.**

Force est de constater pourtant que celles-ci sont toujours plus nécessaires. La plongée des déficits rend en effet ce retour à l’équilibre à la fois plus compliqué mais plus impératif pour ce qui représente **266,7 milliards d’euros de dépenses en 2020 pour l’ensemble des régimes de base et du FSV.**

III - De nécessaires mesures d'âge

La commission estime qu'il est nécessaire, **en responsabilité, de travailler dès cette année au rétablissement de l'équilibre financier et d'amorcer des mesures paramétriques de redressement des comptes du système de retraite.**

Soucieuse de **préserver le rôle fondamental des partenaires sociaux** dans le pilotage du système de retraite français, la commission propose au I de réunir une **conférence de financement chargée de formuler des propositions autour des différents paramètres de calcul des pensions.** Cette conférence est définie sur le modèle de la conférence réunie par le Gouvernement et prévue à l'article 57 du projet de loi instituant un système universel de retraite.

Si la conférence de financement aboutissait, ce qui est le souhait de la commission, il appartiendrait au Gouvernement de **traduire ces propositions dans un projet de loi de réforme des retraites** ou au sein de la prochaine loi de financement de la sécurité sociale, **ajustant le cas échéant le dispositif proposé dans cet article.**

En cas d'échec de cette conférence, les dispositions des II et III s'appliqueraient et participeraient à ce redressement des comptes.

Afin de **ne pas porter atteinte au niveau des pensions**, la commission retient les deux leviers d'action que sont l'âge d'ouverture des droits - ou âge légal - et la durée d'assurance pour l'accès au taux plein.

Le présent article prévoit ainsi un relèvement progressif de l'âge d'ouverture des droits de deux ans pour le porter à 63 ans au 1^{er} janvier 2025 pour les générations nées après le 1^{er} janvier 1965 (1^o du II).

Parallèlement, la durée d'assurance nécessaire pour accéder à une pension au taux plein serait également augmentée. Le présent article prévoit ainsi une « accélération » du dispositif de la loi Touraine de 2014, visant à atteindre les 172 trimestres dès la génération 1965 (2^o du II).

Le relèvement de l'âge minimum légal ne concerne pas l'âge d'annulation de la décote qui demeure fixé à 67 ans (**3^o du II**).

Le scénario retenu par votre commission entend favoriser le **maintien des pensions à leur niveau actuel.**

Par cohérence, la commission prévoit **la convergence progressive des régimes spéciaux sur ces paramètres**, dans des conditions définies par décret (**III**).

Compte tenu de la crise économique en cours, la commission estime préjudiciable à la reprise de faire entrer ces mesures dès le 1^{er} janvier 2021. Aussi, l'entrée progressive en vigueur de ces mesures est prévue selon un **calendrier adapté, à partir du 1^{er} janvier 2022.**

Le décalage de la mesure est rendu nécessaire par la crise sanitaire et la crise économique, modifie cette trajectoire que la commission attend cependant comparable.

Votre commission réaffirme ainsi solennellement son attachement à **un pilotage équilibré et responsable du système des retraites qui en garantisse sa pérennité et la confiance des jeunes générations** dans le système par répartition.

Votre commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet par l'amendement n° 201.

Article 48

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse

Cet article fixe les objectifs de dépense de la branche vieillesse pour 2020.

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

I - Le dispositif proposé : des dépenses maintenues mais un solde dégradé

A. Une trajectoire 2020 considérablement heurtée

Les dépenses du régime général poursuivraient en 2020 une progression comparable à celle de 2019, à hauteur de **2,5 %**.

Alors que les prestations progresseraient de 2,9 % sous l'effet des mesures de revalorisations différenciées, **les transferts diminueraient fortement de 8,3 %**. Cette baisse brutale des transferts résulte de la chute de la masse salariale qui est l'un des principaux paramètres de la compensation.

Si les cotisations s'effondreraient de 10,8 %, les recettes de la Cnav **montreraient une baisse contenue à 2,3 %**.

Les recettes ont en effet été favorisées par **le versement exceptionnel du reliquat de la soulte IEG par le FRR et la hausse des transferts du fonds de solidarité vieillesse au titre du chômage**.

B. Deux mesures du PLFSS 2021 à impact sur les dépenses de la branche vieillesse

1. Les revalorisations du Ségur

Comme l'indique l'annexe 4 du PLFSS, les revalorisations inscrites dans ce PLFSS, traductions du Ségur de la santé, auront un **impact positif sur le solde** de la branche en 2021.

La hausse des salaires bruts des personnels non médicaux bénéficiant de ces revalorisations produira **une augmentation des assiettes de plusieurs recettes affectées à la branche vieillesse**, notamment de la taxe sur les salaires et des cotisations sociales.

La CNAV verrait ainsi ses recettes augmenter de **800 millions d'euros supplémentaires en 2021**, après une première hausse de 100 millions d'euros en 2020. Du côté de la fonction publique hospitalière, **la CNRACL verrait ses produits de cotisations augmenter dans les mêmes proportions**, de 800 millions d'euros supplémentaires en 2021 après 100 millions d'euros dès 2020.

2. La réforme du congé paternité

La mesure d'allongement du congé paternité aurait un léger impact négatif sur le solde de la branche.

En effet, elle conduirait à **réduire légèrement l'assiette des cotisations sociales** en remplaçant une partie des salaires par des indemnités journalières.

Ainsi, la CNAV verrait ses produits de **cotisations diminuer de 45 millions d'euros en 2021**.

C. Des objectifs de dépenses en progression mesurée

1. Des dépenses en progression modérée sur 2021

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2021 :

- à **251,9 milliards d'euros pour les régimes obligatoire de base, au 1°** ;
- à **144,7 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale, au 2°**.

La **progression des dépenses** serait ainsi pour l'ensemble des régimes de base de **2 % entre 2020 et 2021**.

Les dépenses du régime général progresseraient elles de 3,0 %.

Après deux années de sous-revalorisations des pensions de retraite, le Gouvernement prévoit cette année une **revalorisation selon les modalités de droit commun, c'est-à-dire sur l'inflation**. Le taux sera connu en novembre ; **une revalorisation de 0,4 % est attendue**.

Pour le régime général, les **dépenses seraient aussi tirées par une forte hausse des transferts** du fait du dynamisme de la compensation démographique sous l'effet de la reprise économique.

Dans le même temps, les recettes du régime général sont attendues en hausse de 3,1 % l'an prochain. **Les recettes de la branche vieillesse étant principalement des cotisations assises sur les revenus d'activité, la reprise économique sera déterminante**.

Cet article a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

2. Une trajectoire de dépenses cependant dynamique

Si les dépenses de la branche vieillesse sont prévues avec une progression contenue sur l'exercice 2021, les prévisions de dépenses pour les exercices à venir montrent une croissance soutenue jusqu'en 2024.

Les dépenses progresseraient ainsi de 2,3 % par an en moyenne pour les régimes de base et 2,9 % par an pour le seul régime général.

D. Des soldes durablement dégradés

Conséquence du dynamisme des dépenses et de la baisse des recettes, le solde de la branche apparaît nettement dégradé par rapport à la trajectoire d'avant crise et ce tant pour le régime général que pour l'ensemble des régimes de base.

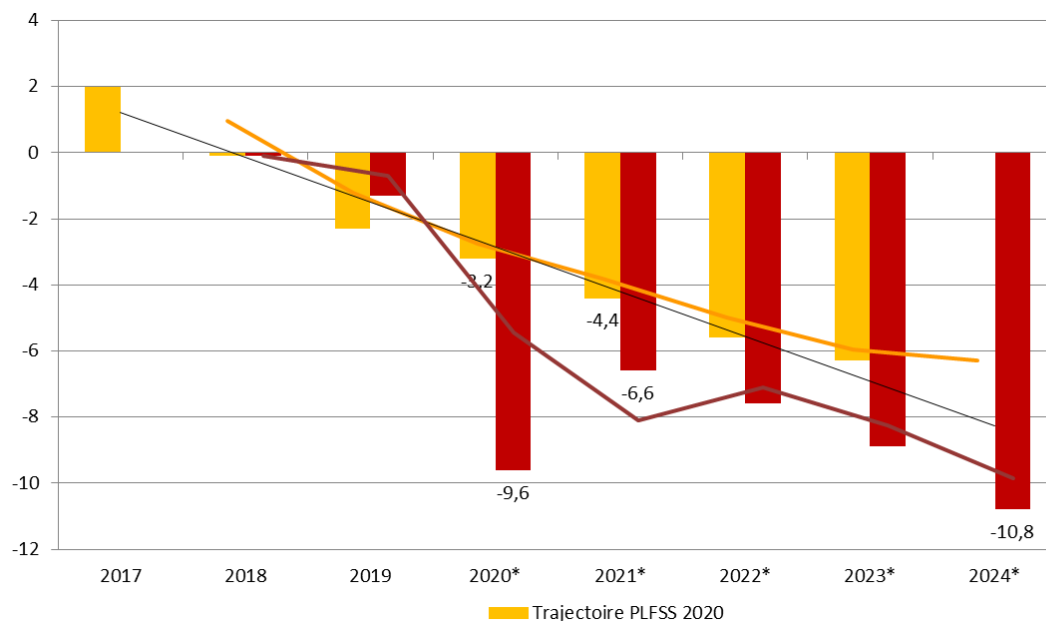
Ainsi, pour 2021, le solde de la branche vieillesse devrait être :

- de - 7,3 milliards d'euros pour le régime général, quand - 3,9 milliards d'euros étaient anticipés lors du PLFSS 2020 pour ce même exercice ;

- de - 6,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base, quand - 4,4 milliards d'euros étaient anticipés l'an dernier.

Solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la branche vieillesse

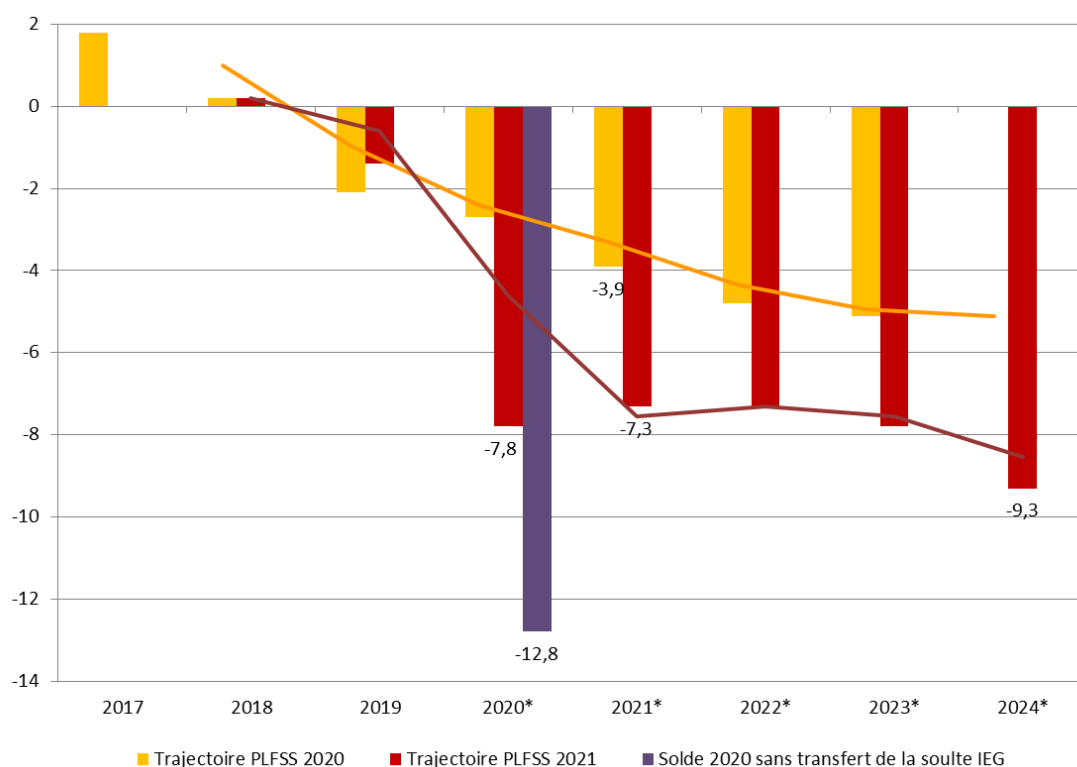
en milliards d'euros



Source : Commission des affaires sociales, d'après données du PLFSS 2021

Solde de la branche vieillesse du régime général

en milliards d'euros



Source : Commission des affaires sociales, d'après données du PLFSS 2021

II - La position de la commission : l'adoption de cet article malgré des réserves

La commission constate les prévisions de dépenses pour la branche vieillesse pour l'exercice 2021.

En outre, elle souligne si aucune mesure relative aux dépenses n'est présentée dans ce projet de loi de financement par le Gouvernement, **la modération de la progression des dépenses de l'assurance vieillesse demeurera cependant sur 2021, du seul fait de revalorisations basses résultant d'une faible inflation attendue.**

La commission regrette **qu'aucun signal ne soit envoyé par le Gouvernement concernant la dégradation soudaine mais durable du solde de la branche vieillesse.** À ce titre, elle vous propose d'adopter un amendement portant article additionnel visant à adopter des mesures permettant de rétablir l'équilibre financier de la branche.

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

Article 49

Objectifs de dépenses de la branche famille

Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche famille à 49,3 milliards d'euros pour 2021.

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, le présent article fixe l'objectif de dépenses de la branche famille à 49,3 milliards d'euros pour 2021.

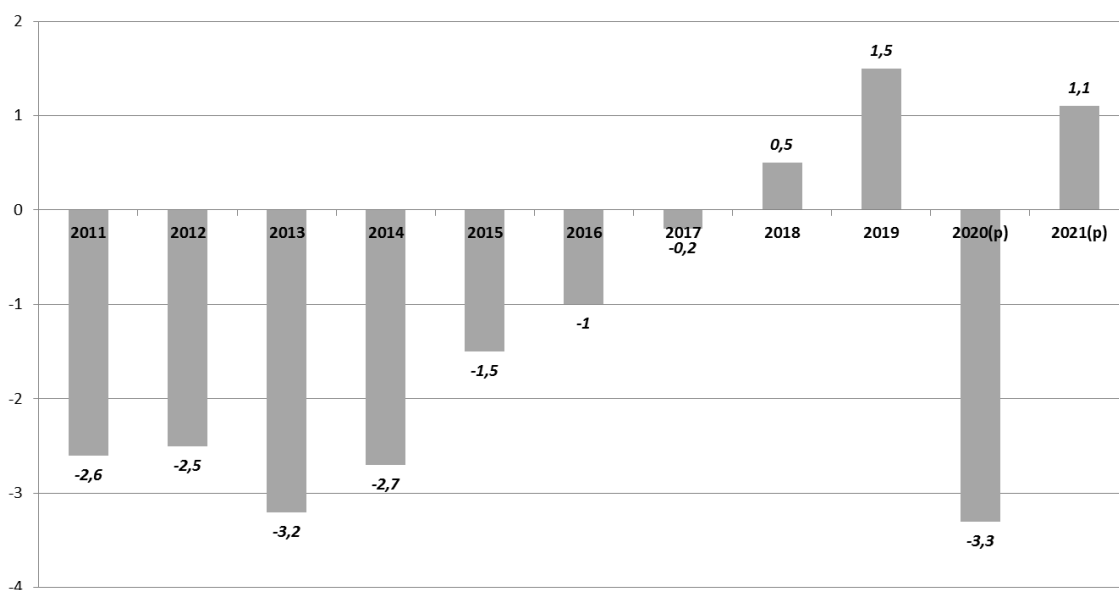
Après deux années marquées par un retour à l'équilibre de la branche (soldes de 0,5 Md€ en 2018 et de 1,5 Md€ en 2019), **les comptes de la branche famille devraient se dégrader en 2020 et afficher un déficit de 3,3 milliards d'euros**, du fait de la crise sanitaire.

En 2020, les recettes (74 Md€) diminueraient de 8,4 % par rapport à 2019 du fait de la contraction de l'activité économique, qui a pour effet de diminuer les produits des cotisations (-7,2 %) et de la CSG (-5,2 %). En outre, sans lien avec la crise, les impôts, taxes et contributions affectées à la branche diminueraient de 15,8 % principalement du fait d'une réaffectation d'une part de la taxe sur les salaires à la branche vieillesse.

Les dépenses (50,4 Md€) augmenteraient quant à elles de 1 %. Les prestations légales seraient quasiment stables (0,4 %) sous l'effet, d'une part, de la revalorisation exceptionnelle de l'allocation de rentrée scolaire intervenue en août 2020. D'autre part, les dépenses d'accueil du jeune enfant diminueraient de -6,1 % en raison de la baisse du recours à la garde d'enfants pendant le confinement. Les dépenses d'action sociale progresseraient de 3,3 %, la CNAF ayant maintenu ses financements aux établissements d'accueil du jeune enfant pendant la crise.

Soldes de la branche famille pour les années 2011 à 2021

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales

L'exercice 2021 serait marqué par un excédent de 1,1 milliard d'euros. A la faveur de la reprise de l'activité économique, les recettes de la branche progresseraient de 7 % pour atteindre 50,4 milliards d'euros en 2021. Les dépenses de la branche diminueraient de 2 % en 2021, le présent article fixant l'objectif de dépenses de la branche famille à 49,3 milliards d'euros.

Évolution des prévisions des dépenses et des recettes de la branche famille pour 2021

(en milliards d'euros)	Dépenses	Recettes	Solde
LFSS 2020	50,3	51	0,7
CCSS septembre 2020	50,4	51,2	0,9
PLFSS 2021	49,3	50,4	1,1

La commission des comptes de la sécurité sociale prévoyant un solde hors mesures nouvelles à 0,9 milliard d'euros, **les mesures du PLFSS 2021 concernant la branche famille auraient un effet de + 0,2 Md€ sur le solde.** Cet effet est dû à l'allongement du congé paternité (- 0,2 Md€ en 2021) et à la hausse du produit des cotisations (+ 0,4 Md€) attendue en raison des revalorisations prévues par le Ségur de la santé.

**Impact des mesures prévues par le PLFSS 2021
sur le solde de la branche famille (en milliards d'euros)**

Solde tendanciel	0,9
Congé paternité	-0,2
Effet des revalorisations du Ségur de la santé	+0,4
Solde PLFSS 2021	1,1

Source : PLFSS 2021, annexe 4

Par ailleurs, le financement de l'allocation d'éducation pour l'enfant handicapé (Aeeh) sera transféré à la nouvelle branche autonomie sans impact sur le solde de la branche famille, les moindres dépenses résultant de ce transfert étant neutralisées par une baisse, à due proportion, du produit de taxes affectées à la branche.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission : adoption conforme

La rapporteure prend acte de la dégradation significative des comptes de la branche en 2020, rendue nécessaire par les mesures à prendre pour faire face à la crise sanitaire. Elle salue en effet les décisions prises par le Gouvernement et par la branche famille pour soutenir les familles en difficultés, notamment par le biais de la revalorisation de l'allocation de rentrée scolaire en août dernier, et les acteurs de la petite enfance, aidés par les CAF grâce au déploiement d'aides exceptionnelles.

Le retour à l'équilibre de la branche pour 2021 malgré l'inscription en base de 500 millions d'euros de dépenses nouvelles en année pleine apparaît comme une perspective favorable, bien qu'incertaine au regard de la situation sanitaire actuelle et des conséquences que celle-ci aura dans les mois à venir sur le plan économique et social.

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

Article 49 bis (nouveau)

**Habilitation à légiférer par ordonnances
pour adapter le droit de la sécurité sociale applicable à Mayotte**

Cet article, inséré à l'Assemblée nationale, propose d'habiliter le Gouvernement à légiférer par ordonnances afin d'adapter le droit de la sécurité sociale applicable à Mayotte en matière de prestations familiales, d'assurance maladie et afin de mettre en œuvre la nouvelle branche autonomie.

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

I - Le dispositif proposé

Le présent article, issu d'un amendement du Gouvernement adopté à l'Assemblée nationale, propose d'habiliter le Gouvernement à légiférer par ordonnances afin d'adapter le droit de la sécurité sociale applicable à Mayotte.

• L'habilitation prévue pour un délai de douze mois permettrait au gouvernement de prendre les mesures suivantes, en vertu du I du présent article :

- étendre à Mayotte l'application de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie, de l'allocation journalière de proche aidant, du congé de paternité et d'accueil de l'enfant, de l'allocation journalière de présence parentale et du complément de mode de garde (1°) ;

- valider rétroactivement des périodes d'assurance vieillesse pour les ressortissants du régime de retraite de base obligatoire de sécurité sociale applicable aux résidents à Mayotte (2°) ;

- modifier la composition et la gouvernance de la caisse de sécurité sociale de Mayotte (3°) ;

- rapprocher la législation applicable à Mayotte de celle des autres départements en matière d'assurance maladie (4°) ;

- mettre en œuvre dans ce territoire la branche autonomie de la sécurité sociale (5°) ;

- adapter les conditions d'ouverture de droit aux prestations familiales servies à Mayotte (6°).

• Le II précise qu'afin de prendre en compte les caractéristiques locales, ces modifications de la législation applicable à Mayotte pourront s'effectuer de manière progressive (1°) et avec un contenu adapté (2°). En outre, le rapprochement de la législation pourra s'effectuer en modifiant la législation applicable à Mayotte (3°) ou en adaptant certaines dispositions du code de la sécurité sociale pour les rendre directement applicable à ce territoire (4°).

- Le **III** précise enfin qu'un projet de loi de ratification sera déposé devant le Parlement dans un délai de six mois à compter de la publication de chaque ordonnance.

II - La position de la commission : adoption conforme

Le département de Mayotte fait l'objet de règles dérogatoires en matière de droit de la sécurité sociale, en vertu notamment de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte et de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

Depuis lors, **des mesures de convergence ont été progressivement prises afin de rapprocher la législation applicable à Mayotte de celles des autres départements**, en particulier depuis que Mayotte a acquis le statut de département le 31 mars 2011. Elles ont en effet été engagées sur la base de l'ordonnance n° 2011-1923 du 22 décembre 2011 relative à l'évolution de la sécurité sociale à Mayotte dans le cadre de la départementalisation, telles que l'alignement du montant des allocations familiales à horizon 2026. Elles ont été poursuivies sur le fondement de la loi du 28 février 2017 relative à l'égalité réelle outre-mer¹. La LFSS pour 2020² a également prévu le rapprochement du droit commun des règles applicables à Mayotte s'agissant de l'allocation de rentrée scolaire et de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Les mesures proposées poursuivent donc ce mouvement d'adaptation progressive du droit de la sécurité sociale à Mayotte. Elles permettront, d'une part, de rapprocher des autres départements les règles encadrant l'attribution des prestations sociales à Mayotte et d'y étendre le bénéfice de certaines allocations, ce qui semble justifié au regard du statut de département de ce territoire acquis en 2011. Elles permettront en outre d'appliquer de manière adaptée à ce territoire les réformes en cours de mise en œuvre, telles que la création de la branche autonomie.

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

¹ Loi n° 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique.

² Art. 75 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Article 50

Objectifs de dépenses de la branche autonomie

Cet article, dans sa rédaction initiale, fixe les objectifs de dépenses de la branche autonomie à 31,2 milliards d'euros pour 2021.

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

I - Le dispositif proposé : une branche autonomie encore dans les langes

A. Une branche au périmètre encore imprécis

1. Un périmètre non encore stabilisé

Le législateur a, par la loi du 7 août 2020¹, modifié le premier chapitre du code de la sécurité sociale pour affirmer solennellement que « la Nation affirme son attachement au caractère universel et solidaire de la prise en charge du soutien à l'autonomie, assurée par la sécurité sociale », et estimé en conséquence opportun de créer une nouvelle branche de sécurité sociale chargée de la gestion du risque de perte d'autonomie, dont la gestion a été confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

La clarté des débats parlementaires relatifs au premier exercice de la branche autonomie devra cependant s'accommoder du caractère inachevé de la branche, dont le chantier ne pouvait certes prendre fin en trois mois. L'annexe 10 du PLFSS avance que « le périmètre retenu en 2021 pourra être amené à évoluer dès 2022. Le périmètre de la branche n'est pas pour autant figé dans le temps : il pourra évoluer [...] à l'issue de travaux d'expertise complémentaires ». Le dossier de presse inquiétait davantage en indiquant, à propos du périmètre de la branche, qu'« il s'agit d'un périmètre provisoire qui a vocation à évoluer en fonction des concertations à venir ». Or celles-ci, qui prennent la forme du « Laroque de l'autonomie », ont été lancées officiellement par la ministre déléguée chargée de l'autonomie, Mme Brigitte Bourguignon, le 17 septembre 2020.

¹ Article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi du 7 août 2020 précitée.

2. Un périmètre à ce stade minimal

Le rapport de préfiguration de l'architecture de la nouvelle branche autonomie, remis le 15 septembre 2020 au Premier ministre par M. Laurent Vachey¹, souligne que le périmètre de la branche autonomie ne doit pas se limiter à l'actuelle CNSA, « non seulement parce que le sens de la création d'une 5^{ème} branche n'apparaîtrait plus, mais surtout parce que la dispersion actuelle de dispositifs qui se sont développés de façon indépendante nécessite cet effort de recomposition ». Le rapport ajoute cependant que « la branche autonomie doit aussi ne pas empiéter sur les politiques de droit commun, qui doivent être inclusives et donc prendre en compte les besoins spécifiques des personnes âgées et des personnes situation de handicap : la frontière n'est pas toujours évidente à tracer ».

Au terme de son analyse, Laurent Vachey préconise de loger dans la branche autonomie, outre les dépenses actuelles de la CNSA, pas moins d'une douzaine d'autres dispositifs représentant un total d'environ 42 milliards d'euros. Le transfert aurait pu se faire dès 2021 pour une partie significative d'entre eux, ne nécessitant pas de changements de modes de gestion – tels l'allocation supplémentaire d'invalidité ou les unités de soins de longue durée –, ou en 2022 pour ceux nécessitant un changement d'organisation plus complexe. Ces transferts d'enveloppes, précise encore le rapport, ne génèrent pas de coûts budgétaires.

¹ « La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement », septembre 2020.

Récapitulatif du périmètre de la branche proposé par le rapport Vachey

Périmètre actuel	Transfert vers la branche autonomie (O/N)	Échéance	Montant (en M€, arrondi)
Objectif global de dépense - CNSA	O	2021	22 600
Autres dépenses du budget - CNSA	O	2021	4 250
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	O	2021	1 000
Allocation journalière de présence parentale (AJPP)	N	/	/
CMG Handicap et majorations EAJE	N	/	/
Pensions d'invalidité 1 et 2	N	/	/
Pensions d'invalidité 3 (tierce personne)	O	2022	300
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	O	2021	260
Unités de Soins de Longue Durée (USLD)	O	2021	1 000
Actes infirmiers de soins (AIS) hors SSIAD	N	/	/
Aides techniques de la LPP	N	/	/
FIR enveloppe des PAERPA et MAIA	O	2021	120
Avantages handicap liés à la retraite	N	/	/
CNAV, plans d'action personnalisés et actions collectives	N	/	/
CNAV, résidences autonomie et EHPA	O	2022	60
CNAV, adaptation du logement	O	2022	42
Allocation adultes handicapés (AAH)	O	2022	10 600
Aide au poste des ESAT (GRTH)	O	2021	1 375
Instituts nationaux jeunes sourds et jeunes aveugles (INJ)	O	2021	15
Accompagnement vers l'emploi (programme 157)	O	2021	10
Entreprises adaptées (programme 102)	N	/	/
Protection juridique des majeurs (programme 304)	N	/	/
AGEFIPH et FIPHFP	N	/	/
Aides à l'adaptation du logement (ANAH)	O	2022	80
Total - Périmètre cible de la branche autonomie			41 712

Source : Rapport de M. Laurent Vachey, septembre 2020

Le choix du Gouvernement est finalement timide, qui n'élargit le périmètre des dépenses au-delà de celles que gère déjà la CNSA qu'à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, ressortissant aujourd'hui à la branche famille, dont le montant s'élevait en 2019 à 1,1 milliard d'euros.

B. Un besoin de pilotage consolidé

1. Les dépenses soumises au Parlement : vue générale

La comparaison dans le temps des périmètres de dépense entrant dans le champ de l'autonomie n'est guère commode, à plus forte raison en période exceptionnelle. Se superposent en effet, sous les enveloppes de mesures liées à la crise du coronavirus ou issues du Ségur de la santé :

- un premier indicateur de dépense constitué par les sous-objectifs de l'Ondam délégués à la CNSA pour financer les établissements et services médico-sociaux (ESMS). En 2020, dernière année d'abondement de la caisse par l'assurance maladie puisque le présent PLFSS la dote de ressources entièrement propres, cette enveloppe représente 20,9 milliards d'euros ;

- un deuxième agrégat, l'objectif global de dépense (OGD), qui ajoute aux crédits d'assurance maladie une partie des ressources propres de la caisse contribuant aussi au financement des ESMS. L'OGD ne représente encore que 85 % des dépenses de la CNSA ;

- la CNSA finance en outre par ses ressources propres des prestations – sous forme de concours au financement par les départements des dépenses d'APA et de PCH –, et diverses autres dépenses d'intervention, ainsi que le retrace le tableau ci-dessous, issu des comptes de la CNSA.

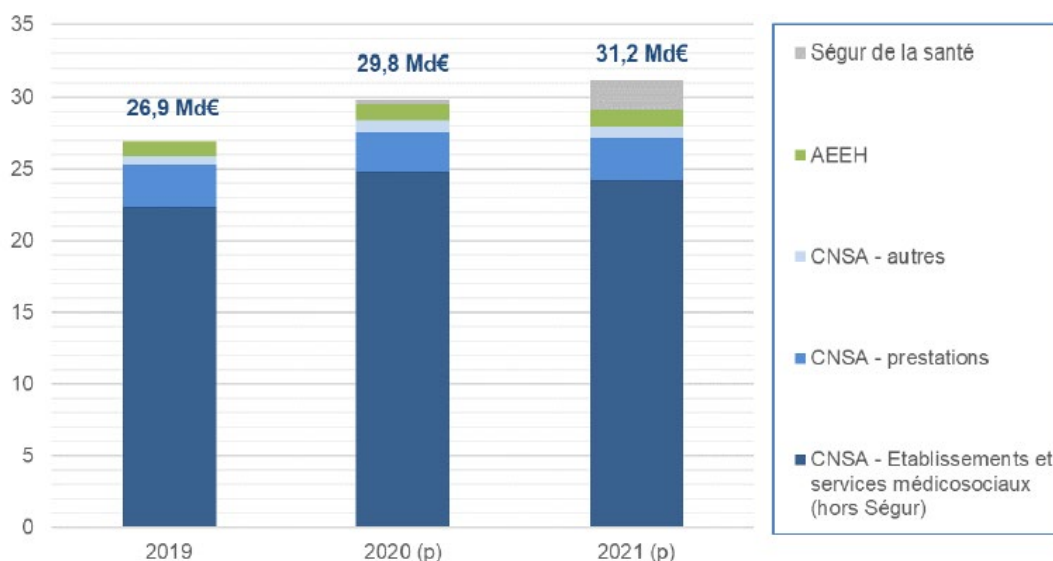
	2019	%	2020 (p)	%
CHARGES	25 874	1,8	28 138	8,8
TRANSFERTS	25 559	1,8	27 745	8,6
Prise en charge de prestations par la CNSA (OGD)	22 336	2,6	24 624	10,2
OGD - Personnes âgées	10 592	3,3	12 228	15,4
Financement CNSA	1 014	0,5	1 293	27,5
Financement ONDAM	9 578	3,5	10 935	14,2
OGD - Personnes handicapées	11 744	2,0	12 396	5,6
Financement CNSA	387	7,7	465	20,1
Financement ONDAM	11 357	1,9	11 932	5,1
Subventions aux fonds et organismes	3 223	-3,3	3 120	-3,2
Participation aux dépenses du FIR	152	15,6	164	8,1
MAIA	96	0,9	96	0,0
GEM	41	12,6	43	5,7
Habitat inclusif	15		25	++
Concours versés aux départements	2 999	-4,4	2 783	-7,2
APA	2 225	-6,5	2 090	-6,1
PCH	615	1,7	535	-13,0
MDPH	154	5,6	154	-0,2
Autres (appui aux Saad, formation, modernisation)	72	13,9	173	++
AUTRES SUBVENTIONS	296	8,2	373	26,0
Subventions d'investissement	128	2,6	114	-11,3
Plans d'aide à l'investissement (PAI) - personnes âgées	97	29,1	82	-15,9
Plans d'aide à l'investissement (PAI) - personnes handicapées	31	-37,4	32	2,9
Subventions fonctionnement, animation, prévention et études	168	12,9	260	++
Aide aux aidants	2	-16,0	16	++
Actions de la prévention de la perte d'autonomie (conférence des financeurs)	136	22,2	185	36,5
Dépenses d'animation, prévention et études / contrats STAPS	30	-14,2	28	-6,0
CHARGES DE GESTION COURANTE	19	--	21	8,9

Dans le présent PLFSS pour 2021, la vue du Parlement se dégage en franchissant non pas un mais trois paliers puisqu'il vote pour la première fois sur un périmètre excédant le premier agrégat, celui de l'Ondam médico-social, pour les englober tous, ainsi que les dépenses de financement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

2. Des dépenses structurellement dynamiques

En 2019, les dépenses de la CNSA ont représenté un montant de 25,9 milliards d'euros, dont 22,3 milliards au titre de l'objectif global de dépense pour les établissements et services médico-sociaux et 3 milliards d'euros de prestations. Le dynamisme de l'OGD, en hausse de 2,6 %, expliquant 2,2 points de l'augmentation des charges de la CNSA, s'explique par la mise en œuvre de la feuille de route personnes âgées et l'accélération de la montée en charge de la réforme tarifaire des Ehpad. Les concours aux départements sont, eux, en légère baisse en raison de régularisation de trop-versés. L'accroissement des recettes en provenance de l'assurance maladie a permis de couvrir ces charges et de maintenir les comptes de la CNSA en excédent de 100 millions d'euros.

Évolution des dépenses entrant dans le périmètre la branche autonomie



Source : Annexe 10.

En 2020, l'objectif global de dépenses s'est accru de 11 %, en raison de la poursuite de la réforme tarifaire et, surtout, de la crise sanitaire, portant les dépenses de la CNSA à 28,4 milliards d'euros, en dépit de la baisse de 6 % des concours aux départements. Mais, même en retirant les mesures exceptionnelles de l'OGD, la dépense a augmenté à un rythme soutenu pour atteindre 26,9 milliards d'euros. Les ressources propres de la caisse ont diminué de 8 % sous l'effet de la chute de l'activité mais la révision de la dotation Ondam, de plus de 10 %, a permis de parer à la couverture de ces charges nouvelles, conduisant toutefois la CNSA à afficher un déficit d'environ 600 millions d'euros.

Les surcoûts liés à la crise sanitaire en 2020

Les sous-objectifs de l'Ondam personnes âgées et personnes handicapées ont été réévalués d'environ 1,5 milliard d'euros pour répondre aux besoins. Les aides se décomposent ainsi :

- 750 M€ pour le versement de la prime exceptionnelle « Covid » (de 1 500 € pour le personnel des 40 départements les plus exposés à l'épidémie et de 1 000 € dans les autres) à hauteur de 506 M€ dans le secteur des personnes âgées et 244 M€ dans celui des personnes handicapées ;

- 675 M€ afin de compenser les surcoûts exceptionnels des Ehpad (231 M€ en juin, puis 200 M€ début octobre) et les pertes de recettes découlant du ralentissement des nouvelles admissions ;

- 105 M€ pour compenser les surcoûts exceptionnels des établissements et services du secteur des personnes handicapées (20 M€ au titre de surcoûts immédiats, et 85 M€ pour développer des solutions de recours) ;

L'annexe 10 précise que la première étape de revalorisation des rémunérations des professionnels des établissements de santé et des Ehpad s'est en outre traduite par une augmentation de l'OGD PA de 275 M€. Cette mesure consiste à revaloriser l'ensemble des personnels de ces établissements de 90 euros nets (80 euros dans le secteur privé lucratif) dès le 1^{er} septembre 2020.

3. Une hausse des dépenses tirée en 2021 par les mesures issues du Ségur

En 2021, les dépenses de la branche s'établissent à 31,2 milliards d'euros. La diminution des dépenses totales de la CNSA – elles passent de 28,4 à 27,9 milliards d'euros –, du fait de la disparition des mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire, est plus que compensée par les revalorisations salariales et les aides à l'investissement décidées dans le cadre du Ségur de la santé, dont l'impact sur les dépenses est estimé à 2,1 milliards en 2021¹, ainsi que par l'inclusion de 1,2 milliard d'euros d'AEEH dans le périmètre des dépenses de la branche. De plus, les dépenses de prestations augmenteraient de nouveau pour s'établir à 3 milliards d'euros.

Les mesures du Ségur forment les trois quarts des mesures nouvelles pour 2021 ; la poursuite de la convergence tarifaire, toujours dans le secteur des personnes âgées, représente 13 % des mesures nouvelles.

¹ Sur le détail des mesures d'investissement, voir le commentaire des articles 26 et 43.

Parmi les 10 % restants, dans le champ du handicap, figurent les 100 millions d'euros consacrés à l'accélération du déploiement de solutions d'accueil et d'accompagnement adaptées - les communautés 360 -, la poursuite de la stratégie nationale autisme et du plan de prévention des départs en Belgique, et le financement de l'extension de la PCH aux besoins attachés à la parentalité. Annoncée à l'occasion de la dernière conférence nationale du handicap de février dernier, elle entrera en vigueur en 2021 et sera financée par la CNSA à partir de 2022 au moyen d'un transfert de recettes depuis la branche famille.

Évolution des dépenses de la branche autonomie (en milliards d'euros)

	2019	2020 (p)	2021 (texte initial)
CNSA - Établissements et services médicosociaux, ou OGD (hors Ségur)	22,3	23,3	24,2
<i>dont Ondam (hors mesures de crise sanitaire)</i>	20,9	21,6	-
<i>dont établissements et services pour personnes âgées</i>			11,7
<i>dont établissements et services pour personnes handicapées</i>			12,4
CNSA - prestations	3	2,8	3
CNSA - autres	0,5	0,8	0,7
TOTAL CNSA (hors Ségur et mesures exceptionnelles)	25,8	26,9	27,9
Mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire	-	1,5	-
TOTAL CNSA (hors Ségur)	25,8	28,4	27,9
Ségur de la santé		0,3	2,1
AEEH	1,1	1,1	1,2
Périmètre de la branche autonomie	26,9	29,8	31,2

Source : Commission des affaires sociales, DSS

4. Des perspectives pluriannuelles déjà dégradées

La nouvelle structure de ressources de la CNSA a été décrite aux articles 16 et 18 : la CNSA devient affectataire de 16,6 milliards d'euros supplémentaires de CSG assise sur les revenus d'activité, de 6,5 milliards de CSG assise sur les revenus de remplacement et de 2,6 milliards de CSG assise sur les revenus du capital, pour la plupart affectées jusqu'alors à la branche maladie.

La branche autonomie est lancée à l'équilibre en 2021, mais il faut observer que le financement par des recettes consolidées de CSG des mesures de revalorisation salariale dans les Ehpad décidées dans le cadre du Ségur de la santé n'y suffit pas : **la couverture des dépenses par les ressources de la caisse n'est complète que grâce aux crédits de relance communautaire destinés à financer le plan d'investissement.**

Il est en outre regrettable que les moyens ne soient pas donnés à la branche autonomie de se maintenir à l'équilibre au-delà de 2021 : l'annexe B du PLFSS prévoit un résultat déficitaire de la branche en 2022 et 2023, puis un résultat excédentaire en 2024, date à laquelle deviendra effectif le transfert de 0,15 point de CSG supplémentaire revenant aujourd'hui à la Cades, conformément aux dispositions de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

Perspectives pluriannuelles des comptes de la branche autonomie

(en milliards d'euros)	2021	2022	2023	2024
Recettes	31,2	32,1	33,1	36,4
Dépenses	31,2	32,3	33,2	34,1
Solde	0	- 0,3	- 0,2	2,3

Source : Annexe B du PLFSS pour 2021

II - Les modifications apportées à l'Assemblée nationale

Le Gouvernement a déposé à l'Assemblée nationale un amendement n° 2755 majorant de 420 millions d'euros l'objectif de dépense, pour le fixer donc à 31,6 milliards d'euros, afin de tenir compte :

- de l'impact de l'amendement n° 2714 adopté à l'article 8, qui avance au 1^{er} décembre 2020 la deuxième tranche de revalorisation salariale, prévue initialement en mars 2021 dans le cadre du Ségur de la santé, ce qui représente un montant de 150 millions d'euros ;

- de la majoration de 120 millions d'euros, par l'amendement n° 2719 adopté à l'article 16, des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA et de la PCH ;

- du soutien à l'attractivité des métiers du domicile par l'amendement n° 2522 créant un article 25 A chargeant la CNSA de distribuer à cette fin aux départements une aide de 150 millions d'euros.

En conséquence, le tableau des perspectives de la branche ferait apparaître un déficit dès l'an prochain :

Perspectives pluriannuelles des comptes de la branche famille après examen à l'Assemblée nationale

(en milliards d'euros)	2021	2022	2023	2024
Recettes	31,3	32,2	33,2	36,6
Dépenses	31,6	32,7	33,6	34,5
Solde	- 0,3	- 0,5	- 0,3	2,1

Source : Annexe B du PLFSS pour 2021 dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale en première lecture.

III - La position de la commission : adoption conforme

La commission se réjouit que la vue du Parlement sur les dépenses de soutien à l'autonomie soit ainsi dégagée à l'ensemble des dépenses de la CNSA, augmentées de celles de l'AAEH.

Elle regrette cependant 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. Elle regrette également 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.

En dépit de ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 51

Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

Cet article vise 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 stabilisées

A. Une situation 2020 dégradée par la crise sanitaire

La tendance baissière que connaissent les dépenses du fonds a été freinée par les conséquences de l'épidémie. Les dépenses pour 2020 seraient ainsi supérieures de 4,8 % à l'exercice 2019.

Les prises en charges de cotisations augmenteraient fortement en 2020 :

- **l'augmentation sensible des effectifs de chômeurs (8,8 %)** conduit à une hausse du transfert des prises en charge des cotisations de 9 %, soit **1 milliard de plus qu'en 2019** ;

- la mise en place d'un transfert exceptionnel vers le régime général **au titre des périodes d'activité partielle** dans les régimes alignés représente un **coût supplémentaire de 200 millions d'euros**.

En outre, **les prises en charge de cotisations maladie, invalidité et AT-MP** montreraient également **un fort dynamisme, à hauteur de 11 %**. Cela résulte notamment de la création de nouvelles indemnités journalières durant l'épidémie.

Du côté des prestations, la fin de la contribution au minimum contributif conduit à une baisse d'1 milliard d'euros des dépenses. La dernière revalorisation exceptionnelle du minimum vieillesse fait cependant progresser les dépenses de 350 millions d'euros.

Une prise en charge des droits à la retraite de base au titre de l'activité partielle

Le recours massif à l'activité partielle durant la crise sanitaire a mis en lumière une faiblesse potentielle dans la constitution de droits à la retraite pour les salariés. En effet, **l'activité partielle, non soumise à cotisations, ne génère aucun droit à la retraite de base.**

Pour les rémunérations les plus faibles, il existait ainsi un risque de ne pas totaliser une rémunération supérieure à 600 heures-smic sur l'année, nécessaire pour valider 4 trimestres d'assurance retraite en 2020.

La loi du 17 juin 2020 portant diverses dispositions urgentes relatives à la crise sanitaire a **prévu la validation de droits à la retraite dans les régimes alignés au titre des périodes d'activité partielle du 1^{er} mars au 31 décembre 2020.** Les périodes d'activité partielles sont ainsi **prises en compte pour le calcul de la durée d'assurance** nécessaire pour le taux plein ; il s'agit ici de trimestres validés et non cotisés.

Sur le modèle des autres validations de droits à la retraite pour les actifs au titre du chômage indemnisé ou de la maladie par exemple, **le FSV prend en charge les cotisations pour l'acquisition de ces droits, se traduisant par un transfert vers la CNAV.**

Le montant de ce transfert est, comme pour les autres périodes assimilées, **calculé en fonction du taux de cotisation de droit commun, d'une assiette égale au Smic et d'une estimation du nombre d'heures d'activité partielle effectuées en 2020.** N'est cependant retenue qu'une fraction de ce produit représentative du **pourcentage des assurés pour lesquels cet octroi de droits aboutirait à augmenter le nombre de trimestres validés** dans l'année.

Pour 2020, le Gouvernement indique que les hypothèses retenues pour calibrer le montant du transfert du FSV au titre de l'activité partielle reposent sur **des projections, à ce stade encore incertaines,** du recours à l'activité partielle (hypothèse de **2,5 milliards d'heures dans l'année, réparties entre 8 millions de salariés**) et de la part des personnes pour lesquelles le maximum de 4 trimestres est déjà validé durant l'année (hypothèse de la CNAV de 94,5 %).

Ainsi, sur 2020, **440 000 salariés bénéficieraient de la mesure, et le transfert correspondant s'élèverait à 245 millions d'euros.** Ce transfert sera ajusté en fonction des données constatées.

B. Une baisse des dépenses prévues pour 2021

Le présent article fixe la prévision des **charges du fonds de solidarité vieillesse pour 2021 à 19,2 milliards d'euros, soit 500 millions d'euros de moins** que sur le montant rectifié pour 2020, ou 2,6 %.

Cette baisse résulterait notamment du **moindre coût pour le fonds de la prise en charge du chômage sur 2021**, le Gouvernement tablant sur une reprise économique l'an prochain.

Ainsi, si **les prises en charge de prestations au titre du minimum vieillesse qui progresseraient encore à hauteur d'1,8 %**, les autres prises en charges connaîtraient une diminution du fait du rétablissement de la situation économique : **les prises en charge de cotisations sont ainsi attendues en baisse de 3,8 %**.

La trajectoire de dépenses du FSV est stable pour les années suivantes, avec une prévision à 19,3 milliards d'euros en 2024.

Il convient de noter une **évolution du côté des recettes** du fonds, modifiées cette année, modifiées en 2021 **du fait de la création de la nouvelle branche autonomie**. Une partie de sa fraction de CSG sur les revenus du capital, à hauteur de 2,6 milliards d'euros, serait affectée à la nouvelle branche tandis que sa fraction de CSG sur les revenus du remplacement augmenterait à due concurrence. **Ce changement n'a pas d'impact sur le solde**.

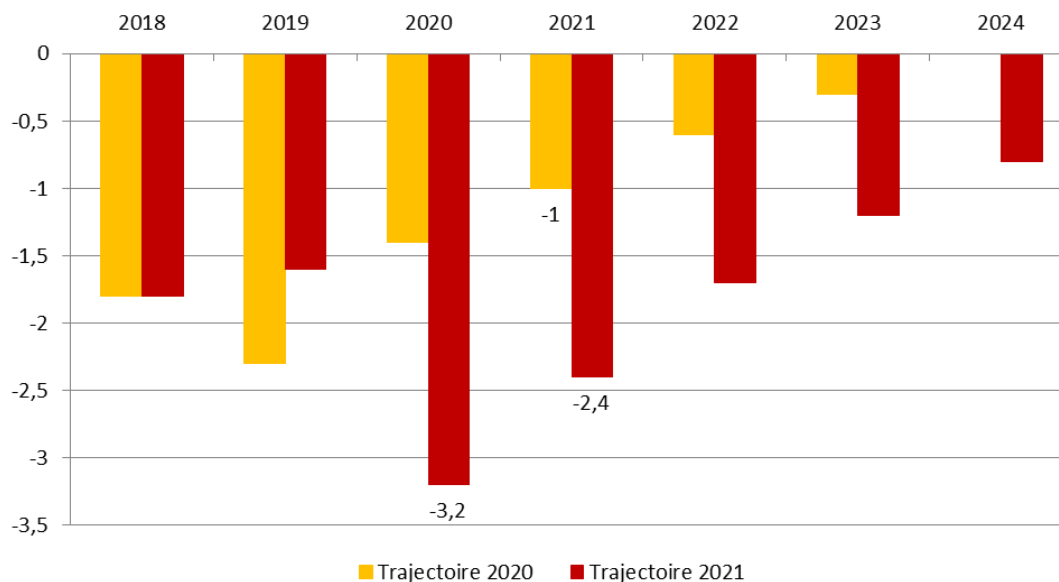
C. Un solde à la trajectoire dégradée du fait de la crise sanitaire

Comme pour la branche vieillesse, la contraction de l'activité économique a conduit à une **baisse brutale des ressources** du fonds qui, conjuguée à l'augmentation des dépenses, a produit **une dégradation importante du solde**.

Si les recettes du fonds et donc son solde devraient se rétablir progressivement au cours des prochaines années, les prévisions jusqu'en 2024 montrent **des déficits bien supérieurs aux prévisions de 2020**.

Solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la branche vieillesse

en milliards d'euros



Source : Commission des affaires sociales, d'après données du PLFSS 2021

II - Les modifications apportées à l'Assemblée nationale : une pérennisation de la prise en compte de l'activité partielle

Cet article a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

Cependant, les dispositions relatives à la validation des périodes d'activité partielle au titre des droits à la retraite de base devraient être pérennisées par l'article 6 bis introduit par un amendement du Gouvernement. Celles-ci auront un impact sur les dépenses futures du fonds.

III - La position de la commission : l'adoption de cet article

La commission constate les dépenses prévues en baisse pour 2021 après une hausse sensible sur 2020, à 19,7 milliards d'euros, soit 800 millions d'euros d'écart à la prévision.

Alors que la CADES doit reprendre progressivement les 9,9 milliards d'euros de déficits cumulés du FSV, la recherche d'un équilibre financier durable doit être poursuivie.

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

Article 52 (nouveau)

Rapport sur la capacité d'accueil dans le secteur médico-social

Cet article prévoit que le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la capacité d'accueil des enfants et adultes handicapés dans le secteur médico-social.

La commission vous demande de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé

Cet article, issu de l'amendement n° 2300 cosigné par une trentaine de députés du groupe La République en marche, dispose que dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la capacité d'accueil dans le secteur médico-social, afin d'accueillir des enfants et des adultes souffrant de handicap. Ce rapport se voit confier la charge de :

- présenter la capacité d'accueil de ces structures pour tous les âges de la vie ;
- dresser une cartographie des établissements existants sur le territoire ;
- identifier le nombre de jeunes adultes maintenus en structures pour enfants et adolescents en situation de handicap au titre du dispositif prévu à l'article L. 242-4 du code de l'action sociale et des familles ;
- présenter les établissements pour adultes construits sur un modèle inclusif ou d'habitat diffus ;
- présenter l'impact en création ou en transformations de places dans les programmations prévues dans les schémas d'organisation sociale et médico-sociale et les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

II - La position de la commission : suppression de l'article

La CNSA, chargée de la gestion du risque autonomie couvert par une nouvelle branche de sécurité sociale, s'est vu confier par l'article 16 du présent texte, qui rationalise ses missions, celle d'assurer « *la collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services et de prestations* », mission dont la convention d'objectifs et de gestion qui la lie à l'État pourra éventuellement préciser les contours.

En toute hypothèse, il ne devrait pas être nécessaire de requérir la remise d'un rapport dans six mois pour obtenir de telles informations.

En conséquence, la commission vous demande de supprimer cet article.

Article additionnel après l'article 52
**Expérimentation d'un conventionnement
entre les différentes autorités tarifaires des structures cofinancées
afin d'organiser des délégations de compétences**

Cet article autorise les autorités de tarification compétentes à établir par convention une délégation de compétence d'autorisation et de tarification des établissements et services pour personnes âgées au profit de l'une d'entre elles.

Cet article dispose qu'à titre expérimental, pour une durée de cinq ans, les autorités compétentes en matière de tarification des établissements et services destinés aux personnes âgées peuvent, par convention, organiser au profit de l'une d'entre elles la délégation de la compétence de fixation et de révision des tarifs attribués à ces établissements.

Faute d'être saisi de la réforme du grand âge et de l'autonomie promise depuis maintenant deux ans par le Gouvernement, le Parlement est fondé à proposer toute amélioration opérationnelle de la prise en charge des personnes âgées et handicapées. En l'espèce, il s'agit ici de proposer un assouplissement des règles de gouvernance du secteur, dans la lignée des pistes de réflexions les plus récemment versées au débat public.

Le rapport remis le 14 septembre dernier au Premier ministre par M. Laurent Vachey¹ estime ainsi que dans un esprit « *de simplification, il serait légitime d'ouvrir la possibilité de délégations de compétences en matière d'autorisation et de tarification des ARS vers les départements volontaires* ». Cette préconisation converge avec celles des travaux du Sénat les plus récents.

Le rapport de la mission d'information présidée et rapportée par nos collègues Arnaud Bazin et Cécile Cukierman² estimait ainsi en septembre que « *l'enchevêtrement des compétences [...] entre l'État (via les ARS) et les départements est en effet source de blocages, de perte d'efficacité et d'opacité pour les usagers [, constat qui] s'applique tout particulièrement à la gestion des Ehpad* ». Ce diagnostic et celui des présidents Gérard Larcher, Philippe Bas et Jean-Marie Bockel en juillet³ convergent vers l'idée de confier aux départements, ne serait-ce qu'à titre expérimental, le pilotage des Ehpad.

La commission vous demande d'adopter cet article additionnel ainsi rédigé (amendement n° 203).

¹ « *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement* », septembre 2020.

² *Rapport de la mission d'information « Quel rôle, quelle place, quelles compétences des départements dans les régions fusionnées, aujourd'hui et demain ? »*, publié le 15 septembre 2020.

³ « *Pour le plein exercice des libertés locales : 50 propositions du Sénat pour une nouvelle génération de la décentralisation* », le 2 juillet 2020.

TRAVAUX DE LA COMMISSION - EXAMEN DU RAPPORT

Réunie le mercredi 4 novembre 2020 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 2021 : M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général en charge des équilibres financiers généraux, Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie, M. René-Paul Savary, rapporteur pour l'assurance vieillesse, Mme Élisabeth Doineau, rapporteure 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 souhaite tout d'abord la bienvenue à notre nouvelle collègue Laurence Garnier, sénatrice de Loire-Atlantique, qui remplace Christophe Priou à mi-mandat, et je salue les commissaires qui assistent à cette réunion à distance, ainsi que notre collègue Christian Klinger, rapporteur pour avis de la commission des finances, qui assiste à nos travaux.

Nous examinons le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021.

J'indique pour nos nouveaux collègues que les textes financiers, comme les textes constitutionnels, restent soumis à la procédure qui était en vigueur pour l'ensemble des textes avant la réforme constitutionnelle de 2008, c'est-à-dire que nous n'adoptons pas de texte de la commission, le texte examiné en séance étant celui qui a été transmis par l'Assemblée nationale, et que seuls les amendements des rapporteurs seront examinés ce matin.

Nos travaux sont impactés par la réunion du Bureau du Sénat, qui se tient pendant notre réunion de commission et qui requiert la présence de deux de nos rapporteurs, Corinne Imbert et Pascale Gruny, qui devront s'absenter avant 9 heures et dont nous attendrons le retour pour la présentation de leur rapport.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général, chargé des équilibres financiers généraux. – Il y a deux ans à peine, nous saluons le retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale en examinant le PLFSS pour 2019. L'année dernière encore, malgré des perspectives financières dégradées, l'objectif d'une extinction de la dette sociale en 2024 paraissait encore atteignable. Hélas, cette année, c'est dans un contexte sanitaire, économique, financier et social considérablement plus sombre que nous sommes appelés à examiner le PLFSS pour 2021.

Vous connaissez l'originalité des lois de financement de la sécurité sociale. Dans leur format actuel, elles nous invitent successivement à approuver les comptes de l'exercice écoulé, à rectifier les tableaux d'équilibre de l'année, à examiner les recettes puis les dépenses de l'exercice à venir, et même, en fin de troisième partie, à approuver des orientations et une trajectoire financière jusqu'à l'année n+4, c'est-à-dire 2024. Mon intervention concernera donc toute cette période.

Pour 2019, la sécurité sociale a enregistré un déficit de 1,9 milliard d'euros sur le périmètre du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), lequel représente 404 milliards d'euros en dépenses. Il pourrait presque paraître mesquin aujourd'hui d'observer que l'objectif d'un retour à l'équilibre n'a pas été atteint en raison des mesures de non-compensation adoptées ces deux dernières années dans la foulée du rapport Charpy-Dubertret sur la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale. Ces non-compensations ont coûté 4,3 milliards d'euros à la sécurité sociale l'année dernière.

La crise liée à l'épidémie de covid-19 a évidemment bouleversé notre pays, son économie et ses finances publiques, notamment celles de la sécurité sociale, qui joue à plein son rôle de « filet de sécurité » pour nos concitoyens en cette période difficile.

Face à la crise et à son évolution permanente, les incertitudes sont majeures. Le Gouvernement a déjà révisé les tableaux d'équilibre de 2020 et 2021 à l'Assemblée nationale. Ils pourraient être de nouveau ajustés au Sénat, notamment pour tenir compte des effets du nouveau confinement. Toutefois, quelques constats ressortent clairement.

Tout d'abord, la sécurité sociale connaîtra en 2020 le plus lourd déficit de son histoire, et de très loin : au moins 46,6 milliards d'euros pour le régime général et le FSV, là où le précédent « record », en date de 2010, était de 28 milliards d'euros.

En effet, l'ensemble des branches a subi une très forte baisse des recettes, principalement sous l'effet de la chute de l'activité et de la très forte contraction de la masse salariale du secteur privé, qui a diminué de 7,9 %. Cette baisse est de plus de 32 milliards d'euros par rapport à la prévision de la LFSS pour 2020, malgré une recette exceptionnelle de 5 milliards d'euros : le versement en une fois de la soulte de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (Cnieg) par le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) à la branche vieillesse.

En face de ces baisses de recettes, les dépenses de la plupart des branches sont restées relativement conformes à la prévision de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020, à la notable exception de la branche maladie. En effet, les dépenses relevant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) ont bondi de 12,5 milliards d'euros à par rapport à la prévision de l'année dernière. Il s'agit bien sûr avant tout de l'effet des surcoûts liés à la crise du covid-19 – environ 10,5 milliards d'euros en net – et des premières mesures du Ségur de la santé qui présenteront, elles, un caractère pérenne, et dont le coût en 2020 est estimé à 3,4 milliards d'euros. Au total, l'Ondam devrait passer en un an de 200,2 milliards d'euros en 2019 à 218,1 milliards en 2020. Cela représente près de 18 milliards d'augmentations, soit 9 %.

Ces chiffres donnent le vertige. Mais, encore une fois, ils traduisent l'intensité de la crise et le rôle indispensable de la sécurité sociale en ces temps difficiles.

Pour 2021, un fort rebond est attendu, qui devrait améliorer le niveau des recettes, mais les incertitudes sont très fortes. Tout dépendra bien sûr de l'évolution de l'épidémie et de notre capacité à remettre l'économie sur les rails. En toute hypothèse, le déficit du régime général et du FSV devrait se situer à un niveau proche de celui de 2010 : 27,9 milliards d'euros selon les prévisions actualisées du Gouvernement. En particulier, alors que les autres branches devraient se redresser, les branches maladie et vieillesse présenteraient toujours un solde très dégradé : leur déficit serait respectivement de 19,7 milliards d'euros et 6,4 milliards d'euros.

Face à cela, je regrette que le Parlement n'ait pas été davantage associé aux grands choix du Gouvernement. Je n'ai pas trouvé normal que nous ne soyons pas saisis d'un projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale cette année, au vu de l'ampleur des révisions qui ont été opérées et des mesures qu'il a fallu prendre : financement de Santé publique France, plafond de découvert de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), etc. J'espère que nous pourrons nous prononcer l'année prochaine, si les hypothèses sur lesquelles se fonde ce budget devaient être de nouveau bouleversées.

Pour autant, sur le fond, je ne vous proposerai pas de remettre en cause ces décisions : je préconise ainsi l'adoption des articles essentiels, qui ratifie les décisions prises en urgence en 2020 ainsi que les différents tableaux d'équilibre.

Ma véritable inquiétude et ma divergence avec ce PLFSS viennent de la trajectoire des comptes sociaux après la sortie de la crise actuelle. L'annexe B du projet de loi, qui trace des perspectives jusqu'en 2024, prévoit ainsi un déficit de la sécurité quasiment stabilisé à un niveau très lourd : plus de 20 milliards d'euros chaque année, malgré des hypothèses de croissance du PIB et de la masse salariale relativement optimistes.

Un tel niveau ne serait évidemment pas supportable pour la sécurité sociale. Ainsi, dès 2024, les déficits cumulés dépasseraient de 50 milliards d'euros le plafond des transferts que nous avons autorisés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) dans la loi du 7 août dernier relative à la dette sociale et à l'autonomie. Je vous rappelle pourtant qu'au vu des autorisations que nous avons données, le montant total des emprunts de la Cades devrait passer de 260 milliards d'euros à 396 milliards d'euros d'ici à 2024, dont une provision de 92 milliards pour couvrir les déficits 2020-2023, laquelle apparaît d'ores et déjà insuffisante. Autant dire que la dette deviendrait perpétuelle, ce qui pose d'évidents problèmes d'équité entre générations et de soutenabilité de notre modèle social.

Il importe de dire dès à présent que, quand notre pays sera sorti de la crise, nous devons, comme après 2010, reprendre la voie de la recherche de l'équilibre des comptes sociaux. Pour y parvenir, nous devons tout d'abord partir d'un déficit plus réaliste des comptes sociaux. La sécurité sociale doit, certes, payer ses dettes, mais elle ne doit payer que ses dettes.

Je formulerai donc des propositions en matière de compensation par l'État : de charges qui devraient être les siennes et qui n'ont été transmises que par commodité à la sécurité sociale – je pense en particulier à l'agence Santé publique France, dont le budget est passé de 150 millions d'euros à 4,8 milliards d'euros dès la première année d'un transfert que nous avions refusé ; et de pertes de recettes, qui résultent d'exonérations et de réductions décidées depuis deux ans à l'initiative du Gouvernement, et non compensées sur le fondement erroné d'un retour durable des comptes sociaux dans le vert. C'est également dans cet esprit que Corinne Imbert pourrait aborder la question du financement des investissements hospitaliers par la Cades, dont ce n'est pas le rôle, que prévoit l'article 27 de ce PLFSS... Mais un tel réajustement ne nous exonérerait pas de décisions difficiles à venir pour maîtriser à moyen terme l'évolution des dépenses des différentes branches. Pour illustrer ce propos, on peut observer que la dégradation de 22 milliards d'euros du solde de la sécurité sociale en 2023 de ce PLFSS par rapport à celui de l'année dernière s'explique pour un tiers par des recettes en moins, à cause des suites de la crise, mais pour deux tiers – 15 milliards – par des dépenses supplémentaires.

Les branches vieillesse et maladie, dont les déficits prévisionnels sont les plus lourds, seront les principales concernées, avec les conséquences financières du Ségur de la santé, et les retraites dont le déséquilibre s'accroît, mais qu'il faudra rétablir un jour en concertation avec les partenaires sociaux.

M. Jean-Noël Cardoux. – *Je souscris aux propos du rapporteur général. Nous aurions pu rejeter l'ensemble du PLFSS en raison de sa trajectoire financière dangereuse, mais il n'y a pas de solution de substitution dans le contexte d'une crise que l'on ne maîtrise pas.*

Si l'on veut faire des économies, il faut creuser la piste de cette « tuyauterie » incompréhensible que nous dénonçons depuis des années : ces charges que l'État transfère sur le budget de la sécurité sociale et ne rembourse jamais. Le chiffre de 5 milliards d'euros a été avancé...

Le coût de Santé publique France est scandaleux. Les agences sanitaires n'ont pas cessé de communiquer depuis des mois ; or, sur le terrain, après la pénurie de masques et de tests, voici celle des vaccins anti-grippe ! À cet égard, une conseillère du ministère de la santé, que j'interrogeais pour le compte de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) de ma commune, m'a fait hier une réponse ahurissante : « Il semble qu'à la fin de la semaine la CNSA va lancer une enquête auprès des Ehpad pour déterminer les ruptures de stocks. »

Il faudrait donner un coup de balai dans ces agences qui ont montré leur incurie, mais sont pourtant au nombre de 1 200, pour un budget annuel phénoménal de 80 milliards d'euros. J'ai été nommé au Haut Conseil pour le financement de la protection sociale (HCFi-PS), qui m'envoie des documents incompréhensibles ; on dépense des sommes colossales pour ce genre d'actions !

Il faut, selon moi, remettre en cause la création du « cinquième risque » de la sécurité sociale, et surtout se pencher sur le déficit du régime de retraite en agissant sur les paramètres de l'âge de départ et de la durée de cotisation.

M. René-Paul Savary. – *Ce PLFSS est ambigu puisqu'il n'a été tenu compte ni de la deuxième vague de l'épidémie ni des annonces faites, qui n'ont pas été répercutées, ni du manque de recettes lié, notamment, à la fermeture des petits commerces. On peut donc s'interroger sur la sincérité de ce texte. Dans une telle période de crise, des projets de loi de financement rectificative de la sécurité sociale (PLFRSS) sont nécessaires, et le Parlement doit être associé aux discussions si l'on veut que les Français comprennent ce dont il retourne.*

Il faut prendre dès à présent des mesures de compensation, portant notamment sur le régime de retraite, pour obtenir des résultats dans quelques années. Je proposerai donc un amendement visant à relancer la conférence sur le financement et l'équilibre des retraites.

Vous avez formulé beaucoup de critiques, monsieur le rapporteur général, pour émettre finalement un avis favorable sur ce PLFSS. On pourrait suivre une autre logique : critiquer moins et donner un avis défavorable.

M. Bernard Jomier. – *Le contexte étant chaotique, j'emploierai non pas le terme d'insincérité, mais celui de désordre puisqu'il faut rectifier en permanence les tableaux d'équilibre, ce qui a d'ailleurs eu lieu lors de la discussion à l'Assemblée nationale via des amendements du Gouvernement. D'autres mesures traduisent, en revanche, une préparation brouillonne, les besoins de financement de notre système de soins n'ayant pas été suffisamment pris en compte. Le retard dans l'application du Ségur a empêché un mouvement de retour ou de maintien de certains professionnels de santé dans le secteur hospitalier.*

Pour ce qui concerne la compensation, le projet de loi est flou. Le rapporteur général tente d'y apporter une réponse, qui ne sera peut-être pas suffisante, par voie d'amendement, et je lui en donne acte.

La création de la cinquième branche de la sécurité sociale, que mon groupe a approuvée, est sous-financée. Nous pourrions, dans le cadre de ce PLFSS, améliorer les perspectives de financement de ce risque, même si nous n'en connaissons pas le cadre exact faute d'un projet de loi sur le grand âge et l'autonomie.

Le transfert de Santé publique France sur le budget de l'assurance maladie est un non-sens absolu. Le financement de cette agence n'a rien à faire dans le PLFSS.

M. Olivier Henno. – *Je félicite le rapporteur général pour sa clarté. Je note que le déficit de 20 milliards d'euros, durable jusqu'en 2024, est à la fois conjoncturel et structurel.*

Avant la crise du Covid, les Français avaient une confiance absolue dans leur modèle social, qui apparaît désormais moins solide. Nous ne pourrions pas faire l'économie d'une réforme profonde et globale de ce système, car un tel déficit est intenable pour les générations futures. Si nous ne parvenons pas à juguler le déséquilibre des comptes sociaux, nous serons confrontés à une fracture générationnelle.

Mme Laurence Cohen. – Ce nouveau confinement est un aveu d'échec et de non-anticipation. Nous sommes confinés parce que nos capacités hospitalières atteignent leurs limites. Or j'entends dire qu'il faudrait revenir à l'équilibre et faire des économies sur le dos de notre protection sociale... Non, la pandémie n'a pas montré la fragilité de notre modèle social ! La sécurité sociale a au contraire joué ce qui, selon nous, est son rôle, en particulier en prenant en charge intégralement les tests et la télé-médecine.

Ce PLFSS, en effet extraordinaire, fait peser sur la sécurité sociale toutes les dépenses liées au covid. L'Ondam, « hors Ségur » et « hors covid », est bas, en deçà de 4,5 % ! Il nous faut construire, alors que nous entrons dans une ère de pandémies, un système de santé à la hauteur de ces défis. Nous présenterons des amendements de suppression de certains articles et des propositions alternatives, car il est possible de financer différemment notre modèle social.

M. Alain Milon. – Je regrette que le rapporteur général ne soit pas plus sévère. Ce PLFSS est pour moi une énorme déception. Je rejoins Olivier Henno et Laurence Cohen : hors covid et hors Ségur, le niveau de l'Ondam est inférieur à ce que promettait Mme Buzyn, soit 1,3 %, et scandaleusement bas pour les hôpitaux. Bernard Jomier l'a dit, ce texte est mal construit, brouillon, comme si le Gouvernement avait perdu le contrôle...

J'aurais souhaité que ce projet de loi prévoie une réforme complète de l'assurance maladie au niveau tant des recettes que des dépenses. Après tout, nous avons bien créé la cinquième branche dans un texte relatif à la Cades en juillet dernier... Je ne voterai pas ce PLFSS.

Mme Laurence Cohen. – Je vous soutiens.

Mme Catherine Deroche, présidente. – La situation étant différente de celle de l'an passé, on ne peut pas parler d'insincérité, même si ce projet de budget fluctue au fil des annonces et de la crise. M. Dussopt nous a d'ailleurs annoncé de nouvelles modifications quant aux pertes de recettes et à l'augmentation des dépenses.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Toutes ces remarques sont justes. J'ai insisté sur les grands déséquilibres, mais les branches familles et accidents du travail-maladies professionnelle (AT-MP) sont, quant à elles, presque à l'équilibre.

Sur Santé publique France, je rejoins Jean-Noël Cardoux. Je l'ai dit à M. Dussopt, la logique serait que l'État reprenne à sa charge ses dépenses, d'autant que les exonérations de charges liées au covid sont intégralement compensées. Pour ce qui concerne les agences sanitaires, peut-être faut-il donner un coup de balai, ou tout remettre à plat ; nous l'avons déjà fait sans en tirer suffisamment de conclusions, car il y a toujours une excuse pour ne rien changer.

Il est en revanche difficile de remettre à plat l'ensemble du système de santé, comme le souhaite Alain Milon, lors de l'examen du PLFSS. Mais il est vrai, j'en suis d'accord avec Laurence Cohen, qu'il faut revoir le financement de notre modèle social. En effet, les recettes provenant des cotisations sociales baissent tandis que les dépenses augmentent, et ce déséquilibre continuera à progresser si l'on n'agit pas.

Je ne souhaite pas, en revanche, que l'on intègre toutes les dépenses dans le budget de l'État en prévoyant de financer uniquement par l'impôt. Nous avons intérêt à maintenir le périmètre des dépenses sociales pour pouvoir les maîtriser.

Je répondrai à René-Paul Savary que les prévisions du Gouvernement sont certes optimistes, mais pas insincères. Il y a beaucoup d'inconnues et la situation va encore évoluer.

Je suis préoccupé, comme Olivier Henno, par le déficit, dû pour une part à un manque de recettes et pour l'autre à des dépenses qu'il nous faut assumer. Une première tranche des besoins, notamment la revalorisation des salaires des personnels soignants, a été portée par le Ségur, mais nous ne sommes pas arrivés au bout...

Votre point de vue, madame Cohen, est très hospitalo-centré...

Mme Laurence Cohen. – *Je me suis sans doute mal exprimée.*

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *En Allemagne, où les hôpitaux fonctionnent bien, ne sont pas débordés et accueillent mieux que chez nous, les dépenses de sécurité sociale, au sein desquelles l'hôpital ne représente que 28 %, sont à l'équilibre. Les médecins généralistes allemands prennent donc en charge une partie des actes qui, en France, sont faits à l'hôpital, lequel représente dans notre pays 37 % des dépenses. Nous devons donc mener une réflexion sur notre système de santé et c'est la tâche qui nous attend demain.*

M. René-Paul Savary, rapporteur de la branche vieillesse. – *La crise sanitaire a nettement dégradé le solde de la branche vieillesse pour 2020. Le régime général serait ainsi en déficit de 7,8 milliards d'euros en 2020, contre 2,7 milliards attendus en LFSS pour 2020. Pour l'ensemble des régimes de base, ce déficit atteindrait 9,6 milliards d'euros contre 3,2 milliards prévus. Je rappelle que le régime obligatoire de base et le FSV représentent 251 milliards d'euros. Alors que les dépenses n'ont pas connu d'évolution résultant de la crise, c'est bien la contraction majeure des recettes, avec l'effondrement des cotisations, qui est la cause de ce déficit.*

Je tiens à souligner que le déficit extrêmement important que nous constatons est cependant déjà minoré par rapport au déficit réel de cet exercice.

Du côté du FSV, les dépenses ont augmenté en raison de la hausse du nombre de chômeurs, et de la prise en compte nouvelle de droits pour les salariés placés en activité partielle. Le solde est dégradé de 1,8 milliard d'euros à 3,2 milliards. Cette situation financière dégradée de 2020 se prolongera malheureusement sur les exercices à venir. Le déficit de l'ensemble de la branche, tous régimes obligatoires et FSV compris, est ainsi projeté à 11,6 milliards d'euros en 2024.

Pour 2021, l'article 48 prévoit des objectifs de dépenses pour la branche vieillesse : à 251,9 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base ; à 144,7 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale. Après deux années de sous-revalorisation des pensions, le Gouvernement n'a pas choisi de prévoir de telles mesures dans ce PLFSS. Pour autant, l'inflation attendue à 0,4 % conduit de facto à une revalorisation très faible des pensions.

Les dépenses pour 2021 sont ainsi en hausse modérée : 2 % pour l'ensemble des régimes obligatoires. Les soldes seraient respectivement de - 4,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base et - 7,3 milliards d'euros pour le seul régime général.

L'article 51 prévoit les charges du FSV pour 2021, qui devraient diminuer de 500 millions d'euros par rapport à 2020, du fait de la baisse prévue de la prise en charge de cotisations.

Je vous proposerai d'adopter ces deux articles relatifs aux dépenses pour 2021.

Si la crise sanitaire a brutalement dégradé la situation financière de la branche vieillesse, elle a également heurté de plein fouet la réforme des retraites. L'année 2020 s'annonçait comme l'année de cette réforme et nous avions mené, avec le rapporteur général, plus de 50 auditions pour préparer l'examen des deux textes, organique et ordinaire, au Sénat. L'épidémie que nous subissons depuis le mois de mars a cependant conduit le Gouvernement à suspendre la réforme ; le Sénat ne s'est donc pas prononcé à cet égard.

Cette réforme devait, je le rappelle, parvenir à une fusion des régimes obligatoires, de base et complémentaires, au sein d'un unique régime universel. Elle devait surtout garantir l'équilibre du futur système de retraite et, à cette fin, rétablir l'équilibre du système actuel d'ici à 2027.

Concernant les moyens de parvenir à cet équilibre, le Gouvernement avait d'abord proposé un « âge pivot » pour une pension au taux plein, remplaçant la durée d'assurance. Autour de cet âge aurait trouvé à s'appliquer un mécanisme de décote et de surcote. Compte tenu des mouvements sociaux, le Gouvernement avait choisi de « retirer » cet article au profit de la création d'une conférence de financement censée aboutir au mois d'avril. Le débat sur l'équilibre financier du système actuel était donc renvoyé à la seule nouvelle lecture... Cette conférence n'a pas pu achever ses travaux du fait du confinement et ne les a pas repris.

Alors que le Gouvernement a annoncé à la rentrée saisir les partenaires sociaux sur ce sujet, il a fait le choix de ne présenter dans ce PLFSS aucune mesure de redressement des comptes de la branche vieillesse.

Pourtant, si la crise occasionne un déficit conjoncturel jusqu'en 2024, une part du déficit est bien structurelle. Surtout, à l'horizon de 2030, si les prévisions du Conseil d'orientation des retraites (COR) n'ont pas été actualisées depuis novembre 2019, l'impact de la crise économique ne peut laisser imaginer que le système de retraite soit en 2030 dans une meilleure situation que celle qui était anticipée l'an dernier. J'estime que nous devons avoir à l'égard de cette trajectoire une position responsable : cela signifie reconnaître qu'il faudra nécessairement prendre des mesures paramétriques, et que celles-ci ne doivent pas tarder, mais aussi constater que la crise économique ne permet pas de les envisager avant 2022.

Je vous propose donc d'adopter un amendement portant article additionnel avant l'article 48. Celui-ci prévoit la convocation d'une conférence de financement chargée de formuler des propositions visant au rétablissement de l'équilibre du système de retraite à l'horizon de 2030. Nous reprenons ici le modèle de celle qui est

prévue par le Gouvernement dans le projet de loi de réforme des retraites. Si cette conférence aboutit, ce que je souhaite, le Gouvernement pourrait nous saisir d'un texte de réforme. En cas d'échec, les mesures paramétriques que nous proposerons seraient au moins appliquées.

L'article prévoit ainsi un report progressif de l'âge d'ouverture des droits – ou âge légal – à 63 ans. Cette progression se ferait à partir de 2022 pour les générations de 1962 à 1965. Dans le même temps, le dispositif de rallongement de la durée d'assurance pour accéder au taux plein prévu par la loi Touraine serait revu : je vous propose une accélération de ce dispositif sur un rythme d'un trimestre par an au lieu d'un trimestre tous les trois ans. La durée d'assurance serait ainsi portée à 172 trimestres, soit 43 ans, comme prévu en 2014, mais plus rapidement. Une convergence des régimes spéciaux est bien entendu prévue, dans des conditions qu'un décret en Conseil d'État devrait préciser pour une échéance fixée à 2030.

J'en viens aux autres dispositions relatives à l'assurance vieillesse.

L'article 47 bis vise à garantir la constitutionnalité d'un dispositif de la loi Pradié du 28 décembre 2019, introduit par le Sénat, qui prive du bénéfice de la pension de réversion le conjoint survivant ayant commis des violences conjugales. Si sa place au sein du PLFSS est discutable dans la mesure où il n'a qu'un impact indirect et très limité sur les comptes sociaux, cet article ne me pose aucune difficulté sur le fond et je vous propose une adoption conforme.

L'article 47 ter vise à codifier les dispositions relatives à la preuve de l'existence des résidents de l'étranger et de certaines collectivités ultramarines. Surtout, il ouvre une possibilité nouvelle : l'utilisation d'outils biométriques pour permettre au bénéficiaire de justifier de son existence. Je présenterai un amendement visant à préciser la rédaction de l'article, qui ne colle pas en l'état à la réalité opérationnelle du contrôle de la preuve de l'existence. Sous réserve de son adoption, je vous proposerai d'adopter cet article.

L'article 47 quater vise enfin à simplifier les démarches d'affiliation des proches aidants à l'assurance vieillesse des parents au foyer. Je vous propose également une adoption conforme.

Mme Monique Lubin. – Je suis d'accord avec les chiffres cités par René-Paul Savary, mais pas sur ce qu'il dit des recettes, car il est impossible aujourd'hui de tirer des conclusions. Il y a un an, la fourchette du déficit s'établissait entre 7 et 17 milliards d'euros, en fonction de ce que les uns et les autres souhaitaient pour le régime de retraite...

Si la situation perdure, ces chiffres perdront tout sens. Qui peut imaginer ce qui va nous tomber dessus ? Il faut donc laisser passer 2021, en espérant une amélioration à la fin de ladite année. Nous verrons alors comment faire pour résorber ce déficit non pas structurel, mais conjoncturel.

Je ne suis pas d'accord avec les propositions du rapporteur : en prenant des mesures paramétriques, nous plongerions instantanément certains Français dans une situation inextricable. Aujourd'hui, en effet, à peine la moitié d'entre eux travaillent encore lorsqu'ils arrivent à l'âge légal de départ à la retraite.

Mme Catherine Procaccia. – Contrairement à ce qu'a dit le rapporteur, je pense qu'il ne faut pas abandonner les réformes de fond. Cela étant, je voterai ses amendements. Il a notamment raison de proposer que la réforme Touraine s'applique un peu plus rapidement.

J'ai une question qui, je l'espère, n'est pas trop choquante : a-t-on mesuré les éventuels effets « positifs » de la surmortalité due à la covid-19 sur le financement de notre système de retraite ?

Mme Élisabeth Doineau. – Je suis très partagée sur la proposition de René-Paul Savary, d'autant qu'elle intervient dans un contexte où certains de nos concitoyens sont en grande difficulté. Aujourd'hui, quand on les interroge, les Français placent la santé et la sécurité au premier rang de leurs priorités. Le sujet des retraites est devenu un peu tabou et controversé, parce que les débats ont manifestement trop duré. D'une certaine façon, comme dit le prince Salina dans *Le Guépard* de Visconti, « tout doit changer pour que rien ne change » car, hélas, on n'est pas parvenu à rassembler nos concitoyens sur cette question de société. Avec de telles mesures, j'ai peur que l'on ne dresse une fois de plus les Français les uns contre les autres.

M. Daniel Chasseing. – La proposition du rapporteur est responsable, dans la mesure où les projections financières du COR étaient déjà inquiétantes avant la crise de la covid-19. D'après moi, l'accélération de la réforme Touraine n'aura pas des effets si dramatiques que cela pour nos concitoyens. Aussi, je voterai les amendements du rapporteur.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Mon groupe considère que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 s'inscrit dans un cadre libéral et qu'il en aurait fallu un autre. Je suis d'accord avec Mme Doineau : les Français ne sont pas prêts pour une telle réforme. Ils s'inquiètent d'abord de la crise sanitaire et sociale inédite que nous traversons. Pour examiner sereinement ce dossier des retraites, il faudrait de nouveau s'asseoir autour de la table, prendre le temps de discuter avec l'ensemble des partenaires sociaux et attendre que la crise s'estompe.

M. Alain Milon. – Je suis complètement solidaire de René-Paul Savary. Ses propositions existent en fait depuis très longtemps ; d'ailleurs, si elles avaient été retenues dans le passé, nous n'en serions peut-être pas là où nous en sommes et les déficits seraient probablement moins élevés.

Contrairement à nos collègues qui préconisent d'attendre, je considère que le rôle d'une femme ou d'un homme politique est de prévoir l'avenir. De ce point de vue, les propositions du rapporteur vont dans le bon sens.

Mme Frédérique Puissat. – Je m'inscris dans le droit fil des propos d'Alain Milon. S'il est vrai que la crise sanitaire pèse sur tous les Français aujourd'hui, on voit aussi que nos compatriotes ont le sentiment que les milliards coulent à flots et que les problèmes sont résolus presque immédiatement. Or, à un moment donné, il faut regarder la réalité en face : la situation financière de nos régimes de retraite est extrêmement fragile.

Les propositions du rapporteur sont sages, d'autant qu'elles n'ont pas d'effet immédiat pour un certain nombre de nos concitoyens. Je voterai donc les amendements du rapporteur par réalisme et esprit de responsabilité.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – *Je rappelle que, d'après les prévisions du COR, qui varient beaucoup selon les taux de croissance et de chômage retenus, le déficit des régimes d'assurance vieillesse atteindra 7 à 12 milliards d'euros. Ce déficit est structurel et nous oblige à prendre des mesures, sauf à reporter sur les générations futures le problème des pensions.*

Sur quels leviers peut-on jouer pour revenir à l'équilibre du système ? Augmenter les cotisations aurait pour effet d'accroître le chômage. Baisser le niveau des pensions n'est pas non plus une bonne idée en ce moment, compte tenu des difficultés que rencontrent un certain nombre de seniors. Reste un troisième instrument, la durée d'activité : c'est en travaillant plus longtemps que l'on pourra améliorer les choses. N'oublions pas que la France est le seul pays où l'âge légal de départ à la retraite est de 62 ans.

On ne peut pas continuer à endetter nos enfants et nos petits-enfants. Le rapporteur général a parlé du transfert de 136 milliards d'euros à la Cades. C'est bien que nous ne sommes plus capables de financer notre modèle social ! Il faut que nous prenions nos responsabilités : dans une approche constructive, nous proposons que se tienne à nouveau, et dès que possible, une conférence de financement de la réforme.

Le système universel de retraite a été refusé par les partenaires sociaux et mal compris par la population. Il n'empêche qu'il faut le mettre sur pied et, préalablement, tâcher de tendre le plus rapidement possible vers l'équilibre budgétaire.

Pour répondre à Catherine Procaccia, la surmortalité liée à la covid-19, évaluée à 30 000 décès, est atténuée par d'autres facteurs, comme la baisse des accidents de la route, et la baisse des morts dues à la grippe. De plus, comme les personnes décédées à cause du coronavirus sont souvent des personnes âgées, l'impact financier de cette surmortalité sur les retraites est finalement relativement faible : 500 millions d'euros. En revanche, la crise a fortement accru les déficits : elle coûtera 20 milliards d'euros cette année en raison de la baisse d'activité et du chômage partiel.

Nos propositions constituent un moindre mal : alors que l'idéal aurait été de décaler de deux ans l'âge de départ à la retraite – le portant ainsi à 64 ans – et d'augmenter également de deux ans la durée d'assurance, nous proposons le report progressif de l'âge d'ouverture des droits à 63 ans et, d'autre part, une réforme Touraine accélérée, c'est-à-dire d'allonger d'une seule année – mais plus vite que prévu – la durée d'assurance pour atteindre le taux plein. Nos mesures sont donc plus douces que ce que l'on pourrait envisager. Elles ne sont en outre pas unilatérales, puisqu'elles seront évidemment à débattre au sein de la conférence de financement.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Il est important de répéter que nous ne proposons pas une mesure législative : il s'agit d'une proposition en vue de la conférence de financement. En mars dernier, c'est bon signe, les partenaires sociaux semblaient déjà assez proches d'accepter une accélération des mesures Touraine. Il faut au plus vite tenter de rétablir l'équilibre financier de notre système des retraites.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Je remercie également René-Paul Savary pour son travail : il a trouvé – me semble-t-il – le bon équilibre entre courage politique et pragmatisme, conformément à ce que souhaite la majorité sénatoriale sur le sujet.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – Nos discussions sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale s'engagent dans un contexte exceptionnel pour l'assurance maladie, d'abord en raison de la crise sanitaire qui met sous une tension extrême l'ensemble de notre système de soins, et en premier lieu l'hôpital, révélant sa capacité de résilience, mais aussi ses fragilités.

En effet, l'an passé, avant de savoir que la covid-19 bouleverserait l'année 2020, nos inquiétudes portaient déjà sur un hôpital exsangue et les signaux d'épuisement des professionnels du soin ; le Ségur de la santé de juillet dernier prolonge le plan « Investir pour l'hôpital » du 20 novembre 2019 dans l'attente duquel le Sénat avait, entre autres raisons, je vous le rappelle, rejeté le précédent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Le contexte est exceptionnel, ensuite, par le degré d'incertitudes entourant les prévisions : l'Ondam pour 2021 a été construit sur l'hypothèse d'un « retour à la normale » que la force de la deuxième vague épidémique paraît déjà inévitablement battre en brèche. C'est d'ailleurs le sens de l'article 45 bis, introduit par l'Assemblée nationale, visant à suspendre la procédure d'alerte de l'Ondam en 2021, que je proposerai de circonscrire à l'impact de l'épidémie.

Ce contexte est exceptionnel, enfin, par le niveau d'engagement inédit en faveur du système de santé, qui a cependant pour corollaire de porter le déficit de la branche maladie à un niveau tout aussi inédit.

Quelques chiffres à ce propos.

L'Ondam pour 2020 a été substantiellement relevé : après la rallonge de 2,4 milliards d'euros votée par l'Assemblée nationale, celui-ci atteint 218,1 milliards d'euros, soit un écart de 12,5 milliards d'euros par rapport à l'objectif voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 et une augmentation de 8,8 % entre 2019 et 2020.

Pour 2021, l'Ondam est fixé à 225,4 milliards d'euros et progresse de 2,7 % après un nouvel abondement de 800 millions d'euros, voté par l'Assemblée nationale pour tirer les conséquences de l'avancement de la deuxième tranche de revalorisation salariale des personnels des hôpitaux et des Ehpad. Ce montant intègre un investissement de plus de 8 milliards d'euros pour le Ségur de la santé, ainsi que 4,3 milliards d'euros de dépenses exceptionnelles liées à la covid-19 pour la politique de tests, l'achat de masques, l'achat et la distribution de vaccins.

Ce montant pour 2021 tient compte également d'un élargissement du périmètre des sous-objectifs médico-sociaux de l'Ondam, traduction des hésitations du Gouvernement sur le périmètre de la nouvelle branche autonomie. Parallèlement, le déficit de la branche maladie, réévalué à 32,2 milliards d'euros pour 2020, frôlerait encore les 20 milliards d'euros en 2021, sans descendre sous la barre des 17 milliards d'euros jusqu'en 2024 d'après les prévisions du Gouvernement.

L'investissement dans le système de soins que traduit ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, essentiellement ciblé sur l'hôpital, apporte une bouffée d'oxygène attendue. Mais, aujourd'hui, la soutenabilité de ces mesures – et à terme celle du financement de notre système collectif de prise en charge des soins – nous interpelle, comme nous aurons l'occasion de le souligner dans les débats.

À cet égard, les mesures figurant dans le volet assurance maladie de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale laissent, en dépit de quelques avancées intéressantes, bon nombre d'interrogations en suspens ; souvent, elles nous laissent sur notre faim, révélant une préparation précipitée ; d'autres y trouvent une place discutable.

Sans évoquer toutes ces mesures, complétées par l'Assemblée nationale, et sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir dans l'examen des articles, je relèverai quelques points saillants.

Un premier ensemble de mesures concerne l'hôpital.

Trois premiers articles concernent la traduction du Ségur de la santé.

Sur les carrières, l'article 25 prévoit une revalorisation des personnels non médicaux – notamment les infirmiers et aides-soignants – des établissements publics de santé et des Ehpad. Il s'agit de permettre l'augmentation promise de 183 euros nets mensuels, réalisée en deux tranches, au 1^{er} septembre 2020 et au 1^{er} décembre 2020. Un complément de pension est prévu pour les futurs départs à la retraite de personnes éligibles à ces revalorisations.

L'article 26 transforme l'actuel fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés en un nouveau fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS). Celui-ci se veut plus transversal et ferait une meilleure place au médico-social.

J'émet toutefois plusieurs réserves importantes sur cet article : d'une part, la trajectoire financière du nouveau FMIS me paraît très incertaine, le Gouvernement la faisant reposer sur les crédits du plan de relance européen ; d'autre part, la ventilation des enveloppes semble reproduire une stricte séparation du sanitaire et du médico-social. Je vous proposerai néanmoins d'adopter cet article, en y faisant figurer le rôle du Conseil national de l'investissement en santé (CNIS), qui sera créé en 2021, afin d'y prévoir la présence d'élus locaux.

Dernier engagement du Ségur, même si en réalité, c'est une promesse de 2019, la reprise de la dette hospitalière est organisée à l'article 27. En cohérence avec les positions exprimées par la commission cet été encore à l'occasion de l'examen de la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie, je vous proposerai de supprimer cet article.

En effet, le Gouvernement s'obstine à vouloir faire porter par la Cades, à travers la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), la reprise de la dette des hôpitaux, qui est essentiellement le fait des plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », et qui doit revenir à l'État. Surtout, la modification adoptée sur l'initiative du Gouvernement efface de manière préoccupante le lien entre les dotations prévues aux hôpitaux et les encours de dette qu'ils détiennent pour privilégier la notion d'investissement. La Cades deviendrait alors presque un fonds d'investissement, sans que la dette ne baisse nécessairement.

Sur le volet du financement des établissements de santé, l'article 28 reporte la mise en œuvre de diverses réformes dans le contexte sanitaire, sans répondre pour autant à toutes les interrogations des fédérations hospitalières concernant d'autres réformes en cours. Il introduit en outre un « forfait patient urgences », plus lisible et qui se veut plus équitable que l'actuel ticket modérateur ; cependant, cette réforme avant tout technique n'est pas une réponse structurelle au problème d'accès aux soins non programmés.

Si je partage l'objectif de diversification des financements hospitaliers, l'article 29 concernant les activités de médecine illustre, selon moi, la préparation précipitée que je soulignais, en se superposant à d'autres dispositifs, et avec des contours et un impact à ce stade mal cernés. Je vous proposerai d'y revenir partiellement.

Dans la périphérie de l'hôpital, la pérennisation des maisons de naissance et des hôtels hospitaliers à l'issue de la phase expérimentale est une évolution positive sur le fond, mais je regrette que sa traduction dans la loi, a fortiori dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale, précède là encore la réflexion sur le financement pérenne de ces structures.

Concernant les soins de ville, le projet de loi de financement de la sécurité sociale contient très peu de mesures structurantes, alors que la crise actuelle montre l'importance cruciale de la prévention et de la coordination des parcours en amont de l'hôpital.

Le prolongement d'un an de la prise en charge à 100 % de la téléconsultation, prévue à l'article 32 pour répondre à des obstacles techniques, ne me semble pas entrer dans cette catégorie. Tout en voyant bien l'intérêt de cet outil complémentaire, je vous proposerai de circonscrire la portée de la dérogation, selon un impératif de qualité des prises en charge qui doit, selon moi, primer.

Si la création d'un régime d'indemnités journalières pour les libéraux (article 34 quater) va globalement dans le bon sens, le report à l'article 33 de la convention médicale à la fin mars 2023 constitue un point de tension avec les professionnels libéraux. Même si la discussion d'avenants reste possible, cette disposition reporte des discussions essentielles pour améliorer les prises en charge. Je vous proposerai un calendrier mieux ajusté à celui des élections aux unions régionales des professionnels de santé (URPS), qui seroent de justification à ce report.

Je vous proposerai en outre de revenir sur plusieurs mesures introduites par l'Assemblée nationale, qui viennent soit se superposer à d'autres dispositifs sans cohérence globale, comme la création de nouvelles expérimentations de portée et d'ambition très réduites, soit se superposer à des textes en cours de navette, comme les dispositions concernant l'interruption volontaire de grossesse (IVG), reprises d'une proposition de loi transmise au Sénat.

Sur le volet du médicament, l'article 38 engage une réforme globalement bien accueillie par les professionnels du secteur.

Comme l'avait souligné un rapport de notre commission, ce n'est malheureusement pas la première fois qu'un projet de loi de financement de la sécurité sociale modifie par touches le régime de l'accès dérogatoire aux médicaments, au point de menacer l'attractivité et la stabilité du modèle français. Pour autant, cette réforme systémique, qui réorganise les régimes juridiques de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et de la recommandation temporaire d'utilisation (RTU) autour de deux circuits d'accès précoce et compassionnel, se présente comme une table rase nécessaire et opportune.

Certains problèmes d'applicabilité ont néanmoins été soulevés par les acteurs du médicament, qui dénotent le caractère encore inabouti de la réforme. Je vous proposerai à cet égard quelques amendements.

Enfin, la présentation de certaines mesures concernant l'accès aux droits comme des simplifications est souvent discutable : je vous proposerai pour cette raison de revenir sur le transfert à la CNAM de l'allocation supplémentaire d'invalidité prévue à l'article 37. En outre, sans remettre en question la suppression du fonds de la complémentaire santé solidaire, figurant à l'article 40, il me semble utile d'en encadrer les modalités pour préserver sa dimension essentielle de suivi et d'expertise en matière d'accès aux soins des plus précaires.

Telles sont mes principales observations sur la branche maladie et les dispositions éparses qui la concernent. Sous réserve des amendements que je présenterai, je vous propose d'adopter le volet assurance maladie de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Bernard Jomier. – *Sur ce volet, le projet de loi de financement de la sécurité sociale est un rendez-vous manqué. Les deux derniers projets de loi de financement, ainsi que la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé comportaient un certain nombre de pistes visant à faire évoluer les pratiques et la coopération entre les différents acteurs du système de santé, en application du plan Ma santé 2022.*

Le présent projet de loi de financement était l'occasion de poursuivre ce travail et de la traduire en dispositifs concrets. Hélas, cette partie du texte est très faible, probablement par impréparation. On n'y décèle aucune volonté d'adapter notre système de santé, notamment pour tirer les enseignements de la crise sanitaire que nous vivons.

Avant cette crise, nous attirions déjà l'attention sur les grandes difficultés de l'hôpital. Or les mesures proposées sont insuffisantes.

De même, le texte prévoit des dotations pour les soins de ville qui sont extrêmement faibles. On n'y trouve pas non plus la traduction concrète des multiples expérimentations lancées. Je pense à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 : où en est-on de son évaluation et de sa mise en application ? C'est le silence absolu ! Concernant la médecine de ville, le Gouvernement propose enfin de reporter de deux ans l'échéance de la négociation de la convention médicale.

La crise a démontré la nécessité de mieux financer les aides à domicile. Là encore, la réponse n'est pas satisfaisante. En fait, le Gouvernement ne tient pas ses promesses en matière d'évolution du système, qui devrait pourtant tendre vers un décloisonnement des soins et une meilleure coopération entre les différents acteurs. C'est très regrettable.

Par ailleurs, on aborde encore une fois la question des urgences sous l'angle d'une simple mesure financière, qui plus est injuste. C'est la deuxième mesure budgétaire proposée, après celle du forfait de réorientation des urgences vers la ville – que nous avons rejeté et qui n'est d'ailleurs toujours pas entrée en application –, sans qu'aucune mesure d'ordre organisationnel et structurel ne soit proposée en amont. On ne peut pas continuer ainsi.

Pour finir, l'article 42 sur l'isolement et la contention est essentiel et méritera des échanges approfondis en séance.

Mme Florence Lassarade. – *La médecine libérale, secteur pourtant primordial en cette période de crise sanitaire, est actuellement totalement méprisée. Le report de la nouvelle convention médicale en est l'illustration. Les médecins libéraux se sentent délaissés : comment attirer de jeunes médecins, alors que leur métier et les actes médicaux sont aujourd'hui sous-valorisés ? Après l'hôpital, la médecine libérale mériterait plus d'attention et une revalorisation salariale.*

M. Olivier Henno. – *Je tiens à féliciter la rapporteure pour son travail.*

Aujourd'hui, on prend conscience de manière plus aiguë que notre système de santé et notre modèle social sont beaucoup plus fragiles que ce que l'on pensait. Je retiens le chiffre de 17 milliards d'euros de déficit pour la branche assurance maladie en 2024.

On fait preuve de responsabilité en adoptant un certain nombre d'articles. Cela étant, il faut aussi mettre en lumière tout ce que ce texte comporte d'inacceptable. À cet égard, la transformation de la Cades en fonds d'investissement est inadmissible.

Chacun des rapporteurs a certes choisi de proposer l'adoption des mesures qu'il est nécessaire de prendre dans l'urgence pour faire face à la crise de la covid-19, mais aussi d'interroger le Gouvernement sur les insuffisances de ce texte, notamment concernant la dette. On ne pourra pas incessamment repousser la remise à plat de notre système de santé : l'heure a sonné !

M. Alain Milon. – *Il est difficile pour notre rapporteure de présenter un volet assurance maladie aussi modeste et subi que celui-ci. Je lui souhaite bien du courage pour essayer de modifier, un tant soit peu, un texte sans aucune ambition.*

On aurait dû, à la suite de la crise sanitaire, en profiter pour modifier profondément notre système de santé, le renforcer et faire en sorte que notre protection sociale soit véritablement la meilleure du monde.

J'ai le sentiment que la branche maladie est l'expression, même si c'est peut-être involontaire, d'un mépris pour le personnel médical dans son entier.

Mme Laurence Cohen. – *Je me réjouis des propos d'Alain Milon et tiens à mon tour à remercier la rapporteure pour les critiques qu'elle a formulées sur ce texte.*

Notre groupe est favorable à une complémentarité entre l'hôpital et la médecine de ville. La crise repose aujourd'hui avant tout sur l'hôpital, et pour cause : la médecine de ville a, elle aussi, été profondément mise à mal. Ce projet de loi n'apporte aucune réponse de ce point de vue. Sur la politique du médicament, il est également tout à fait insatisfaisant : notre groupe défend, quant à lui, l'idée d'un pôle public du médicament et de la recherche, afin de répondre, au moins en partie, à la pénurie que nous avons connue au début de la crise.

Bien entendu, nous ne voterons pas ce texte.

M. Daniel Chasseing. – *J'aurai un peu plus d'indulgence pour l'exécutif que certains de nos collègues : il n'est pas évident d'élaborer un projet de loi de financement de la sécurité sociale dans ces conditions. J'ajoute que c'est une bonne chose d'avoir accordé des revalorisations salariales, car elles étaient attendues depuis longtemps.*

Autre point, ce n'est certes pas le rôle de la Cades de reprendre la dette hospitalière, mais je rappelle que, si nous n'avions pas voté un Ondam à 2 % en 2012 et en 2017, les hôpitaux ne se seraient pas autant endettés...

Les mesures nouvelles concernant les hôtels hospitaliers ou les maisons de naissance sont positives. La complémentarité entre soins de ville et hôpital est effectivement nécessaire, mais le plan Ma santé 2022, que nous avons tous voté, ne portera hélas ses fruits que dans dix ans. D'après moi, enfin, le forfait urgences ne produira ses effets qu'une fois la médecine de ville réorganisée de sorte à juguler les flux de patients aux urgences.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – *Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est en effet un rendez-vous manqué : il manque d'ambition et oublie la médecine de ville, sans compter que les mesures budgétaires prévues ne règlent pas les problèmes en amont, à l'image du forfait urgences, qui ne résout pas le problème des soins non programmés.*

Je partage les propos de notre collègue Florence Lassarade : la médecine libérale est en effet complètement méprisée. Je proposerai, par voie d'amendement, d'avancer d'une année les négociations de la convention médicale, afin que celle-ci soit signée avant le mois de mars 2022.

L'article 42 est effectivement fondamental pour les établissements. Même s'il est hors champ de la sécurité sociale, je vous invite à l'adopter conforme.

Olivier Henno a raison de dire que nous agissons en responsabilité : la situation nous contraint à vous proposer d'adopter le volet assurance maladie de ce texte, modifié par nos amendements, mais cela ne revient pas à signer un chèque en blanc au Gouvernement. Ce texte est sans aucune ambition, et nous est présenté dans la précipitation ; de plus, il prévoit des mesures de bon sentiment, dont nous ne savons pas si elles sont réellement financées. Quant à la transformation de la Cades en fonds d'investissement, c'est en effet inacceptable.

Je remercie Alain Milon pour ces propos encourageants et rejoins Laurence Cohen sur le fait qu'il n'y a pas grand-chose dans ce texte sur la politique du médicament, si ce n'est que l'effort demandé au secteur est un peu moins important que les autres années.

En réponse à Bernard Jomier, la loi prévoit bien une évaluation annuelle de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, mais aucune conclusion n'a été tirée à ce stade.

Dernier point, la revalorisation des salaires est une avancée pour le personnel non médical, mais elle a été consentie sans contrepartie, ce qui aura des effets sur le long terme.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Nous débattons aujourd'hui du projet de loi de financement de la sécurité sociale, et je redoute que les négociations du Ségur de la santé ne débouchent finalement pas sur un texte spécifique et ambitieux, qui permette de revenir sur les dysfonctionnements constatés pendant la crise. Il faut pousser le Gouvernement à réformer le système de santé, au-delà de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale construit à la va-vite.

Mme Pascale Gruny, rapporteur pour la branche accidents du travail-maladies professionnelles. – Après sept années d'excédents, le solde de la branche accidents du travail-maladies professionnelles se dégrade brutalement en 2020 sous l'effet de la crise sanitaire, tout en restant à un niveau enviable en comparaison d'autres branches. La branche AT-MP serait ainsi déficitaire, pour la première fois depuis 2012, de 239 millions d'euros, essentiellement du fait de l'effondrement des recettes. Pour mémoire, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoyait un excédent de 1,4 milliard d'euros pour cette année.

Les excédents seront toutefois de retour dès l'an prochain, et les capitaux propres de la branche devraient tout de même se porter à 3,9 milliards d'euros fin 2021. La « cagnotte » de la branche ne s'est donc que légèrement érodée.

La crise sanitaire a eu peu d'effet sur les dépenses. En matière de prévention, il convient de mentionner le versement en 2020 d'une subvention « Prévention covid » aux TPE-PME, à hauteur de 50 millions d'euros au total.

Le dispositif de reconnaissance en maladie professionnelle et d'indemnisation des pathologies liées à la covid-19, aura, pour sa part, un impact très limité en dépenses. Ainsi, le coût du dispositif de reconnaissance automatique pour les personnels soignants ayant développé une affection respiratoire aiguë est estimé entre 10 et 15 millions d'euros par an au régime général.

Dans ce contexte, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est neutre pour la branche et ne contient aucune réforme modifiant son équilibre, que ce soit en recettes ou en dépenses. Ainsi, malgré un accident en 2020 que j'espère passer malgré le regain de l'épidémie, 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 2021 pour s'établir à 104 %. Il atteindrait 113 % en 2024 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.

Il paraît possible, dans ces conditions, d'envisager d'augmenter les dépenses de prévention – 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.

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 vieillesse, qui représentent au total un poids important.

Le poids de ces transferts dans les dépenses de la branche continue de diminuer, globalement, de 2 % en 2020, ce que nous pouvons relever avec satisfaction. Mais cette baisse est essentiellement le résultat de la décrue des départs anticipés en retraite au titre de l'amiante. La dotation au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) a ainsi diminué de plus de 20 % en 2020, en lien avec la diminution tendancielle du nombre de bénéficiaires.

En 2021, le montant de cette dotation augmentera en revanche de 414 à 468 millions d'euros afin de ramener le résultat cumulé du fonds à l'équilibre, après le résultat déficitaire de 62 millions d'euros qui serait enregistré en 2020.

Le montant de la dotation au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) baissera quant à lui de 260 millions à 220 millions d'euros. Cela n'est pas dû à une chute des demandes d'indemnisation – l'activité du fonds n'ayant que temporairement chuté pendant la période de 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.

Le transfert à la branche vieillesse au titre du compte professionnel de prévention (C2P) augmentera, lui, d'un tiers en 2021 pour atteindre 111 millions d'euros, ce qui témoigne de la montée en charge du dispositif.

Le principal transfert pesant sur la branche AT-MP reste néanmoins constitué par le milliard d'euros reversé à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des maladies professionnelles.

Tous les trois ans, un rapport évalue le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des AT-MP. L'estimation fournie sous la forme d'une fourchette par cette commission justifie la fixation du versement annuel à l'assurance maladie.

Or, l'article 46 du PLFSS propose le report à 2021 de la transmission du rapport qui était attendu au premier semestre 2020, au motif que la commission n'a pas pu mener à bien ses travaux en raison de la crise sanitaire : toute excuse est bonne à prendre ! Ainsi, pour la septième année consécutive, ce montant reste inchangé et se situe aux alentours du milieu de la fourchette de 800 millions à 1,5 milliard d'euros qui a été proposée par la commission de 2017. Pourtant, de nombreuses actions ont été menées par les deux branches maladie et AT-MP en matière de lutte contre la sous-déclaration, et plusieurs des recommandations du rapport de 2017 ont été mises en œuvre ou sont en passe de l'être.

Le maintien de ce transfert à un niveau aussi élevé 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, sert principalement à contribuer au rééquilibrage d'une branche maladie dont le déficit est désormais vertigineux. Or la cotisation AT-MP est censée responsabiliser les employeurs sur leur sinistralité, et non pallier les difficultés d'autres branches.

Ce montant interroge d'autant plus que la branche est déficitaire cette année. Je vous proposerai donc un amendement tendant à minorer le montant du versement pour 2021 à la branche maladie à hauteur du déficit de 2020 de la branche AT-MP.

En matière de déclaration et de reconnaissance des AT-MP comme sur le plan de la prévention, une réforme ambitieuse de la santé au travail est une voie d'amélioration qui me semble prioritaire. L'expérimentation prévue à l'article 34 donne une piste en ce sens en prévoyant des transferts de compétences aux infirmiers dans des services de santé au travail relevant de la mutualité sociale agricole.

Je dirai enfin un mot du Fonds d'indemnisation des victimes des pesticides (FIVP) créé par la LFSS pour 2020. Nous avons salué cette initiative, tout en regrettant que le dispositif ne soit pas plus ambitieux. Un an plus tard, on ne peut que déplorer que le décret d'application n'ait toujours pas été publié – il devrait l'être prochainement. Sur ces entrefaites, 160 demandes de reconnaissance de maladie professionnelle ont été déposées sur la base de cette disposition, dont 80 % formées par des non-salariés agricoles.

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 2021.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Je salue votre travail sur ce serpent de mer qu'est la sous-déclaration.

Mme Corinne Féret. – Je salue la qualité du rapport de Mme Gruny, et souhaite m'associer à un certain nombre de ses propos. Je voudrais insister sur la reconnaissance automatique, pour les soignants, de la covid comme maladie professionnelle. Le montant estimé des dépenses correspondantes est relativement faible au regard du budget social global. Cette mesure doit s'étendre à d'autres victimes, comme les salariés qui étaient contraints de travailler en période de confinement.

Mme Jasmin avait d'ailleurs préparé une proposition de loi pour la création d'un fonds d'indemnisation de ces victimes de la covid.

Sur la prévention, vous appelez à un effort supplémentaire. Je vous soutiens, car de nouveaux risques se développent, comme le burn out, dont nous avons déjà parlé l'an dernier, ou d'autres pathologies qui pourraient découler du recours accentué au télétravail.

Je soutiens la démarche tendant à proposer un amendement sur le transfert du milliard d'euros concernant la sous-déclaration. Il faut revoir ce montant à la baisse, pour qu'on ne considère pas que ce soit un transfert automatique forfaitaire, qui ne tient pas compte des énormes efforts qui ont été faits dans ce domaine.

Enfin, un an après la création, dans le dernier PLFSS, du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides, je déplore avec vous que le décret ne soit toujours pas publié, alors que des dossiers sont en attente, qu'il y a une vraie demande, un vrai besoin. Nous serons un certain nombre à intervenir sur ces questions.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – La reconnaissance de la covid comme maladie professionnelle est automatique pour les soignants. Il existe par ailleurs une voie complémentaire simplifiée pour les travailleurs non soignants qui pourraient avoir été victimes aussi de la covid, avec une commission ad hoc.

Sur les risques psychosociaux, les employeurs ont fait beaucoup d'efforts. Néanmoins, ces risques s'aggravent. Il est vrai qu'il est assez difficile pour les employeurs de trouver les bonnes mesures. Il faut un accompagnement par des médecins du travail et des équipes pluridisciplinaires. Les troubles musculo-squelettiques sont aussi en augmentation.

Oui, il est regrettable que le décret sur le fonds d'indemnisation des victimes des pesticides ne soit pas paru, puisque nous étions d'accord.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure pour la branche famille. – À l'image des comptes de la sécurité sociale, la situation financière de la branche famille s'est profondément dégradée en 2020 puisqu'elle afficherait, sous l'effet de la crise sanitaire, un déficit de 3,3 milliards d'euros.

Cette situation s'explique principalement par une baisse significative des recettes, en particulier du produit des cotisations sociales affectées à la branche, du fait de la contraction de l'activité économique.

S'agissant des dépenses, des mesures exceptionnelles sont intervenues dans le périmètre de la branche famille pour atténuer les effets de la crise, et il faut saluer ces dispositifs qui ont aidé les familles et les acteurs du secteur de la petite enfance. Citons, s'agissant des prestations légales, la revalorisation exceptionnelle de l'allocation de rentrée scolaire, intervenue cet été, qui a représenté une dépense supplémentaire de 500 millions d'euros. Dans le champ de l'action sociale, je tiens à souligner la mobilisation de beaucoup de caisses d'allocations familiales (CAF) qui, par leurs aides exceptionnelles, ont activement soutenu les structures d'accueil du jeune enfant, et plus encore : certaines ont octroyé des aides exceptionnelles pour l'habitat des jeunes ou l'accompagnement des familles.

Ces dépenses exceptionnelles ont été partiellement compensées, au sein de la branche, par une baisse des prestations d'accueil du jeune enfant, grâce à la diminution du recours aux gardes d'enfant pendant le premier confinement. Mais, comme l'ont souligné devant nous les associations, le télétravail, ce n'est pas garder les enfants !

Les projections émises par le Gouvernement dans ce PLFSS nous indiquent que l'année 2021 serait toutefois bien plus favorable pour la branche famille, qui afficherait un solde de 1,1 milliard d'euros, à la faveur de la reprise économique. Bien que favorable, cette perspective est plus qu'incertaine au regard de la situation sanitaire actuelle, qui se dégrade, et de ses conséquences futures en matière économique et sociale. Puis, il y a un vrai manque d'ambition pour la branche famille, qui explique ce solde positif.

Cette année encore, la branche famille fait l'objet de peu de mesures en dépenses dans le PLFSS : manque d'ambition ! Bien que relativement limitées, ces dispositions me semblent aller dans le bon sens et je vous proposerai de les adopter.

La principale mesure qui nous est proposée concerne le congé paternité, dont on a beaucoup parlé dans les médias il y a quelques semaines et qui est, d'une part, allongé de 14 à 28 jours, et d'autre part, rendu obligatoire pour sept jours consécutifs. Plus précisément, les trois jours du congé de naissance, qui sont des autorisations d'absence à la charge de l'employeur, deviendraient obligatoires ainsi que quatre des vingt-cinq jours du congé paternité qui sera, lui, financé par la sécurité sociale. Les autres jours restants pourront ensuite être pris de manière facultative, les délais et les possibilités de fractionnement devant être précisés par décret.

Je salue cette mesure, qui permettra d'offrir au jeune enfant de meilleures conditions de développement lors de ses premiers jours, et de renforcer l'égalité entre les hommes et les femmes. Elle est le résultat des conclusions du comité d'experts sur les 1 000 premiers jours de l'enfant, présidé par Boris Cyrulnik. Nous avons eu avec l'un des membres de ce comité, le docteur Dugravier, des échanges passionnants, et je vous encourage à lire le rapport, qui a souligné, en se basant sur de nombreuses études scientifiques, l'importance de la relation et de la proximité entre parents et enfants sur la santé et le développement des jeunes enfants.

La mesure proposée dans le PLFSS ne va pas aussi loin que la proposition du comité, qui était d'allonger le congé paternité à neuf semaines. Elle me semble néanmoins avoir trouvé un bon équilibre. Sa durée et sa part obligatoire permettront d'offrir plus de temps aux parents pour s'occuper de leur enfant, en assurant un recours plus effectif à cette prestation, tout en laissant la liberté au second parent de prendre ou non la grande majorité des jours de congé. Cet équilibre permettra, d'un autre côté, de ne pas déstabiliser les entreprises par des absences obligatoires trop longues de leurs salariés.

Je regrette néanmoins que ce PLFSS ne soit pas l'occasion de revoir plus largement l'ensemble des congés parentaux, pour lesquels beaucoup d'améliorations restent à faire. C'est d'ailleurs le sens des conclusions du comité sur les 1 000 jours. Je rappelle que le recours au congé parental, dans le cadre duquel la prestation partagée d'éducation de l'enfant est versée, chute d'année en année, faute d'une revalorisation significative.

Je m'arrêterai également sur la mesure introduite par nos collègues députés, qui permettra de verser de nouveau la prime à la naissance avant la naissance de l'enfant, ce que nous attendions depuis longtemps ! Nous en avons beaucoup débattu, avec Mme Rossignol, et je m'étais vigoureusement opposée à cette prise de guerre budgétaire.

Je rappelle que le Gouvernement avait décidé par décret, fin 2014, de décaler ce versement après la naissance de l'enfant, ce qui était à la fois contraire à la loi, qui dispose que la prime est versée avant la naissance, et à l'objectif de cette prime, qui est d'aider financièrement les parents à préparer l'arrivée de l'enfant.

L'avancement du versement de la prime dans la loi a pu être introduit par les députés grâce à l'adoption préalable, en juin dernier, de la proposition de loi de Gilles Lurton, avec l'avis favorable du Gouvernement.

Je regrette toutefois que cette mesure n'intervienne qu'à présent, alors que le Gouvernement aurait très bien pu prendre cette mesure par décret pour revenir à la situation antérieure à 2015 ! C'est, au final, beaucoup de temps perdu, au détriment des familles modestes, qui comptent sur cette prime pour les acquisitions et aménagements nécessaires à l'arrivée de l'enfant dans de bonnes conditions.

Je vous proposerai également d'adopter les autres mesures qui portent sur des ajustements techniques concernant l'intermédiation financière pour les pensions alimentaires, une habilitation à prendre des ordonnances pour adapter le droit social à Mayotte et l'objectif de dépenses de la branche, et qui ne soulèvent pas, selon moi, de difficultés de fond.

Au total, je vous invite donc à soutenir les quelques avancées pour les familles qui nous sont proposées cette année, tout en regrettant, une nouvelle fois, l'absence d'ambition en matière de politique familiale. Les dirigeants de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) nous l'ont dit : les objectifs de création de places en crèches ne seront pas tenus – comme nous le savions bien. Malgré les aides des CAF, les collectivités ont des difficultés à s'engager pour financer des investissements en faveur des crèches. Du côté des familles, la crise sanitaire a aggravé les situations de précarité. Ces facteurs ne contribuent pas à favoriser la natalité et je rappelle que le nombre de naissances, qui s'est élevé à 758 000 en 2018, a baissé de 8,5 % en dix ans.

Il conviendrait donc de se doter d'une véritable politique familiale ambitieuse, qui renouerait avec sa vocation universelle, en ayant en tête que miser sur les générations futures est un investissement pour l'avenir et la garantie de la soutenabilité de notre modèle social.

M. Philippe Mouiller. – Sur le congé de paternité, je ne remets pas en cause le principe général ni les arguments que vous avez formulés, mais j’aimerais savoir s’il y a eu une étude d’impact, notamment sur le coût pour les employeurs. Certes, la prise en charge est faite par la sécurité sociale, mais avec des plafonds, je suppose, comme pour le congé maternité. De plus, le délai étant rallongé, on peut imaginer qu’il soit nécessaire pour les entreprises de recruter sur des CDD de court terme, pour compenser l’absence du salarié parti en congé paternité. Ont-elles été consultées ? Le coût que cette mesure représentera pour elles a-t-il été évalué, notamment pour les plus hauts salaires ?

Mme Pascale Gruny. – Je m’interroge aussi sur le congé de paternité. Était-il indispensable, en ce moment, de poser cette question ? Cela représentera un coût non négligeable. Et, sans être une grande féministe, je me dis toujours que, pour l’égalité entre les femmes et les hommes, on va toujours beaucoup plus vite pour les hommes ! Les femmes qui exercent une profession libérale reprennent leur travail très vite. Ma fille, infirmière libérale, n’a pris que quinze jours, par exemple. C’est plutôt sur ce point qu’il aurait fallu avancer, et nous aurions suivi. J’ai été directrice des ressources humaines, et je n’ai jamais reçu de demandes... Quand il a été possible de prendre onze jours, beaucoup d’hommes sont venus me voir en me disant qu’ils ne s’y retrouvaient pas financièrement. J’ajoute que certains ne s’en occupent pas beaucoup plus à la maison... Puis, mon mari n’a jamais pris ce congé ; est-ce à dire qu’il fut un mauvais père ? Les femmes qui travaillent ne sont pas non plus tout le temps avec leurs enfants : sont-ce de mauvaises mères ? Je pense que ces quelques jours de plus ne vont pas changer la face du monde. Quand on a envie de s’occuper de son enfant, on s’en occupe, et ce n’est pas la quantité, mais plutôt la qualité des moments partagés qui compte.

Je salue la mesure portant sur la prime de naissance, qui corrige une très mauvaise décision. Sur les crèches, les collectivités territoriales ont beaucoup de mal à s’en sortir. Il y a énormément de demandes, et on n’arrive pas à répondre à tout le monde parce que les collectivités n’ont pas les moyens financiers suffisants pour cela. Enfin, je suis bien d’accord avec vous, madame le rapporteur : nous n’avons pas une vraie politique familiale, et c’est bien dommage.

Mme Michelle Meunier. – Merci pour ce rapport. Personnellement, je partage votre déception, parce que l’allongement du congé paternité va prendre beaucoup de place dans la branche famille, alors que, sans vouloir rien minimiser, ce n’est tout de même pas le plus important ! Oui, il y a un manque d’ambition, alors qu’il y aurait matière à avancer. Le rapport des experts réunis autour de M. Cyrulnik donne des pistes intéressantes, notamment du point de vue de l’accueil de l’enfant. Que fait-on, en France, à l’arrivée d’un enfant, de sa naissance jusqu’à ses trois ans ? Comme je l’ai dit à la présidente de la CNAF, je suis assez inquiète de ce qui se passe sur le terrain. On s’arrange, dans le cadre de la loi, en détournant ce qui est légal – je pense notamment aux microcrèches – au détriment des parents, d’abord. Il faut pouvoir payer des prix souvent exorbitants, à des crèches privées à visée marchande. Je ne suis pas sûre que l’intérêt de l’enfant soit bien pris en compte... J’ai entendu que la CNAF allait organiser en novembre un séminaire de remise à plat sur l’accueil de la petite enfance. Je m’en réjouis, mais j’aurais aimé que ce soit le Gouvernement qui le fasse !

M. Jean-Noël Cardoux. – Je suis en phase avec les observations de Mme Gruny sur le congé paternité. Je ne comprends pas qu'on puisse le rendre obligatoire, et serais partisan de le rendre facultatif.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure. – J'ai évolué sur le sujet. Quand j'étais chef d'entreprise, j'ai pris en considération les besoins de mes salariés, qui n'en faisaient d'ailleurs pas forcément la demande. Mais je vois que, génération après génération, les mentalités changent. Les jeunes d'aujourd'hui qui deviennent parents ont envie de partager ces moments uniques : on ne revient jamais au premier jour de vie de son enfant ! Il y a donc un besoin d'être là, et de partager avec la maman les tâches liées à l'arrivée d'un enfant. Certes, tout dépend des générations et des caractères : c'est vraiment la personnalité des parents qui fait la différence. Quand on offre la possibilité de passer ces jours-là auprès du jeune enfant – le docteur Dugravier a insisté sur ce point –, il y a vraiment quelque chose qui se passe et cela participe à l'équilibre et au bien-être du jeune enfant.

La prise en charge par la sécurité sociale est au même niveau que pour le congé maternité. De ce fait, on avance sur l'égalité entre hommes et femmes, notamment pour l'embauche, puisqu'il arrive que le chef d'entreprise redoute les absences liées à la maternité. La délégation aux droits des femmes du Sénat devrait s'en réjouir ! Les trois jours de congé de naissance sont en réalité des autorisations d'absence, avec maintien du salaire. Il n'y aura donc pas de coûts supplémentaires.

Il ne semble pas que cette mesure induira des besoins de recrutement. Seuls sept jours seront obligatoires et, pour certaines activités, cela créera peut-être des besoins de recrutement sous contrats à durée déterminée. L'ensemble des organisations syndicales mène une réflexion sur la question, et le décret ne sera pris que quand un consensus aura été trouvé. Il ne faut pas que ce soit vu comme une pénalité sur les entreprises, quelle que soit leur taille, mais plutôt comme une avancée sociale et sociétale.

Le comité des 1 000 jours nous a bien dit que la présence des deux parents les premiers jours avait une véritable valeur. Bien sûr, tout dépend de l'investissement de chacun, et on ne peut pas parier sur l'investissement d'un père, d'une mère, d'un parent. Pour être en charge de la protection de l'enfance dans mon département, je sais que, dans certaines familles, il y a des carences énormes d'éducation et de prise en charge. Inversement, certains parents veulent de plus en plus s'investir pour leur enfant, et cela dès les premiers jours.

On a dit que cela pourrait soulager la mère dans ses tâches vis-à-vis de l'enfant. Nous avons pu observer que les dépressions, après une naissance, sont souvent ignorées, alors qu'il s'agit d'une réalité répandue, qui met les femmes à la peine. La présence du père pendant les premiers jours aidera peut-être à mieux identifier ces moments de grande déprime pour certaines femmes. Dans l'entreprise, il faut favoriser tout ce qui accroît l'égalité entre les salariés, et surtout entre les hommes et les femmes. Moins nous aurons de discrimination par rapport à l'approche, plus on avancera sur ce sujet.

Je partage la déception de Mme Meunier : je rêve depuis quelques années d'une véritable ambition pour la politique familiale de notre pays, qui rendrait plus aisé le financement de nos retraites. Ce n'est pas un gros mot que d'avoir une politique familiale et de penser natalité ! En France, c'était bien après-guerre, mais il semble qu'aujourd'hui il ne faille plus en parler. Rien n'est fait pour donner envie aux familles d'avoir plus de deux enfants. Il y a quelques années, c'était presque la norme d'avoir deux enfants, et avoir un troisième enfant était le petit plus que certaines familles se permettaient. Cette norme est retombée à un enfant, et c'est le second qui est le petit plus... Financièrement, tout est fait pour vous décourager, et le rapport entre la vie familiale et la vie professionnelle ne s'est guère modernisé. Moi aussi, j'apprécieraï que la CNAF nous associe à ses travaux ! On voit bien que les collectivités territoriales n'investissent pas suffisamment.

Les pères prendront-ils ce congé ? Celui-ci ne coûtera-t-il pas cher à l'entreprise ? Sur ce deuxième point, on sait que la réponse est négative. En revanche, cela affectera l'organisation de l'entreprise. Mais il faut voir qu'il y a beaucoup de bénéficiaires ! Quand on a imaginé d'accueillir un enfant, c'est bien aussi d'imaginer être plus proche de lui... Le congé paternité est déjà pris par 64 % des pères. On voit bien que les générations changent, et que la volonté de partager avec l'autre parent se développe.

Le caractère obligatoire augmentera le taux de recours, et constitue une protection pour le salarié, qui sinon n'osera pas demander les jours, s'ils sont tous facultatifs. J'étais chef d'entreprise dans le négoce de bois, et nous n'étions que cinq salariés. Je sais donc que si une personne manque, à certaines saisons, c'est catastrophique. Mais l'arrivée d'un enfant, c'est tellement unique, tellement exceptionnel... Les chefs d'entreprise montrent une telle capacité à réagir, qu'ils sauront s'adapter dans la plupart des cas.

Cette proposition arrive peut-être au mauvais moment, mais il n'y a jamais de bon moment quand on veut avancer ! C'est l'une des seules préconisations du rapport sur les 1 000 jours qui est traduite dans ce PLFSS.

Mme Florence Lassarade. – *Comme pédiatre, je souligne qu'effectivement, au fil des années, les pères ont pris de plus en plus d'importance dans la prise en charge des nouveaux-nés. Certains pères souhaitent ce congé paternité, pour s'investir réellement auprès de leur enfant, mais ce n'est pas le cas de tous. Ce qui me choque, c'est de le rendre obligatoire, en particulier pour les travailleurs indépendants, à qui cela peut poser de vrais problèmes, puisque l'obligation tombe à une date donnée.*

Pour des raisons familiales, je sais ce qui se passe en Suède, où l'on a instauré un congé obligatoire de six mois. N'allons-nous pas ouvrir la porte à ce type d'attitude ? Pour les jeunes Suédois, un tel congé peut être très problématique et entraîne même des problèmes de couple assez considérables ! Attention, donc, à ce que nous proposons. Je n'aime pas la coercition, y compris à ce niveau-là, et je pense qu'il faut raison garder.

Mme Laurence Garnier. – Je prends les sujets de la commission en cours, mais j'ai suivi en tant que citoyenne le débat sur le congé de paternité. Je partage ce qu'ont dit un certain nombre de nos collègues sur le timing et, en découvrant les chiffres vertigineux des comptes de la sécurité sociale, j'avoue que je suis assez effrayée... Est-ce bien le moment pour adopter cette disposition ? Je partage cette interrogation. Pour autant, maintenant qu'elle existe, ne pas rendre obligatoire les sept jours me laisse dubitative. Je crois en effet que notre société a un vrai sujet sur l'absence du père. Je viens de Loire-Atlantique – je suis Nantaise – où vous avez vu sans doute que plusieurs pères sont montés sur des grues et s'y sont installés pendant plusieurs jours pour témoigner de leur souffrance face à la séparation avec leurs enfants. Et des études montrent que les pères divorcés et séparés de leurs enfants se suicident six fois plus que la moyenne. Il y a une vraie souffrance des pères dans notre société, et on ne le dit pas beaucoup. D'autres études commencent à montrer des liens entre la délinquance et l'absence du père dans l'enfance. Tout ce qui peut privilégier la place d'un père dans les premières heures et les premiers jours qui suivent la naissance de son enfant est bienvenu.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure. – Merci de vous intéresser à ce sujet. Nous nous interrogeons tous sur l'avenir de notre société et nous sommes interpellés par le peu de cas qu'on a fait de l'éducation et de la famille, qui est pourtant au cœur du pacte républicain. On se rend compte combien les valeurs d'autorité et de respect ont manqué, d'abord au sein de la famille, puis de la société. En tous cas, je prends ce congé de paternité comme une avancée. En Suède, on voit bien combien la mentalité évolue. On vit de manière beaucoup plus apaisée quand le rôle de chacun est pris en considération, et en particulier le rôle qu'ont les parents de faire grandir un enfant dans les meilleures conditions qui soient. Le Sénat a tout à gagner à soutenir cette mesure moderne, et à s'inscrire dans cette projection, pour les nouvelles générations, d'une famille aimante et protectrice.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Vous avez dénoncé le peu d'ambition de la politique familiale. Dans ce texte, il n'y a que cette mesure, mis à part le rattrapage d'une erreur de la loi sur la prime à la naissance. Avez-vous étudié la possibilité d'y introduire, malgré l'article 40, des dispositions susceptibles de profiter aux familles ? Même s'il y a quelques mesures pour les familles vulnérables et précaires, force est de constater que, depuis des années, nous observons une casse de la politique familiale vis-à-vis des classes moyennes et des familles comptant plusieurs enfants.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure. – J'y ai beaucoup réfléchi, mais, dans le PLFSS, nous ne pouvons pas de faire ce type de proposition. Je prendrai donc rendez-vous avec notre rapporteur général pour voir avec lui comment, dans le projet de loi de finances, nous pourrions faire une proposition sur le quotient familial. Ce sont les familles aux revenus moyens qui ont le plus pâti des dernières réformes de la politique familiale. Nous regarderons très précisément quelles ruptures, ou en tout cas quels déplafonnements du quotient familial, sont possibles.

M. Philippe Mouiller, rapporteur de la branche autonomie. – Il me revient de vous parler de la branche autonomie, qui a été greffée à la sécurité sociale par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

Certains d'entre nous, souvenez-vous, étaient alors sceptiques à l'idée de jouer aux apprentis jardiniers. Faut-il vraiment une nouvelle branche pour produire de meilleurs fruits ? Quels moyens de croître lui donnerait-on à long terme ? Ne fera-t-elle pas trop d'ombre aux autres branches ?

Pour vous dire mon sentiment d'un mot, et en finir avec la métaphore végétale, je dirais que la branche autonomie ne ressemble pour l'instant, à lire ce projet de loi de financement, qu'à un rameau.

D'abord, son périmètre n'est pas stabilisé. Le chantier d'une nouvelle branche de sécurité sociale ne pouvait certes s'achever en trois mois. Mais on nous dit qu'il peut encore évoluer en fonction des concertations menées dans le cadre du Laroque de l'autonomie. Nous aimerions y voir plus clair.

Ensuite, il faut se réjouir que le Parlement vote cette année sur un objectif de dépense intégrant, au-delà de l'Ondam médico-social, toutes les dépenses de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), mais ce périmètre peut tout de même être qualifié de minimal. Le rapport de préfiguration de M. Vachey faisait pourtant des propositions qui auraient pu conduire à loger dans la branche autonomie une bonne douzaine d'autres dispositifs – les unités de soins de longue durée, l'allocation supplémentaire d'invalidité, l'aide au poste des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), l'allocation aux adultes handicapés, etc. – pour un total d'une quarantaine de milliards d'euros.

Le Gouvernement a fait un choix prudent, en n'élargissant le périmètre de la branche au-delà des dépenses déjà gérées par la CNSA qu'à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), qui représente une dépense de 1,2 milliard d'euros.

L'objectif de dépense de la branche s'élève donc à 31,6 milliards d'euros. Cela représente un objectif global de dépense des établissements sociaux et médico-sociaux inférieur à celui de 2020, en raison de la disparition des mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire. Mais il faut ajouter à ce montant celui de l'AEEH ; des concours aux départements en légère hausse ; et enfin les mesures de rattrapage salarial issues du Ségur de la santé. Quant aux mesures d'investissement, Mme Imbert a dit ce qu'il fallait en penser.

Déplorons enfin que l'équilibre à court terme de la branche ne soit même pas assuré. Le texte initial misait pour y parvenir sur la contribution des crédits communautaires au volet médico-social du plan de relance par l'investissement. La branche sort finalement de l'Assemblée nationale en déficit de 300 millions d'euros, et ce jusqu'au nouveau transfert de 0,15 point de CSG, qui ne sera effectif qu'en 2024.

J'en viens aux articles du texte relatif au secteur médico-social. Ce sera rapide, car il n'y en a que deux.

D'abord, l'article 16, qui porte sur le rôle et les modalités d'intervention de la CNSA. Cet article tire les conséquences de la loi du 7 août dernier, qui confiait la gestion de la branche autonomie à la CNSA. Il clarifie les missions de la caisse, il l'intègre pour sa gestion courante au patrimoine commun de la sécurité sociale, et il assouplit grandement son architecture budgétaire.

Surtout, l'article 16 dote la CNSA de ressources entièrement propres : alors qu'elle était financée pour l'essentiel par des crédits de l'assurance maladie, elle le sera désormais, pour l'essentiel, par des recettes de CSG.

Le second article relevant du médico-social est l'article 25 A, qui porte sur les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Cet article, dont la ministre Mme Brigitte Bourguignon nous a parlé la semaine dernière, laisse un sentiment mitigé. Il confie à la CNSA le soin de distribuer une enveloppe de 150 millions d'euros – 200 millions en année pleine – pour aider à restructurer l'offre des services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), sous réserve que les départements contribuent pour un montant équivalent à celui qui leur serait alloué. Certes, le montant est plus élevé que les années précédentes. Mais précisément, voilà bientôt dix ans que, quasiment chaque année, le Gouvernement dégage en première lecture à l'Assemblée nationale un amendement demandant à la CNSA d'abonder un fonds de restructuration des services d'aide à domicile. En matière d'organisation d'une offre de services essentielle à une population qui n'a jamais souhaité autre chose que de vieillir à domicile, on peut imaginer une meilleure stratégie.

Vous l'avez compris, la création de la branche autonomie ne s'accompagne pour l'heure d'aucune amélioration substantielle de la prise en charge des personnes âgées et handicapées. Les dépenses de la CNSA suivent leur rythme d'évolution fixé pour l'essentiel par les chantiers en cours – convergence tarifaire en Ehpad, plans nationaux et solutions d'accompagnement dans le secteur du handicap, etc. – et l'essentiel est encore renvoyé à une future loi grand âge et autonomie, dont le financement est rien moins qu'assuré.

La situation sanitaire occupe certes légitimement les esprits, mais nous ne pouvons rester passivement à attendre que l'on daigne nous saisir de la réforme promise depuis 2018. C'est pourquoi je vous proposerai deux amendements visant à maintenir le sujet à l'ordre du jour.

Le premier vise à catalyser la prise de décision sur le financement de l'autonomie. Le rapport Vachey a lancé des pistes. Il reste à prendre des décisions. Je propose qu'une conférence des financeurs de cette politique – État, sécurité sociale, collectivités – se réunisse sous l'égide de la CNSA pour que nous progressions vers une solution.

Le second amendement vise à assouplir la gouvernance du secteur sur le terrain. Il propose qu'une convention rende possible la délégation de compétence de tarification des Ehpad à l'échelon départemental, comme nous l'avons fait il y a deux ans pour les établissements accueillant des personnes handicapées. N'attendons pas la grande réforme promise, expérimentons !

M. Jean-Noël Cardoux. – Je souscris totalement au rapport, mais constate que les réticences dont j'avais fait part au moment du texte sur la Cades, sur le périmètre de gouvernance et de financement d'une cinquième branche, sont parfaitement justifiées par ce qui nous est proposé. Nous n'avons pas avancé depuis l'été, ce qui me semble assez inquiétant. Je pense pourtant que ce serait le moment, et notre commission des affaires sociales peut jouer un rôle important pour cela. Nous pourrions envisager, à l'occasion de la mise en place de cette cinquième

branche, une nouvelle phase de déconcentration et de décentralisation. Certains d'entre nous ont proposé, lors des débats, de décentraliser les agences régionales de santé en donnant la compétence aux départements, et d'envisager des structures départementales de convention avec la CNSA et les départements pour gérer cette cinquième branche. Sinon, nous tomberons dans la verticalité que nous connaissons, avec tous les aléas que cela représente.

Mme Michelle Meunier. – Je suis d'accord avec notre rapporteur, on n'y voit pas très clair. Je dirais même qu'on est dans le brouillard. Je salue la métaphore du jardinier ; pour moi, cela me fait penser à l'écho : on sait d'où il part, mais après, il se perd... Il n'est que de voir le nombre de rapports que nous avons reçus – à peu près une demi-douzaine ! Le dernier rapport, de M. Vachey donne des pistes intéressantes, qui auraient pu être reprises, au moins en partie.

Mon groupe a voté la création de cette cinquième branche cet été. C'est un cadre sur lequel on peut s'appuyer, mais qui est presque vide. L'AEEH n'est pas rien, certes, mais avec 1,2 milliard d'euros, on est loin du compte et de l'universalité attendue pour cette branche. Les associations attendent des parlementaires, sur la question de la perte d'autonomie, un peu plus que ce qui est proposé dans ce PLFSS. Les deux propositions du rapporteur, pragmatiques, concrètes, vont dans le bon sens. Nous y apporterons des améliorations, notamment sur la représentation dans la conférence des financeurs des personnes âgées elles-mêmes, ou des personnes handicapées et de leur entourage. Nous avons tout à gagner à renforcer la démocratie sanitaire. Et l'expérimentation de la gestion au plus près des départements est évidemment le bon échelon.

Sur les ressources à solliciter, des pistes ont été évoquées : les successions, le patrimoine... Nous devons renforcer la solidarité, surtout vis-à-vis des personnes âgées, et veiller à une meilleure redistribution des richesses – sur ce point, nous aurons des propositions à faire. Nous approuvons ce rapport.

M. Daniel Chasseing. – Je souscris tout à fait au rapport. La cinquième branche de l'assurance maladie me paraît très importante. C'est par ce biais que nous aurons dans tous les départements de France une prise en charge équitable de l'autonomie. Cela dit, ce qui nous est proposé ne comporte pas de financements supplémentaires, ou très peu, pour la prise en charge de la perte d'autonomie, notamment en Ehpad, où il y a beaucoup de difficultés, avec des personnes âgées très dépendantes. Quelques nouvelles places sont prévues, mais il n'y a pas d'augmentation du nombre d'aides-soignantes ou d'infirmières, alors que ce serait absolument nécessaire.

Il est bon, donc, d'avoir cette branche, mais reste le problème de son financement. Peut-être le réglerons-nous dans le cadre de la loi sur le grand âge. Les personnes à domicile sont très précarisées, et il faudra aussi faire un effort important en leur faveur. Nous allons passer en trente ans de 2,5 millions à 5 millions de personnes de plus de 85 ans. Les gens veulent rester à domicile, et c'est par le biais du renfort de la prise en charge qu'on pourra les y garder. Je suis d'accord pour que le département devienne encore plus important, et que les crédits de la CNSA, pour le domicile comme pour les Ehpad, soient attribués aux départements, et contrôlés par l'ARS.

Mme Pascale Gruny. – Parlementaire depuis 2004, j’ai vu nombre de rapports ! On crée une cinquième branche, très bien. Chaque rapport est intéressant, mais il manque toujours le financement : nous n’avons pas l’argent. Je suis donc d’accord avec les propos du rapporteur. Je suis élue d’un des cinq départements les plus pauvres de France. Nous n’avons pas d’argent du tout : on pleure, on va frapper à la porte de l’Élysée pour avoir 3 millions d’euros en fin d’année, pour payer les agents... Et à chaque fois qu’il y a des cofinancements, c’est une catastrophe pour nous. C’est une grosse difficulté pour tout ce qui est social. Le niveau de dépenses de RSA est impressionnant, non financé, non compensé... Les aides de l’État ne sont pas au bon niveau, et baissent chaque année. Cela dit, je suivrai le rapporteur.

Mme Laurence Cohen. – Merci pour ce rapport truculent et plein d’humour, ce qui précieux en cette période difficile. Sur les financements, dès lors qu’on garde la même logique et qu’on n’accepte pas de s’ouvrir à d’autres sources, on s’enferme : le Gouvernement se dit coincé, et coince ainsi l’ensemble de la société. Avec cette branche, nous sommes dans un rendez-vous manqué. Mon groupe n’était pas favorable à la création d’une cinquième branche, et nous continuons de plaider pour que ces dépenses soient prises en charge par l’assurance maladie, puisqu’il ne s’agit pas d’un risque supplémentaire, de quelque chose qu’on ne peut pas anticiper, mais de la vie : on naît, on vieillit et on meurt !

Au-delà de nos désaccords de fond, la cinquième branche est une coquille vide. Il nous est donc un peu difficile de nous prononcer.

En réalité, il n’y a aucune anticipation. Cela fait des années que l’on discute de la réforme du grand âge. Notre commission a procédé à de multiples auditions. Cela aurait pu et dû faire mûrir une réflexion. Mais nous ne savons pas comment la cinquième branche sera financée. Notre crainte est qu’il n’y ait que le minimum pour les plus précaires et que cela n’ouvre la porte aux assurances privées.

Enfin, il est pathétique de n’avoir que deux articles sur le médico-social. Et la prestation de la ministre Brigitte Bourguignon m’a laissée extrêmement perplexe quant à sa maîtrise des dossiers.

M. Bernard Bonne. – Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est effectivement très décevant. On nous avait annoncé que la cinquième branche apporterait des possibilités supplémentaires dans le médico-social. Il n’en est rien. C’est même pire que les années précédentes ; il n’y a que deux articles sur le sujet. C’est à se demander si la création de la cinquième branche n’était pas uniquement un effet d’annonce. Certes, il y aura une hausse des salaires, qui était absolument nécessaire, mais aucune augmentation du personnel des établissements médico-sociaux, alors que c’est la demande la plus forte aujourd’hui.

Le domicile est le parent oublié du médico-social. Le véritable objet d’une loi sur le grand âge serait de tout faire pour que les personnes puissent vivre et mourir à domicile. Nous travaillons actuellement en ce sens avec Michelle Meunier. Mais, dans le PLFSS, pratiquement rien n’est fait pour le domicile. Le petit saupoudrage de 150 millions d’euros ou 200 millions d’euros ne permettra de résoudre ni le problème d’attractivité des métiers concernés ni les difficultés

rencontrées sur le terrain. En plus, il est assujéti à une obligation pour les départements de financer à même hauteur ; comme si ces derniers ne faisaient pas déjà suffisamment...

Je souscris totalement aux préconisations du rapporteur. Il faut une réflexion sur le financement de la loi grand âge ; il est possible de trouver une solution. Nous proposons aussi de confier à titre expérimental le médico-social à certains départements tout en le laissant sous l'égide de l'ARS dans d'autres départements d'une même région.

M. Olivier Henno. – Les attentes sont très fortes sur l'autonomie et le grand âge. La création de la cinquième branche, loin de calmer les impatiences, les accentue. Peu de choses sont réglées, qu'il s'agisse du financement, du périmètre, de la gouvernance ou de la place des partenaires sociaux et des collectivités territoriales. Tout est à construire. Nous souhaitons que le texte arrive rapidement devant le Parlement.

Pascale Gruny a soulevé la question très importante de l'équité géographique. Je me souviens de notre ancien collègue André Diligent, qui indiquait être « ruiné à coups de subventions ». En effet, quand il faut participer à hauteur de la subvention qu'on peut recevoir, tout le monde n'est pas à égalité. Il va falloir trouver un équilibre entre l'indispensable équité géographique et la construction d'une branche reposant sur une forme de décentralisation. La place des départements doit être au cœur de la réforme à venir. Ce sera un équilibre complexe.

Oscar Wilde écrivait ceci : « C'est l'incertitude qui nous charme. Tout devient merveilleux dans la brume. » Actuellement, nous sommes dans la brume, mais il faut en sortir. Faisons en sorte de répondre aux attentes de nos concitoyens, en particulier les plus fragiles, sur l'autonomie et le grand âge.

Mme Corinne Imbert. – Il y aurait en effet beaucoup à dire sur la méthode. En 2010, face à une crise financière importante, le gouvernement de l'époque avait renoncé à créer la cinquième branche, le déficit de la sécurité sociale étant « historique », à 28 milliards d'euros. Aujourd'hui, il est encore bien plus important, à 46 milliards d'euros. Si Mme Buzyn ne nous a pas présenté son projet de loi grand âge et autonomie, c'est parce qu'elle comptait sur le retour à l'équilibre de la sécurité sociale. Mais les mesures d'urgence sociale prises en réponse au mouvement des gilets jaunes ont coûté 5 milliards d'euros à la sécurité sociale. Il en a découlé un report du projet de loi grand âge et autonomie, qui a depuis été repoussé à deux reprises.

La branche autonomie a été introduite par voie d'amendement dans un texte sur la dette sociale. On comprend que le Gouvernement soit aujourd'hui piégé. Il faut amener des financements. En l'occurrence, nous avons plutôt le sentiment de tours de passe-passe. On déshabille les uns pour que la branche soit à l'équilibre. C'est vraiment regrettable.

Le domicile est oublié. Le cœur, c'est tout de même le financement des services à domicile. Ce n'est pas un petit sujet. En 2014, l'Union nationale des CCAS évoquait un coût de revient des services d'aide de vingt-cinq euros. Or le rapport présenté voilà dix mois prévoyait un tarif à vingt et un euros. Nous voyons bien qu'il y a un décalage. Il faudrait des moyens financiers énormes, que nous n'avons pas : le contexte budgétaire est catastrophique.

Il est aussi prévu de prélever une part de CSG sur la branche maladie pour alimenter la branche autonomie.

Nous restons sur notre faim. Nous n'avons pas obtenu les réponses à nos questions, y compris sur la gouvernance.

***M. Philippe Mouiller, rapporteur.** – Je partage le constat des uns et des autres. Le cœur du problème est évidemment la méthode. Nous avons tous critiqué cet été le fait de voter la création d'un cadre dont nous n'avions ni le contenu ni les financements. On nous avait répondu qu'un rapport serait remis au mois d'octobre, avant l'examen du PLFSS. Le rapport Vachey existe, mais le Gouvernement n'a pas encore tranché sur le financement.*

Nous nous retrouvons aujourd'hui avec un PLFSS qui va alimenter financièrement la cinquième branche, mais dans lequel on ne fait que réutiliser des crédits existants.

Cet été, le chiffre évoqué pour lancer la cinquième branche était d'un milliard d'euros. Nous disions tous que c'était insuffisant. Aujourd'hui, en retirant les aides du Ségur, on est même en retrait.

Le contenu nouveau de la cinquième branche est renvoyé à la loi grand âge et autonomie. On a de nouveau cette grande dualité : soutenir les structures tout en mettant en valeur le besoin du domicile. Derrière cela, il y a ce qui est certainement l'un des freins dans la programmation : le débat sur la relation entre les départements et l'État, avec la question de l'ossature financière de la mission d'action sociale des départements et de la contrepartie apportée par l'État.

Mon amendement visant à pouvoir déléguer à titre expérimental la compétence aux départements constitue les prémices de ce que nous souhaiterions défendre au Sénat.

Il y a beaucoup à faire sur la démocratie sanitaire et sur le paritarisme. Mais ces débats sont de nouveau renvoyés à la loi grand âge. Pour l'instant, avec le rapporteur général, nous veillons à ce que les missions de la CNSA soient au moins précisées clairement, afin d'avoir une vision de son nouveau périmètre.

L'équité géographique fait partie des missions historiques de la CNSA. Elles sont renforcées pour pouvoir moduler l'intervention des crédits de la CNSA afin de permettre une meilleure équité financière entre départements. Cette action doit être confortée dans les nouvelles missions de la CNSA.

Le trou est en place, le terreau est là, mais je ne suis pas certain que tout cela germe dans les meilleures conditions.

EXAMEN DES ARTICLES

Mme Catherine Deroche, présidente. – Nous passons à l'examen des articles.

Article 4 bis

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 135 vise à supprimer l'article 4 bis, qui est une demande de rapport.

L'amendement n° 135 est adopté.

Article additionnel après l'article 6

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 136 a pour objet de fixer le principe d'une compensation à son coût réel du budget de l'Agence nationale de santé publique. Cela permettrait de faire revenir 4,8 milliards d'euros dans les comptes de la sécurité sociale.

L'amendement n° 136 est adopté.

Article 6 bis

Les amendements rédactionnels n°s 137 et 138 sont adoptés, de même que l'amendement de coordination n° 139.

Article 6 ter

L'amendement de précision rédactionnelle n° 140 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'article 6 ter prévoit un dispositif d'exonération de cotisations patronales au bénéfice de certains employeurs touchés par la crise et dont la perte de chiffre d'affaires est au moins égale à 80 %. L'amendement n° 141 tend à ramener ce seuil à 50 %.

L'amendement n° 141 est adopté, de même que l'amendement de précision n° 142.

Article 9

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 143 tend à supprimer l'article 9, qui réduit de 200 millions d'euros la dotation du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), futur Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS).

L'amendement n° 143 est adopté.

Article additionnel avant l'article 10

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 144 a pour objet de remettre en cause des dérogations à la loi Veil, ce qui permettrait de récupérer 4,3 milliards d'euros.

L'amendement n° 144 est adopté.

Article 10

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 145 a pour objet de faire contribuer les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) en 2021 comme en 2020, à hauteur de 1 milliard d'euros, et non de 500 millions d'euros.

M. René-Paul Savary. – Nous avons été écoutés à retardement.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – En effet, nous l'avions proposé en 2019.

M. Bernard Jomier. – L'argent que les OCAM n'ont pas dépensé aurait pu être restitué aux cotisants, et non ponctionné par l'État. Nous déposerons des amendements, car il est tout de même étonnant de légitimer le fait que l'État récupère cet argent.

M. René-Paul Savary. – A contrario, il peut aussi s'agir d'un forfait pour la participation à la lutte contre la crise. Par exemple, les tests sont pris en charge à 100 % par la sécurité sociale.

Mme Laurence Cohen. – Ce débat va être intéressant, et nous déposerons aussi des amendements. Il faut distinguer les assurances privées et les organismes mutualistes. Ces derniers alimentent des œuvres sociales qui aident les assurés. On peut réfléchir à des dispositifs incitant à utiliser un tel fonds pour abonder plus de centres de santé ou faire baisser les tarifs. Une participation de ces organismes profitable à tous et ne s'effectuant pas au détriment des salariés est sans doute possible.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – La logique, si on est mutualiste, est de baisser les excédents ou de distribuer des parts sociales. Mais, en l'occurrence, on prend 1 milliard d'euros sur les excédents. Je demande donc simplement aux mutualistes de jouer leur rôle mutualiste. Je le rappelle, les frais de gestion sont très élevés dans toutes ces caisses, qu'elles soient privées ou mutualistes.

L'amendement n° 145 est adopté.

Article 13

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 146 vise à pérenniser le dispositif spécifique pour l'embauche de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi du secteur agricole (TO-DE).

L'amendement n° 146 est adopté.

Article 13 ter

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'article 13 ter supprime une disposition relative au sport en entreprise votée dans le cadre de l'examen du projet de loi d'accélération et de simplification de l'action publique.

Un accord est en train d'être trouvé entre le Gouvernement et M. Savin, à l'origine de cette disposition. L'amendement n° 147 vise à supprimer cet article, afin de favoriser une rédaction plus conforme à ce que nous avons voté.

M. René-Paul Savary. – Dans l'exposé des motifs, vous indiquez que revenir par voie d'amendement sur une disposition n'est « pas de nature à garantir la sincérité des débats parlementaires ».

Mme Catherine Deroche, présidente. – Le texte a été adopté, mais la loi n'a pas encore été promulguée. Le Gouvernement veut profiter de l'examen du PLFSS pour revenir sur la disposition adoptée. Nous n'y sommes pas favorables. Mais le ministre Olivier Dussopt m'a confirmé hier qu'une négociation était en cours pour trouver un accord sur une rédaction.

L'amendement n° 147 est adopté.

Article 13 quinquies

L'amendement de précision rédactionnelle n° 148 est adopté.

Article 14

L'amendement de clarification rédactionnelle n° 149 est adopté.

Article 14 bis

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 150 tend à supprimer l'article 14 bis, qui n'a pas sa place en loi de financement de la sécurité sociale : il concerne l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, ce qui relève du ministère du travail.

L'amendement n° 150 est adopté.

Article 15 bis

L'amendement de précision et de coordination n° 151 est adopté.

Article 16

L'amendement de clarification rédactionnelle n° 152 est adopté.

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – L'amendement n° 153 vise à permettre à la CNSA de mieux accompagner les opérations d'habitat inclusif, conformément aux préconisations du rapport Piveteau.

L'amendement n° 153 est adopté, de même que l'amendement de coordination n° 154 et l'amendement rédactionnel n° 155.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 156 tend à supprimer la demande d'habilitation à légiférer par ordonnance pour mettre le code de l'action sociale et des familles en cohérence avec le code de la sécurité sociale. Une telle demande alors qu'une loi est en préparation nous semble un peu curieuse.

L'amendement n° 156 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – La création d'une cinquième branche au sein du régime général n'a pas trouvé son pendant au sein du code rural et de la pêche maritime. L'amendement n° 157 vise à confirmer le rôle partenaire de la Mutualité sociale agricole (MSA).

L'amendement n° 157 est adopté.

Article additionnel après l'article 16

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – L'amendement n° 158 vise à faire en sorte que la CNSA mette en place une conférence des financeurs intégrant l'État, la sécurité sociale et les départements. Nous sommes en train d'anticiper le débat sur le financement de la cinquième branche.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Mme la ministre a d'ailleurs laissé entendre qu'elle était favorable à une telle conférence de financement.

L'amendement n° 158 est adopté.

Article 17 quater

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 159 vise à supprimer cet article, qui est encore une demande de rapport.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Dans le cadre de nos travaux sur l'application des lois, nous avons constaté que, sur la vingtaine de rapports demandés, seuls deux avaient effectivement été remis. Mieux vaut donc les rapports d'information du Sénat aux rapports demandés au Gouvernement.

L'amendement n° 159 est adopté.

Article 18

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 160 vise à supprimer l'organisation proposée du financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) au sein de la sécurité sociale. Ce financement doit rester à la charge de l'État.

L'amendement n° 160 est adopté.

Article 24

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 161 vise à préciser que le rapport quadriennal prévu à l'annexe B n'a de sens que s'il offre de réelles perspectives. Il importe donc d'affirmer dès à présent la nécessité d'amorcer un retour vers l'équilibre des comptes sociaux dès que la situation économique le permettra.

L'amendement n° 161 est adopté.

Article 26

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 162 vise à prévoir le rôle du Conseil national de l'investissement en santé (CNIS) et la présence des élus locaux dans le futur FMIS.

L'amendement n° 162 est adopté.

Article 27

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 163 tend à supprimer l'article 27, qui concerne la reprise de la dette hospitalière par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

L'amendement n° 163 est adopté.

Article 28 quater

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 164 vise à supprimer l'article 28 quater, qui intègre le développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile dans les indicateurs de qualité de soins. Si une telle préoccupation est légitime, elle ne relève pas d'une loi de financement de la sécurité sociale.

L'amendement n° 164 est adopté.

Article 28 quinquies

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 165 tend à supprimer cet article, qui est une demande de rapport.

L'amendement n° 165 est adopté.

Article 29

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'article 29 modifie le financement des activités de médecine en deux temps, d'abord en créant un droit d'option pour une « dotation socle », puis en expérimentant un mode mixte association « dotation populationnelle », paiement à l'activité et financement à la qualité à compter de 2020. L'amendement n° 166 vise à conserver le volet « dotation socle » et à supprimer l'expérimentation, dont la mise en œuvre n'est pas envisageable avant 2022.

L'amendement n° 166 est adopté.

Article 32

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'article 32 prolonge d'un an la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations. L'amendement n° 167 tend à ramener cette durée à six mois, afin de réexaminer l'utilité du dispositif selon l'évolution de la situation sanitaire. Nous voulons en outre introduire la notion de « parcours de soins coordonné » dans le texte.

L'amendement n° 167 est adopté.

Article 33

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'article 33 proroge la convention médicale conclue en 2016 au 31 mars 2023. L'amendement n° 168 vise à réduire d'un an la durée de prorogation, en retenant la date du 31 mars 2022.

L'amendement n° 168 est adopté.

Article 33 bis

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 169 vise à supprimer l'article 33 bis, qui étend le bénéfice du tiers payant à toutes les assurées au titre des frais relatifs à une IVG et prévoit que la prise en charge d'une IVG est protégée par le secret. L'article est issu d'une proposition de loi adoptée récemment à l'Assemblée nationale. Il est préférable de débattre d'un tel sujet lors de l'examen de cette proposition de loi, d'autant que la disposition relative à l'anonymat ne relève pas d'une loi de financement de la sécurité sociale.

L'amendement n° 169 est adopté.

Article 33 ter

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'article 33 ter, introduit à l'Assemblée nationale sur l'initiative du Gouvernement, concerne la limitation d'accès au conventionnement des professionnels salariés des centres de santé. L'amendement n° 170 tend à le compléter par les mots : « sur la base des dispositions applicables aux professionnels de santé libéraux ».

Mme Laurence Cohen. – Les règles auxquelles sont soumis les professionnels des centres de santé, qui sont des salariés, ne s'appliquent pas aux professionnels de santé libéraux. C'est une inégalité flagrante. L'adoption de l'amendement proposé permettrait, certes, un adoucissement, mais je suis pour ma part favorable à la suppression de l'article.

L'amendement n° 170 est adopté.

Article 34

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement n° 171 vise à préciser les éléments à prendre en compte dans le rapport d'évaluation de l'expérimentation permettant des transferts d'activités en direction des infirmiers en santé au travail.

L'amendement n° 171 est adopté.

Article 34 quater

L'amendement rédactionnel n° 172 est adopté.

Article 34 quinquies

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 173 vise à supprimer l'article 34 quinquies, qui autorise à titre expérimental la réalisation par les sages-femmes d'interruptions volontaires de grossesse instrumentales. Une telle disposition ne relève pas d'un PLFSS.

L'amendement n° 173 est adopté.

Article 34 sexies

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 174 vise à supprimer l'article 34 sexies, qui ouvre une expérimentation de financement par le fonds d'intervention régional (FIR) d'un parcours soumis à prescription obligatoire pour l'accompagnement des patients souffrant d'une complication de diabète de type 2. Cette expérimentation pourrait s'inscrire dans le cadre fixé par l'article 51 de la loi du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. Évitions de superposer les dispositifs.

L'amendement n° 174 est adopté.

Article 34 septies

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 175 tend à supprimer l'article 34 septies, qui propose la mise en œuvre à titre expérimental, et pour une durée d'un an seulement, d'une consultation longue en santé sexuelle pour les assurés âgés de quinze ans à dix-huit ans, financée par l'assurance maladie. Une telle disposition n'est vraiment pas ambitieuse, et elle vient s'ajouter à ce qui existe. Le sujet mérite mieux.

L'amendement n° 175 est adopté.

Article 36

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'article 36 adapte le dispositif créé en 2018 permettant au Gouvernement de prendre par décret les mesures dérogatoires en matière de couverture des frais de santé qui apparaissent nécessaires en cas de risque sanitaire majeur, en particulier d'épidémie. Toutefois, ce dispositif est financé par l'employeur ; il n'a pas d'effet sur les finances de la sécurité sociale. L'amendement n° 176 tend donc à supprimer les alinéas concernés. Le Gouvernement pourra proposer un dispositif pérenne dans le cadre d'un véhicule législatif adapté.

L'amendement n° 176 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 177 vise à faire en sorte que la faculté prévue dans l'article de déroger aux règles législatives soit limitée dans son objet à la lutte contre l'épidémie de covid-19.

L'amendement n° 177 est adopté.

Article 37

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 178 vise à supprimer l'article 37, qui transfère le financement de l'ASI à la sécurité sociale. Une telle disposition n'apporte aucun bénéfice aux salariés et s'apparente à une débudgétisation.

L'amendement n° 178 est adopté.

Article 38

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'article 38 concerne la réforme des régimes d'accès dérogatoire au médicament. L'amendement n° 179 vise à permettre un dépassement du délai de trente jours après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

L'amendement n° 179 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le nouveau circuit d'autorisation d'accès précoce confère à la Haute Autorité de santé (HAS) la compétence d'attribution de l'autorisation, prérogative jusqu'à présent exercée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Le dispositif proposé ne prévoit pas de motivation en cas de refus d'autorisation, ce qui nuit à sa transparence. L'amendement n° 180 tend à y remédier.

L'amendement n° 180 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 181 tend à maintenir dans le circuit de distribution de ville les médicaments sous autorisation d'accès précoce qui font par ailleurs l'objet d'une AMM.

L'amendement n° 181 est adopté, de même que les amendements de coordination nos 182 et 183.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 184 vise à supprimer deux alinéas dont le maintien dans le texte pourrait avoir des conséquences néfastes sur l'accès des patients à des traitements normalement disponibles en ville dans le cadre d'une AMM dès lors que ces derniers feraient l'objet d'une autorisation d'accès précoce ou d'une autorisation d'accès compassionnel au titre d'une extension d'indication.

L'amendement n° 184 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'application d'une majoration de remise sur l'indemnité d'accès dérogatoire pour l'industriel dans le cas où un délai de 180 jours serait dépassé entre le dépôt de demande de remboursement et l'inscription au remboursement pose un double problème. Le délai de 180 jours est défini pour s'imposer aux pouvoirs publics dans l'inscription au remboursement des médicaments de droit commun sans être pour autant respecté du fait des délais de traitement particulièrement longs de la commission de transparence, délais qui ne sont pas imputables à l'industriel. En outre, cette disposition consacrerait dans la loi un délai dont la nature demeure réglementaire. L'amendement n° 185 vise à y remédier.

L'amendement n° 185 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Compte tenu des deux modalités possibles de prise en charge par l'assurance maladie pour les accès compassionnels et de l'absence de critère régissant l'application de l'une plutôt que l'autre, l'amendement n° 186 vise à assurer le mode de financement par indemnité maximale dans les cas d'autorisation d'accès compassionnel visant à déboucher sur une autorisation d'accès précoce, afin que les mécanismes de prise en charge puissent bénéficier d'une certaine continuité.

L'amendement n° 186 est adopté, de même que l'amendement rédactionnel n° 187.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 188 vise à rétablir l'avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) pour la prise en charge des dispositifs médicaux non-inscrits sur la liste des prestations et produits remboursables et à l'élargir à la base forfaitaire annuelle pouvant servir de base à la prise en charge des autorisations d'accès compassionnels.

L'amendement n° 188 est adopté.

Article 40

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'article 40 concerne la simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire (C2S) en supprimant le fonds C2S, dont les missions seraient réparties entre la CNAM, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) et le ministère chargé de la sécurité sociale. L'amendement n° 189 vise à faire en sorte que le rapport soit transmis au Parlement avant le 31 décembre de l'année considérée.

L'amendement n° 189 est adopté, de même que l'amendement de correction n° 190.

Article 40 bis

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'article 40 bis, inséré par l'Assemblée nationale, confie aux organismes de sécurité sociale une mission générale de lutte contre le non-recours aux droits et d'expérimenter à cette fin un dispositif d'échange et de traitement de données personnelles entre organismes, afin d'identifier les droits des bénéficiaires potentiels de prestations. L'amendement n° 191 tend à recentrer le dispositif sur une prestation déterminée relevant de l'assurance maladie et pour laquelle il existe un problème avéré de non-recours, à savoir la C2S.

L'amendement n° 191 est adopté.

Article additionnel après l'article 43 C

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 192 vise à affirmer expressément dans le code de la sécurité sociale que la prescription pour récupération des prestations indûment payées par un organisme de sécurité sociale est de cinq ans en cas de fraude. Il s'agit donc d'améliorer l'effectivité de la sanction financière en cas de détection d'une fraude, comme le préconisait le rapport de la Cour des comptes.

L'amendement n° 192 est adopté.

Articles additionnels après l'article 43 F

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 193 tend à assurer l'entrée en vigueur de deux dispositions légales relatives à la fraude aux prestations dont les décrets d'application n'ont pas été pris depuis dix ans et treize ans. Cela permettrait à l'assurance maladie d'extrapoler des indus d'un professionnel de santé à partir d'un échantillon représentatif, renforçant l'efficacité des sanctions en cas de fraude avérée. Il convient aussi d'assurer l'application effective des dispositions du même code qui donnent aux CPAM depuis 2007 la faculté de déconventionner d'urgence des professionnels de santé, en cas de fraude grave. Nous fixons donc un ultime délai de neuf mois au Gouvernement pour prendre enfin les décrets d'application de ces deux articles du code.

L'amendement n° 193 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 194 vise à permettre à l'assurance maladie de déroger à l'obligation de paiement sous sept jours d'un professionnel de santé qui aurait été sanctionné ou condamné pour fraude au cours des deux dernières années, à la seule fin de conduire des contrôles a priori avant de régler les professionnels concernés.

L'amendement n° 194 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 195 vise à faire en sorte qu'un professionnel de santé qui aurait été sanctionné ou condamné pour fraude à deux reprises pendant une période de cinq ans soit déconventionné d'office.

L'amendement n° 195 est adopté.

Article 43

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 196 a pour objet de supprimer les deux premiers alinéas de l'article 43. La commission est opposée au financement par l'assurance maladie du plan de relance par l'investissement annoncé par le Gouvernement.

L'amendement n° 196 est adopté.

Article 45 bis

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'article 45 bis, inséré sur proposition du Gouvernement, adapte exceptionnellement en 2021 la procédure d'alerte en cas de risque de dépassement de l'Ondam en suspendant pour les caisses d'assurance maladie l'obligation de proposer des mesures de redressement. Cela tire les conséquences des hypothèses hautement incertaines de construction de l'Ondam pour 2021. L'amendement n° 197 vise à mieux circonscrire ces dispositions pour préciser, à l'instar de la mesure similaire adoptée pour 2010 dans le contexte de pandémie grippale, que la procédure d'alerte n'est adaptée que si le risque de dépassement de l'Ondam est directement imputable à la prise en charge de la crise sanitaire actuelle liée à la covid-19.

L'amendement n° 197 est adopté.

Article 46

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement n° 198 vise à diminuer le prélèvement forfaitaire sur la branche AT-MP du montant du déficit de l'année 2020.

L'amendement n° 198 est adopté.

Article 47 ter

M. René-Paul Savary, rapporteur. – L'article 47 ter a été introduit par l'Assemblée nationale. Il concerne les preuves de l'existence pour le versement des retraites à travers la biométrie. Des adaptations sont faites s'agissant d'un certain nombre de territoires. L'amendement n° 199 vise à améliorer techniquement le dispositif.

L'amendement n° 199 est adopté.

Article 47 quater

L'amendement rédactionnel n° 200 est adopté.

Article additionnel avant l'article 48

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Par l'amendement n° 201, nous proposons au Gouvernement de rouvrir la conférence des financeurs, avec une portée normative : le report de 62 ans à 63 ans de l'âge légal de départ à la retraite et une augmentation de durée de travail de deux ans.

L'amendement n° 201 est adopté.

Article 52

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – L'amendement n° 202 tend à supprimer l'article 52, qui est une demande de rapport.

L'amendement n° 202 est adopté.

Article additionnel après l'article 52

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – L'amendement n° 203 vise à permettre de déléguer à titre expérimental aux départements la compétence en matière de tarification des Ehpad.

L'amendement n° 203 est adopté.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Je remercie M. le rapporteur général et les rapporteurs des différentes branches de leur travail.

TABLEAU DES SORTS

Auteur	N°	Objet
Article 4 bis Rapport sur le bilan de l'expérimentation de la réforme du financement de l'aide à domicile		
M. VANLERENBERGHE	135	Suppression de l'article
Article additionnel après l'article 6		
M. VANLERENBERGHE	136	Compensation à la sécurité sociale du budget réel de l'Agence nationale de santé publique pour l'année 2020
Article 6 bis Régime social de l'indemnité d'activité partielle		
M. VANLERENBERGHE	137	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE	138	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE	139	Amendement de coordination
Article 6 ter Exonérations de cotisations et contributions de sécurité sociale au bénéfice des PME et des travailleurs indépendants dans le contexte de la crise sanitaire		
M. VANLERENBERGHE	140	Amendement de précision rédactionnelle
M. VANLERENBERGHE	141	Abaissement à 50 % du seuil de perte de chiffre d'affaire ouvrant droit à exonération pour les entreprises du secteur S1 bis
M. VANLERENBERGHE	142	Amendement de précision
Article 9 Rectification de la dotation FMESPP (FMIS)		
M. VANLERENBERGHE	143	Suppression de l'article
Article additionnel avant l'article 10		
M. VANLERENBERGHE	144	Compensation de diverses mesures de réduction des recettes de la sécurité sociale

Auteur	N°	Objet
Article 10 Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 au titre de 2021		
M. VANLERENBERGHE	145	Augmentation de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires d'assurance maladie en 2021
Article 13 Prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE)		
M. VANLERENBERGHE	146	Pérennisation du mode de calcul de l'allègement de cotisations TO-DE
Article 13 ter Suppression de l'exemption de cotisations sociales pour les avantages visant à favoriser la pratique sportive en entreprise		
M. VANLERENBERGHE	147	Suppression d'article
Article 13 quinquies Suppression de la surcotisation patronale sur la prime de feu versée aux sapeurs-pompiers professionnels		
M. VANLERENBERGHE	148	Amendement de précision rédactionnelle
Article 14 Simplification des démarches déclaratives et de paiement des cotisations sur les revenus issus de l'économie collaborative		
M. VANLERENBERGHE	149	Amendement de clarification rédactionnelle
Article 14 bis Attribution au contentieux général de la sécurité sociale des litiges susceptibles de naître lors du recouvrement de la contribution liée à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés		
M. VANLERENBERGHE	150	Suppression d'article
Article 15 bis Transfert aux caisses de la MSA du recouvrement de certaines cotisations perçues par la CNIEG		
M. VANLERENBERGHE	151	Amendement de précision et de coordination
Article 16 Gouvernance de la nouvelle branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie		
M. VANLERENBERGHE	152	Amendement de clarification rédactionnelle
M. VANLERENBERGHE	153	Extension des compétences de la CNSA en matière d'habitat inclusif
M. VANLERENBERGHE	154	Amendement de coordination
M. VANLERENBERGHE	155	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE	156	Suppression d'une demande d'habilitation à légiférer par ordonnance

Auteur	N°	Objet
M. VANLERENBERGHE	157	Clarification du rôle de la MSA en matière d'autonomie
Article additionnel après l'article 16 Réunion d'une conférence des financeurs de la perte d'autonomie		
M. MOUILLER	158	Création d'une conférence des financeurs de la politique de soutien à l'autonomie
Article 17 quater Demande de rapport sur les clauses de sauvegarde des produits de santé		
M. VANLERENBERGHE	159	Suppression d'article
Article 18 Financement de la branche autonomie et transferts financiers entre la Sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale		
M. VANLERENBERGHE	160	Suppression de l'organisation du financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité au sein de la sécurité sociale
Article 24 Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)		
M. VANLERENBERGHE	161	Affirmation de l'objectif de retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale
Article 26 Relancer l'investissement pour la santé		
Mme IMBERT	162	Inscription du rôle du conseil national de l'investissement en santé et de la présence d'élus locaux dans sa composition
Article 27 Favoriser l'investissement courant à travers la reprise de la dette des établissements de santé assurant le service public hospitalier		
Mme IMBERT	163	Suppression d'article
Article 28 quater Développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile		
Mme IMBERT	164	Suppression d'article
Article 28 quinquies Demande de rapport sur la mise en œuvre de la réforme du financement des hôpitaux de proximité		
Mme IMBERT	165	Suppression d'article
Article 29 Expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités de médecine		
Mme IMBERT	166	Suppression d'une partie du dispositif et encadrement des modalités de la dotation socle

Auteur	N°	Objet
Article 32 Prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations		
Mme IMBERT	167	Limitation de la mesure dérogatoire à six mois et aux actes s'inscrivant dans un parcours coordonné
Article 33 Report de la convention médicale		
Mme IMBERT	168	Avancement d'un an de la date de report de la convention médicale
Article 33 bis Tiers payant et garanties de confidentialité pour les IVG		
Mme IMBERT	169	Suppression d'article
Article 33 ter Limitation d'accès au conventionnement des centres de santé		
Mme IMBERT	170	Cohérence avec les mesures applicables aux professionnels libéraux
Article 34 Expérimentation visant à assurer une meilleure prévention des risques et à garantir la préservation de la santé au travail par une action coordonnée des professionnels de santé sur le territoire		
Mme GRUNY	171	Contenu de l'évaluation de l'expérimentation
Article 34 quater Création d'un dispositif d'IJ unique pour les professionnels libéraux affiliés à la CNAVPL		
Mme IMBERT	172	Amendement rédactionnel
Article 34 quinquies Expérimentation de la réalisation d'IVG instrumentales par les sages-femmes		
Mme IMBERT	173	Suppression d'article
Article 34 sexies Financement par le FIR d'une expérimentation d'un parcours soumis à prescription médicale pour les personnes atteintes d'un diabète de type 2		
Mme IMBERT	174	Suppression d'article
Article 34 septies Expérimentation d'une consultation longue en santé sexuelle pour les jeunes de 15 à 18 ans		
Mme IMBERT	175	Suppression d'article
Article 36 Adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave		
Mme IMBERT	176	Suppression des dispositions relatives à la possibilité de déroger par décret aux dispositions relatives à l'indemnité complémentaire versée par l'employeur
Mme IMBERT	177	Amendement de précision

Auteur	N°	Objet
Article 37 Revalorisation et transfert à la sécurité sociale de l'allocation supplémentaire d'invalidité		
Mme IMBERT	178	Suppression d'article
Article 38 Réforme des régimes d'accès dérogatoire aux médicaments		
Mme IMBERT	179	Délai d'inscription au remboursement dans le cas d'un médicament en « post-ATU »
Mme IMBERT	180	Refus de la HAS d'accorder un accès précoce
Mme IMBERT	181	Inscription des médicaments sous accès précoce sur la rétrocession hospitalière
Mme IMBERT	182	Amendement de coordination
Mme IMBERT	183	Amendement de coordination
Mme IMBERT	184	Modification unilatérale des conditions de dispensation par le ministre de la santé
Mme IMBERT	185	Majoration de remise en cas de dépassement du délai de 180 jours
Mme IMBERT	186	Précision sur la prise en charge des accès compassionnels
Mme IMBERT	187	Amendement rédactionnel
Mme IMBERT	188	Avis de l'UNCAM
Article 40 Simplification du pilotage de la Complémentaire santé solidaire		
Mme IMBERT	189	Avis du CNLE sur le rapport annuel de la Complémentaire santé solidaire
Mme IMBERT	190	Amendement de correction
Article 40 bis Mission de lutte contre le non-recours aux droits des organismes de sécurité sociale		
Mme IMBERT	191	Recentrage de l'expérimentation sur le recours à la Complémentaire santé solidaire
Article additionnel après l'article 43 C		
M. VANLERENBERGHE	192	Augmentation de la limite applicable aux pénalités financières en cas de fraude aux prestations familiales ou vieillesse
Articles additionnels après l'article 43 F		
M. VANLERENBERGHE	193	Application de dispositifs anti-fraude
M. VANLERENBERGHE	194	Dérogation à l'obligation de paiement sous sept jours de l'assurance maladie en cas de fraude

Auteur	N°	Objet
M. VANLERENBERGHE	195	Déconventionnement d'office des professionnels de santé condamnés pour fraude à plusieurs reprises
Article 43 Dotation de l'assurance maladie au FMESPP (FMIS), à l'ONIAM, de la CNSA aux ARS		
Mme IMBERT	196	Rectification de la dotation de la sécurité sociale au FMIS
Article 45 bis Suspension en 2021 de la procédure d'alerte conduisant à la mise en place de mesures de redressement en cas de risque de dépassement de l'Ondam		
Mme IMBERT	197	Précision pour circonscrire la portée de la mesure aux dépenses exceptionnelles liées à la covid-19
Article 46 Dotation au FIVA, au Fcaata et transferts de la branche AT-MP à la branche maladie et à la branche vieillesse du régime général		
Mme GRUNY	198	Réduction du versement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP
Article 47 ter Faculté d'utiliser la biométrie pour vérifier l'existence d'un titulaire de pension de retraite domicilié hors de France		
M. SAVARY	199	Précisions opérationnelles concernant la preuve de l'existence
Article 47 quater Affiliation automatique des bénéficiaires d'un congé de proche aidant non indemnisés à l'assurance vieillesse des parents au foyer		
M. SAVARY	200	Amendement de coordination rédactionnelle
Article additionnel après l'article 47 quater Mesures de redressement des comptes de la branche vieillesse		
M. SAVARY	201	Réouverture de la conférence de financement et modification des paramètres d'âge d'ouverture des droits et de durée d'assurance pour la retraite
Article 52 Rapport sur la capacité d'accueil dans le secteur médico-social		
M. MOUILLER	202	Suppression d'article
Article additionnel après l'article 52		
M. MOUILLER	203	Expérimentation d'un conventionnement entre les différentes autorités tarifaires des structures cofinancées afin d'organiser des délégations de compétences

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 aux adresses suivantes :

<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/plfss2021.html>