

Ministère de l'économie, des finances et
de la souveraineté industrielle et numérique

Ministère de la santé et de la prévention

Comptes publics

**Projet de loi
de financement de la sécurité sociale pour 2023**

NOR : ECOX2225094L/Bleue-1

Article liminaire

Les prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2022 et 2023 s'établissent comme suit, au sens de la comptabilité nationale :

<i>(En points de produit intérieur brut)</i>	2022	2023
Recettes	27,0%	26,9%
Dépenses	26,5%	26,1%
Solde	0,5%	0,8%

Exposé des motifs

Cet article présente, conformément à l'article 1 de la loi organique n°2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'état des prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale (ASSO) pour l'exercice en cours et pour l'année à venir.

Les ASSO regroupent l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, les régimes de retraite complémentaire, ainsi que l'assurance chômage et les hôpitaux. Elles comprennent enfin la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et le Fonds de réserve pour les retraites. Les excédents de la CADES - qui correspondent à l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base (18,6 Md€ en 2022) - contribuent largement au solde positif de l'ensemble de ce secteur.

PREMIÈRE PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2021

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2021, sont approuvés :

1° Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	209,4	235,4	-26,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	15,1	13,9	1,3
Vieillesse	249,4	250,5	-1,1
Famille	51,8	48,9	2,9
Autonomie	32,8	32,6	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	544,2	567,0	-22,7
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	543,0	567,3	-24,3

2° Le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de Solidarité Vieillesse	17,7	19,3	-1,5

3° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 240,1 milliards d'euros ;

4° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles ;

5° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;

6° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 17,8 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les comptes du régime général se sont améliorés en 2021 après une dégradation d'une ampleur sans précédent en 2020 en raison de la crise sanitaire et économique. Le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) et du FSV est passé de – 39,7 milliards d'euros en 2020 à – 24,3 milliards d'euros en 2021. Cette amélioration s'explique par une croissance des recettes plus marquée que celles des dépenses malgré un niveau toujours important de dépenses consécutives aux mesures prises pour faire face à la situation sanitaire engendrée par l'épidémie de coronavirus.

Cette amélioration est supérieure à celle anticipée l'année dernière lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 qui prévoyait un déficit de 33,7 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et le FSV. Ce résultat moins dégradé qu'anticipé s'explique pour l'essentiel par le dynamisme des assiettes des prélèvements, en lien avec un rebond de l'activité et de la masse salariale meilleur qu'attendu.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2021, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2021 figurant à l'article 1^{er}.

**DEUXIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2022**

Article 3

I. – Au titre de l'année 2022, sont rectifiés :

1° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	221,6	241,9	-20,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	16,2	14,2	2,0
Vieillesse	258,9	261,9	-3,0
Famille	53,5	50,9	2,6
Autonomie	34,9	35,4	-0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	570,1	589,3	-19,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	571,7	589,6	-17,8

2° Les prévisions de recettes, les prévisions de dépenses et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	19,3	18,0	1,3

3° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites lesquelles sont nulles ;

4° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse lesquelles sont nulles ;

5° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 18,6 milliards d'euros.

Exposé des motifs

En 2022, il est prévu que les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) cumulent un déficit de 17,8 milliards d'euros. La situation du FSV s'améliorerait de 2,8 milliards d'euros rapport à 2021 pour afficher un excédent de 1,3 milliard d'euros, en lien notamment avec la baisse du niveau du chômage.

Après la forte dégradation des comptes en 2020 du fait de la crise sanitaire liée à l'épidémie de coronavirus et le net redressement enregistré en 2021, la situation financière continuerait de s'améliorer en 2022 tout en restant très déficitaire. Dans un contexte marqué par la poursuite du rebond de l'activité et par une inflation élevée, cette amélioration s'explique par une croissance soutenue des recettes de + 5,3 %. La croissance des dépenses serait plus contenue que celle des recettes à + 3,9 % malgré les coûts liés aux dépenses pour faire face à l'épidémie de covid car ces dernières seraient en recul par rapport aux dépenses de crise de l'année précédente.

Les dépenses seraient rehaussées par les revalorisations anticipées au 1^{er} juillet 2022 des prestations prévues par la loi portant mesures pour la protection du pouvoir d'achat.

Article 4

Au titre de l'année 2022, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	107,3
Dépenses relatives aux établissements de santé	97,1
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14,6
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	13,8
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement	6,3
Autres prises en charge	6,8
Total	245,9

Exposé des motifs

Cet article rectifie le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année 2022 et le fixe à 245,9 milliards d'euros. Il avait été fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 à 236,8 milliards d'euros. Cette différence s'explique essentiellement par les effets de la crise sanitaire liée à l'épidémie de coronavirus. Du fait de la cinquième vague épidémique, les dépenses au titre du dépistage et des indemnités journalières liées à la covid-19 ont en effet été largement supérieures à ce qui avait été budgété initialement. Ainsi, le dépassement induit par les dépenses en lien avec la crise sanitaire s'élève à 6,6 milliards d'euros. L'impact du contexte inflationniste sur le renchérissement des achats des établissements de santé et médico-sociaux, ainsi que la revalorisation du point d'indice dans la fonction publique, mise en place à compter du 1^{er} juillet 2022, viennent quant à eux rehausser le niveau de l'ONDAM pour 2022 à hauteur de 2,3 milliards d'euros. Enfin, les mesures prises cet été pour soutenir le système de santé et garantir l'accès aux soins urgents et non programmés rehaussent l'ONDAM de 0,2 milliard d'euros.

Au final, eu égard à ces dépenses supplémentaires en lien avec l'épidémie et avec le contexte d'inflation, l'ONDAM fixé en loi de financement de la sécurité sociale à -1,0 % sera dépassé, et progresserait de +2,2 %.

TROISIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'ÉQUILIBRE DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2023

TITRE I^{er}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA
TRÉSORERIE

Article 5

I. – La sous-section 2 de la section 4 du chapitre 3 *bis* du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

A. – À l'article L. 133-8-4 :

1° Au premier alinéa du I, les mots : « suivantes réalisées » sont remplacés par les mots : « réellement effectuées suivantes qui sont facturées » ;

2° Au 1° du II, les mots : « qui réalise les prestations » sont supprimés et les mots : « qu'elle a réalisées » sont remplacés par les mots : « réellement effectuées qui ont fait l'objet d'une facturation » ;

3° Au premier alinéa du III, le mot : « réalise » est remplacé par le mot : « déclare » ;

4° Au 2° du III, le mot : « réalisé » est remplacé par le mot : « déclaré » et, à chacune de leurs deux occurrences, les mots : « le prestataire » sont remplacés par les mots : « la personne morale ou l'entreprise individuelle » ;

B. – À l'article L. 133-8-6 :

1° Au 1°, le mot : « réalisé » est remplacé par le mot : « déclaré » ;

2° Au 3°, le mot : « réalise » est remplacé par le mot : « déclare » ;

C. – À l'article L. 133-8-8, le mot : « réalise » est remplacé par le mot : « déclare ».

II. – La section 4 du chapitre 3 du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

A. – Au premier alinéa de l'article L. 243-7, après les mots : « régime général », sont insérés les mots : « ou qui déclare la réalisation de prestations en vue de bénéficier du versement prévu au 3° du III de l'article L. 133-8-4 » ;

B. – Le premier alinéa de l'article L. 243-7-1 A est complété par les mots : « ou de toute mise en œuvre des procédures de recouvrement mentionnées à l'article L. 133-8-7 ».

III. – L'article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :

A. – Au 1 du I, les références : « aux 2° et 3° de » sont remplacées par le mot : « à » et la date : « le 31 décembre 2022 » est remplacée par les mots : « une date fixée par décret ou, au plus tard, le 31 décembre 2023 » ;

B. – Le *b* du 3 du I est remplacé par trois alinéa ainsi rédigés :

« *b*) L'aide spécifique mentionnée au 5° du II de l'article L. 133-5-12 du même code ;

« *c*) L'aide spécifique mentionnée au 6° du II de l'article L. 133-5-12 du même code ;

« *d*) La prestation sociale mentionnée à l'article L. 531-8-1 du code de la sécurité sociale pour les particuliers mentionnés au *a* du 2. » ;

C. – Le deuxième alinéa du II est supprimé ;

D. – Au *b* du 1° du III :

a) les mots : « de l'aide spécifique » sont remplacés par les mots : « des aides spécifiques » ;

b) les mots : « du crédit d'impôt mentionné à l'article 199 *sexdecies* du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « des crédits d'impôt mentionnés aux articles 199 *sexdecies* et 200 *quater B* du code général des impôts » ;

E. – Au IV :

a) Les mots : « pour une durée de trois ans, » sont supprimés ;

b) Après les mots : « dispositions du *b* », sont insérés les mots : « à *d* » ;

c) Les mots : « du crédit d'impôt mentionné à l'article 199 *sexdecies* » sont remplacés par les mots : « des crédits d'impôt mentionnés aux article 199 *sexdecies* et 200 *quater B* » ;

d) Après les mots : « L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles », sont insérés les mots « et à l'article L. 531-8-1 du code de la sécurité sociale ».

IV. – Le IV de l'article 13 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est ainsi modifié :

A. – Au premier alinéa, l'année : « 2024 » est remplacé par l'année : « 2023 » et les mots : « à domicile mentionnées au 1° du même article L. 7231-1 et » sont remplacés par les mots : « âgé de six ans et plus au 1^{er} janvier de l'année des prestations à domicile et à compter d'une date fixée par décret ou au plus tard le 1^{er} janvier 2024 pour les activités de garde d'enfant à domicile pour un enfant âgé de moins de six ans au 1^{er} janvier de l'année des prestations et » ;

B. – Après la première occurrence des mots : « à compter du », le deuxième alinéa est ainsi rédigé : « 14 juin 2022, aux prestations de garde d'enfant à domicile pour un enfant âgé de six ans et plus à compter du 1^{er} janvier 2023 et aux prestations de garde d'enfant à domicile pour un enfant âgé de moins de six ans au 1^{er} janvier de l'année des prestations ainsi qu'à celles d'accueil des enfants réalisées par les assistants maternels agréés mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles à compter du 1^{er} janvier 2024 ».

C. – Au troisième alinéa, les mots : « du 1^{er} janvier 2023 » sont remplacés par les mots : « d'une date fixée par décret ou, au plus tard, le 1^{er} janvier 2024 ».

D. – Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé : « Par dérogation aux dispositions du premier et deuxième alinéa du présent IV et en vue d'en ouvrir aux employeurs, dans des conditions transitoires, le bénéfice anticipé du dispositif qu'elles prévoient, les dispositions des trois premiers alinéas du I, du II et des deux premiers alinéas du III de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale, ainsi que celles des articles L. 133-8-4 et L. 133-8-5 du même code, sont applicables dès le 1^{er} septembre 2022 aux prestations de garde d'enfant à domicile pour un enfant âgé de six ans et plus au 1^{er} janvier de l'année des prestations. ».

Exposé des motifs

En vue d'offrir un meilleur accès pour tous aux avantages sociaux et fiscaux qui facilitent le recours à des services à domicile, le Gouvernement a expérimenté puis généralisé par étapes un système ambitieux d'avance immédiate du crédit d'impôt permettant de percevoir celui-ci, qui peut représenter jusqu'à 50% du coût des prestations, dès le paiement de ces dernières. Ouvert depuis cette année aux prestations ne faisant l'objet d'aucune autre prise en charge publique, le dispositif géré par le réseau URSSAF doit s'étendre pour bénéficier à d'autres activités (garde d'enfants) et d'autres publics (bénéficiaires de l'APA et de la PCH).

Au vu des enseignements retirés de ces premiers mois de fonctionnement sur l'ensemble du territoire au bénéfice de déjà plus de 300 000 particuliers, il apparaît nécessaire d'ajuster quelques paramètres législatifs du dispositif ainsi que le calendrier de déploiement retenus l'année dernière.

Ainsi, les dispositions relatives aux contrôles réalisés par les URSSAF doivent être adaptées à cette nouvelle mission. Par ailleurs, le calendrier retenu il y a un an dans un contexte d'expérimentation nécessite d'être ajusté au regard des travaux techniques et des retours d'expérience : ainsi s'il est possible d'anticiper l'ouverture de l'avance immédiate de crédit d'impôt pour la garde d'enfants de plus de six ans, il s'avère préférable, afin de permettre la consolidation du projet et de garantir un temps d'échange suffisant avec l'ensemble des acteurs, et notamment avec les conseils départementaux, sur les modalités pratiques, de prolonger l'expérimentation relative aux bénéficiaires de l'APA-PCH.

Au terme de ce chantier ambitieux et prioritaire pour le Gouvernement, c'est bien l'ensemble de ces activités et de ces publics qui pourront accéder à cette avance immédiate, bénéficiant à la fois à la trésorerie des ménages, à l'emploi dans ce secteur d'activité et aux ressources de la sécurité sociale grâce à un recours accru au travail déclaré.

Article 6

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A l'article L. 133-4-5 :

a) Le premier alinéa est précédé d'un « I. – » ;

b) Au premier alinéa, les mots : « n'a pas rempli » sont remplacés par le mot : « méconnaît » ;

c) Au deuxième alinéa, les mots : « , sans que son montant global puisse excéder 15 000 € pour une personne physique et 75 000 € pour une personne morale » sont supprimés ;

d) Après le deuxième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. – L'annulation des réductions ou exonérations de cotisations ou contributions est plafonnée à hauteur du montant total des sommes mentionnées aux articles L. 8222-2 et L. 8222-3 du code du travail dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime.

« Lorsque le donneur d'ordre n'a fait l'objet d'aucune annulation de réductions ou d'exonérations depuis cinq années, le plafond mentionné au premier alinéa est réduit, si ces montants sont inférieurs à 15 000 € pour une personne physique et 75 000 € pour une personne morale. » ;

e) Le troisième alinéa est précédé d'un « III. – » ;

2° A l'article L. 133-5-3 :

a) Au premier alinéa du I, les mots : « à un organisme désigné par décret » sont remplacés par les mots : « aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime, suivant celui dont il relève, » et les mots : « ce mois, ainsi que, le cas échéant, » sont remplacés par les mots : « ce mois. Les personnes soumises à l'obligation mentionnée au présent alinéa sont tenues, le cas échéant, de procéder à » ;

b) Au II *bis* :

- le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« II *bis*. – Tout organisme versant, à un titre autre qu'employeur, des sommes imposables ou soumises à cotisations ou contributions sociales, ou versant des prestations sociales figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, adresse mensuellement aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 ou, s'il en relève, L. 752-1, ainsi qu'à l'administration fiscale, une déclaration sociale nominative comportant, pour chacune des personnes tributaires de ces sommes et prestations et après information de celles-ci, les informations relatives à ces versements. Cette déclaration est effectuée par voie électronique selon des modalités fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. » ;

- il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les employeurs qui versent des sommes ou prestations mentionnées au premier alinéa uniquement à leurs salariés ou assimilés ou à leurs anciens salariés ou assimilés déclarent ces versements au moyen de la déclaration mentionnée au I. » ;

c) Au II *ter*, les mots : « les informations, déterminées par décret » sont remplacés par les mots : « en vue d'en faciliter les démarches, les informations dont les catégories sont définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget » ;

d) Le III est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ce décret détermine les modalités particulières selon lesquelles sont remplies les obligations prévues au I et au II *bis* au titre des rémunérations dues à l'occasion des périodes de congés des salariés relevant des caisses mentionnées à l'article L. 3141-32 du code du travail. Il prévoit, le cas échéant, les modalités des échanges d'informations entre ces caisses et les employeurs de ces salariés permettant la transmission, par une déclaration unique, de l'ensemble des données dont la déclaration est obligatoire en application des dispositions du présent article. » ;

3° A l'article L. 133-5-3-1 :

a) Au deuxième alinéa, après le mot : « organismes », sont insérés les mots : « de sécurité sociale. » et cet alinéa est complété par la phrase : « Elle tient compte des demandes de correction signalées par les autres organismes ou administrations destinataires des données. » ;

b) Au troisième alinéa, après le mot : « d'organisation », sont insérés les mots : « permettant la prise en compte des demandes de correction de l'ensemble des organismes et administrations mentionnées au deuxième alinéa et » ;

4° Au 3° de l'article L. 213-1-1, les mots : « d'assurance vieillesse dues au titre des » sont remplacés par les mots : « et contributions sociales dont le recouvrement n'était pas assuré au 1^{er} janvier 2020 par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et qui sont dues au titre de salariés relevant de » et après les mots : « de cotisations », sont insérés les mots : « d'assurance vieillesse » ;

5° Il est rétabli un article L. 243-7-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-7-4.* – Dans le cadre de leurs missions, les agents chargés du contrôle peuvent utiliser les documents et informations obtenus lors du contrôle de toute personne appartenant au même groupe que la personne qu'ils contrôlent. Pour l'application du présent article, un groupe est entendu comme l'ensemble des personnes entre lesquelles existe un lien de détention ou de contrôle au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce.

« L'agent chargé du contrôle est tenu d'informer la personne contrôlée de la teneur et de l'origine des documents ou informations, obtenus dans les conditions prévues au premier alinéa, sur lesquels il se fonde. Sur sa demande, il communique une copie des documents à la personne contrôlée.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et garanties applicables à cette utilisation de documents ou d'informations. » ;

6° Au II de l'article L. 243-7-7 :

a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les donneurs d'ordres peuvent également bénéficier, selon les mêmes modalités, d'une réduction des majorations mises à leur charge en application des dispositions du 1° de l'article L. 8222-2 du code du travail. » ;

b) Au deuxième alinéa, devenu le troisième, les mots : « Cette réduction » sont remplacés par les mots : « La réduction des majorations » ;

7° Au I de l'article L. 243-13 :

a) Au premier alinéa, le nombre : « dix » est remplacé par le nombre : « vingt » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « l'employeur contrôlé » sont remplacés par les mots : « la personne contrôlée » ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « établi au cours de cette période » sont remplacés par les mots : « établie au cours de cette période l'une des situations suivantes » ;

d) Au 4°, à sa première occurrence, le mot : « ou » est supprimé et les mots : « ou de documentation inexploitable » sont remplacés par les mots : « ou de documentation, soit inexploitable, soit transmise plus de quinze jours après la réception de la demande faite par l'agent chargé du contrôle ; » ;

e) Il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Le report, à la demande de la personne contrôlée, d'une visite de l'agent chargé du contrôle. »

II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° À l'article L. 724-11, après le cinquième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La durée de la période contradictoire peut être prolongée sur demande du cotisant reçue par l'organisme avant l'expiration du délai initial, à l'exclusion des situations où est mise en œuvre la procédure prévue à l'article L. 725-25 ou en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 722-24, après la référence : « L. 722-1 », sont insérés les mots : « ou de l'article L. 722-20 » ;

3° L'article L. 722-24-1 devient l'article L. 722-24-2 ;

4° La sous-section 1 de la section 2 du chapitre 2 du titre II du livre VII est complétée par un article L. 722-24-1, rétabli, ainsi rédigé :

« *Art. L. 722-24-1.* – Lorsqu'une entreprise de travail temporaire établie à l'étranger met à disposition d'une entreprise exerçant une activité mentionnée aux articles L. 722-1 ou L. 722-20 des salariés, liés par des contrats de travail temporaire, entrant dans le champ d'application de ces mêmes articles, pour lesquels elle demande le maintien à la législation de sécurité sociale d'un autre Etat et que les conditions de ce maintien ne sont pas remplies, ces salariés relèvent ou, le cas échéant, continuent de relever du régime applicable aux salariés agricoles. » ;

5° L'article L. 725-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La caisse centrale de la mutualité sociale agricole assure la notification et le versement à chaque contribuable des sommes recouvrées qui lui reviennent. Pour les versements, cotisations et contributions mentionnés aux troisième à douzième alinéa du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes. Ce taux est fixé par contribuable ou catégorie d'contribuables, dans des conditions fixées par voie réglementaire, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget. » ;

6° Après le premier alinéa de l'article L. 725-3-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 243-7-4 du code de la sécurité sociale est applicable aux contrôles effectués en application de l'article L. 724-7. »

III. – Au 1° du paragraphe 1^{er} de l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires, les mots : « égale à un pourcentage, fixé par décret, des salaires, gratifications et avantages de toute nature alloués par les employeurs aux clercs et employés, sans exception ni réserve » et, au 3° du même paragraphe, les mots : « égale à un pourcentage, fixé par décret, des salaires, gratifications et avantages de toute nature qui leur sont alloués par les employeurs, sans exception ni réserve » sont remplacés par les mots : « assise sur les rémunérations entrant dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Le taux de cette cotisation est fixé par décret ».

IV. – Au c du 4° du XII de l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de sécurité sociale pour 2020, après les mots : « mutations dans la fonction publique, », sont insérés les mots : « à la cotisation due au titre de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales, ».

V. – À la dernière phrase du A du III de l'article 12 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de sécurité sociale pour 2022, après les mots : « les attributaires concernés » sont ajoutés les mots : « à l'exception des organismes complémentaires et des autorités organisatrices de la mobilité, pour lesquels leur montant et les modalités de règlement sont constatés et fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ».

VI. – Les I à III entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2023, sous réserve des A et B du présent VI.

A. Les a, b et c du 2° du I entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2024 ;

B. Le 5° du II est applicable aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2025. Cette date peut être reportée par décret dans la limite d'un an.

Exposé des motifs

Depuis une quinzaine d'années, les garanties et droits du cotisant ont été renforcés par l'inscription, dans le droit comme dans la pratique des organismes de recouvrement des cotisations sociales, de règles de plus en plus protectrices pour les entreprises, par exemple sous la forme du droit à l'erreur. Une des évolutions engagées depuis de nombreuses années a ainsi consisté à donner au cotisant des garanties plus importantes lors des contrôles pour mieux encadrer la procédure et renforcer les échanges dits « contradictoires » que l'organisme doit respecter avant de prendre sa décision. Des améliorations restent possibles pour optimiser le déroulement du contrôle et réduire son impact sur les entreprises.

Ainsi, l'expérimentation visant depuis 2018 à plafonner à trois mois la durée totale (de l'annonce de son engagement à sa clôture) des contrôles dans les entreprises de 10 à 20 salariés est bien accueillie par les entreprises et doit être généralisée. Le mouvement de convergence engagé avec les ressortissants du régime agricole doit aussi être poursuivi afin d'offrir exactement les mêmes garanties. Dans le souci d'éviter les demandes successives ou redondantes, l'utilisation lors d'un contrôle des informations obtenues auprès de plusieurs entités d'un même groupe sera également être facilitée, en toute transparence vis-à-vis de l'entreprise.

Certaines procédures et sanction du travail dissimulé peuvent en parallèle gagner en efficacité. Dans l'esprit de la loi relative à un Etat au service d'une société de confiance (dite loi « ESSOC »), il est proposé que la première sanction du donneur d'ordre non vigilant soit différente de celle appliquée en cas de récidive tandis que, dans un objectif de simplification administrative devant permettre de rendre la lutte contre la fraude au détachement dans le secteur agricole plus efficace, il est proposé de simplifier la procédure d'affiliation des salariés intérimaires en agriculture lorsqu'il est constaté qu'ils sont employés dans des conditions illégales.

L'unification du recouvrement des cotisations et contributions sociales constitue par ailleurs un puissant levier de simplification pour les entreprises, d'amélioration de la qualité des données servant au recouvrement et au calcul des droits sociaux des assurés et de gains d'efficacité pour la sphère publique. L'avancée de ces chantiers implique plusieurs adaptations allant dans le sens de la simplification pour plusieurs régimes spéciaux. Il s'agit notamment d'aligner l'assiette des cotisations des employeurs relevant de la CRPCEN sur celle du régime général, de clarifier les modalités de transfert des cotisations dues à la CNRACL au titre de l'ATIACL et de maintenir en revanche, compte tenu du caractère fermé du régime et de la faiblesse du nombre d'employeurs concernés, le recouvrement par la Caisse des dépôts de l'ensemble des cotisations du régime des mines.

Enfin, il est proposé d'aller plus loin dans la démarche de simplification des démarches des entreprises ainsi que la mise en œuvre d'un dispositif de correction facilitée des données erronées, afin de concilier les exigences d'une part de simplicité pour les entreprises et d'autre part de fiabilité des données servant au calcul des prestations sociales, indispensable dans le cadre de la mise en place de la solidarité à la source voulue par le Président de la République. Il s'agit d'une part de clarifier les obligations des personnes qui versent des revenus de remplacement à l'égard des organismes sociaux, en faisant de la déclaration PASRAU, initialement utilisée pour le prélèvement à la source, le vecteur unique de déclaration des revenus de remplacement aux organismes sociaux et fiscaux, en remplacement des démarches antérieures. D'autre part, l'article propose d'organiser plus précisément les modalités de prise en compte par les URSSAF et la MSA des besoins de corrections des organismes et administrations destinataires des données de la DSN en vue d'établir, en l'absence de correction spontanée par les employeurs, une déclaration corrigée unique pour leur compte.

Article 7

Au 4° du III de l'article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, la date : « 1^{er} janvier 2023 » est remplacée par la date : « 1^{er} janvier 2024 ».

Exposé des motifs

Dans le secteur agricole, le dispositif d'exonération applicable pour l'emploi de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi (TO-DE) permet aux employeurs qui embauchent des travailleurs saisonniers de bénéficier d'une exonération totale des cotisations patronales pour les rémunérations inférieures ou égales à 1,2 SMIC, et dégressive au-delà de ce seuil pour devenir nulle à hauteur d'1,6 SMIC.

Le contexte économique marqué par des crises multiples qui ont affecté les exploitations agricoles justifie le maintien de ce dispositif. Alors qu'il est prévu qu'il arrive à son terme à la fin de l'année 2022, il est proposé sa prolongation pour une année, jusqu'au 31 décembre 2023.

Article 8

I. – Le chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services est ainsi modifié :

1° À la section 1 :

a) À l'article L. 314-2, après les mots : « article L. 314-4, » sont insérés les mots : « inhalés après avoir été chauffés au sens de l'article L. 314-4-1, » ;

b) Au 2° de l'article L. 314-3, après le mot : « fumées, » sont insérés les mots : « inhalées après avoir été chauffées, » ;

c) Après l'article L. 314-4, il est inséré un article L. 314-4-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 314-4-1. – Un produit est susceptible d'être inhalé après avoir été chauffé lorsqu'il répond aux conditions cumulatives suivantes :

« 1° Il est présenté sous forme de rouleaux, coupés et fractionnés ;

« 2° Il est spécialement préparé pour être chauffé au moyen d'un dispositif dédié afin de produire une émission susceptible d'être inhalée par le consommateur final. » ;

2° A la section 3 :

a) Après l'article L. 314-16, il est inséré un article L. 314-16-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 314-16-1. – La catégorie fiscale des tabacs à chauffer comprend les produits du tabac susceptibles d'être inhalés après avoir été chauffés par le consommateur final. » ;

b) Au 1° de l'article L. 314-19, les mots : « et des cigarettes » sont remplacés par les mots : « , des cigarettes et du tabac à chauffer » ;

c) Au premier alinéa de l'article L. 314-20, les mots : « ou des cigarettes » sont remplacés par les mots : « , des cigarettes ou du tabac à chauffer » ;

d) A l'article L. 314-24 :

i) Au premier alinéa, les mots : « en 2022 » sont remplacés par les mots : « pour la période courant du 1^{er} mars au 31 décembre 2023 » ;

ii) Le tableau du deuxième alinéa est ainsi rédigé :

«

Catégorie fiscale	Paramètres de l'accise	Montant applicable du 1 ^{er} mars au 31 décembre 2023
Cigares et cigarillos	Taux (%)	36,3
	Tarif (€/ 1000 unités)	52,1
	Minimum de perception (€/ 1000 unités)	287,9
Cigarettes	Taux (%)	55
	Tarif (€/ 1000 unités)	68,1

	Minimum de perception (€/ 1000 unités)	360,5
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	Taux (%)	50,5
	Tarif (€/ 1000 grammes)	90
	Minimum de perception	350
Autres tabacs à fumer	Taux (%)	51,4
	Tarif (€/ 1000 grammes)	33,6
	Minimum de perception (€/ 1000 grammes)	145,1
Tabacs à chauffer	Taux (%)	51,4
	Tarif (€/ 1000 unités)	44,0
	Minimum de perception (€/ 1000 unités)	315
Tabacs à priser	Taux (%)	58,1
Tabacs à mâcher	Taux (%)	40,7

» ;

iii) Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Ces tarifs et minima sont indexés sur l'inflation dans les conditions prévues au chapitre II du titre III du livre I^{er}. Toutefois, par dérogation à l'article L. 132-2, l'inflation est déterminée à partir de la prévision de l'indice mentionné audit article retenue pour l'année précédant celle de la révision dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année de révision. Cette prévision est ajustée, le cas échéant, de l'écart entre l'inflation constatée et la prévision au titre de la deuxième année précédant celle de la révision. Le pourcentage d'évolution est arrondi au dixième. » ;

iv) Au quatrième alinéa, après les mots : « négative, ni », la fin du troisième alinéa est ainsi rédigée : « , pour le minimum de perception, excéder 3 % . » ;

v) Il est complété par un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Les tarifs et minima révisés sont arrondis au dixième d'euro par unité de taxation. La révision ultérieure est réalisée à partir du tarif non arrondi. » ;

e) A l'article L. 314-25 :

i) Le tableau du deuxième alinéa est ainsi rédigé :

«

CATÉGORIE FISCALE	PARAMÈTRES DE L'ACCISE	MONTANT applicable du 1^{er} mars au 31 décembre 2023	MONTANT EN 2024	MONTANT EN 2025
Cigares et cigarillos	Taux (%)	30,2	32,2	34,3
	Tarif (€/1 000 unités)	48,4	51,1	53,7

Cigarettes	Taux (%)	51,6	52,7	53,9
	Tarif (€/1 000 unités)	56,5	62,2	67,9
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	Taux (%)	41,4	44,4	47,5
	Tarif (€/1 000 grammes)	71,6	80,0	88,3
Autres tabacs à fumer	Taux (en %)	45,4	47,4	49,4
	Tarif (€/1 000 grammes)	24	28,2	32,2
Tabacs à chauffer	Taux (en %)	45,3	47,4	49,4
	Tarif (€/1 000 unités)	44,0	45,5	46,4
Tabacs à priser	Taux (%)	49,3	52,3	55,4
Tabacs à mâcher	Taux (%)	34,9	36,9	39,0

» ;

ii) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Par dérogation à l'article L. 314-24, le minimum de perception est nul. » ;

3° Le dernier alinéa de l'article L. 314-29 est supprimé.

II. – Au tableau du second alinéa du II de l'article 575 E *bis* du code général des impôts :

1° La deuxième colonne est supprimée ;

2° À la première ligne de la troisième colonne devenue la deuxième, la date : « 1^{er} janvier 2023 » est remplacée par la date : « 1^{er} mars 2023 » ;

3° Après la cinquième ligne, il est inséré une ligne ainsi rédigée :

«	Tabacs à chauffer	85 %	90 %	95 %
---	-------------------	------	------	------

»

III. – A. – Les I et II entrent en vigueur le 1^{er} mars 2023, à l'exception des iii et iv du d du 2° du I qui entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2024.

B. – Par dérogation aux articles L. 132-2, L. 314-24 et L. 314-25 du code des impositions sur les biens et services, les tarifs et taux d'accise sur les tabacs applicables du 1^{er} janvier 2023 au 1^{er} mars 2023 sont ceux en vigueur au titre de l'année 2022. Par dérogation au II de l'article 575 E *bis* du code général des impôts le pourcentage appliqué en Corse pour déterminer le prix minimum de vente au détail pendant cette même période est celui en vigueur au 31 décembre 2022.

Exposé des motifs

Le tabagisme est l'un des principaux facteurs responsables de la perte d'années de vie en bonne santé. En 2019, 75 000 décès étaient attribuables en France au tabagisme. La prise en charge des conséquences sanitaires de celui-ci représente un coût direct pour la sécurité sociale estimé entre 20 et 26 milliards d'euros. Les augmentations successives ces dernières années des accises sur les produits du tabac ont démontré leur efficacité pour lutter contre le tabagisme : les volumes de tabac mis à la consommation en France ont diminué de 22 % entre 2017 et 2021, sous l'effet notamment de la trajectoire de hausse soutenue de la fiscalité 2018 et 2020. Il convient toutefois de veiller à maintenir le signal-prix créé par ces choix fiscaux, qui produit des effets sur la consommation.

Or, le prix des produits du tabac étant essentiellement constitué de taxes liées notamment au volume de tabac qu'ils contiennent, il est spontanément peu sensible à l'inflation et, dans un contexte d'inflation, son prix relatif tend à diminuer par rapport aux biens de consommation courante. En effet, les tarifs ne sont revalorisés qu'avec un décalage de 2 ans et dans la limite de 1,8 % alors que l'inflation est aujourd'hui nettement supérieure à ce niveau. En pratique, les prix du tabac augmentent donc aujourd'hui nettement moins vite que l'inflation ou que les salaires. Il apparaît donc nécessaire d'indexer plus efficacement qu'aujourd'hui la fiscalité du tabac pour éviter une baisse de prix en termes réels.

Ainsi, il est proposé que les tarifs 2023 soient revalorisés à hauteur de l'inflation hors tabac constatée pour 2021 et prévue pour 2022 dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances. A compter du 1^{er} janvier 2024, ils seront revalorisés sur la base de la prévision d'inflation hors tabac pour l'année précédente contenue dans l'annexe au projet de loi de finances, éventuellement régularisée l'année suivante en cas d'écart, sans mécanisme de plafonnement. Le minimum de perception sera quant à lui revalorisé selon le même mécanisme, mais dans la limite de 3 %.

Par ailleurs, la hausse du prix du paquet de cigarettes ayant pour effet de reporter une partie de la consommation vers les produits relativement moins taxés (tabac à rouler), voire pouvant favoriser l'émergence de nouveaux produits tout aussi dangereux (tabac à chauffer), il convient de mieux les prendre en compte dans le cadre d'un barème fiscal harmonisé. Ces évolutions peuvent être intégrées en droit national sans préjudice des négociations, soutenues par la France, en vue d'un renforcement de la fiscalité sur les tabacs harmonisés à l'échelle de l'ensemble de l'Union européenne.

Article 9

I. – Le premier alinéa du I de l'article L. 642-4-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après les mots : « à titre de remplacement », sont insérés les mots : « , les médecins exerçant une activité de régulation, dans le cadre du service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3 du code de la santé publique et de la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6314-1 du même code, dès lors qu'ils n'exercent pas d'autre activité en médecine libérale, » ;

2° Les mots : « et dont les rémunérations issues de l'activité de remplacement » sont remplacés par les mots : « , et dont les rémunérations issues de l'activité de remplacement ou de régulation ».

II. – Après l'article L. 6311-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6311-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6311-4.* – Les dispositions prévues à l'article L. 6314-2 sont applicables aux médecins assurant la régulation des appels du service d'accès aux soins prévu à l'article L. 6311-3 réalisée dans le cadre d'un exercice libéral. »

Exposé des motifs

Cet article s'inscrit dans un objectif global de renforcement des équipes de régulation qui permettent aux Français de trouver les solutions les plus adaptées à leurs besoins en termes de soins non programmés ou urgents. A la suite de la « mission flash » sur les urgences et soins non programmés de juin 2022, le Gouvernement s'est engagé à prendre un certain nombre de mesures de nature à faciliter et à inciter l'engagement des médecins dans l'activité de régulation, condition essentielle pour mieux orienter les patients dans le système de santé, limiter l'afflux des patients aux urgences et accompagner la montée en charge des Services d'Accès aux Soins (SAS).

Les médecins exerçant leur activité à titre de remplacement ainsi que les étudiants en médecine peuvent opter, sous certaines conditions, pour un dispositif de déclaration et de paiement simplifié des cotisations et contributions sociales, limité aujourd'hui aux revenus issus d'une activité de remplacement. Cet article vise donc à permettre aux médecins libéraux qui exercent une activité de régulation à l'exclusion de toute autre activité libérale, d'être également éligibles à ce dispositif simplifié sur l'ensemble de leurs revenus issus de cette activité même lorsqu'elle n'est pas pratiquée dans le cadre de remplacements.

Par ailleurs, la montée en puissance de la régulation libérale dans le cadre du SAS nécessite de mobiliser des médecins généralistes de ville en nombre. Or, le traitement des questions de responsabilité individuelle est essentiel à l'engagement de ces derniers. Actuellement, en effet, le droit commun est appliqué aux médecins libéraux régulateurs en dehors des horaires de la permanence des soins ambulatoires, qui doivent donc s'assurer eux-mêmes pour cette activité. Par crainte d'un risque médico-légal, de nombreux médecins hésitent à exercer la régulation médicale, leur assurance étant, pour certains, fortement majorée par cet exercice particulier. Dans le cadre du déploiement des SAS sur tout le territoire national, il apparaît donc cohérent, à l'instar du dispositif existant sur la permanence des soins ambulatoires, de permettre aux médecins libéraux qui assurent la régulation des appels en journée au sein du SAS, de bénéficier de la couverture assurantielle de l'établissement de santé siège de SAMU/SAS.

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

Article 10

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1° du II de l'article L. 131-7, les mots : « et aux articles L. 613-1 et L. 621-3 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 613-1 et à l'article L. 621-3 dans sa rédaction telle qu'issue de la loi n°2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence en faveur du pouvoir d'achat » ;

2° A l'article L. 223-1 :

a) Le 6° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 6° D'assurer le remboursement :

« - d'une fraction de 60 % du montant des indemnités ou allocations versées dans les conditions mentionnées aux articles L. 331-3 à L. 331-7 et L. 333-1 à L. 333-3, ainsi qu'aux I et III de l'article L. 623-1 et aux articles L. 732-10, L. 732-10-1 et L. 732-12-2 du code rural et de la pêche maritime,

« - de la totalité du montant des indemnités ou allocations versées dans les conditions mentionnées aux articles L. 331-8 et L. 331-9, ainsi qu'aux II, III *bis* et IV de l'article L. 623-1 et à l'article L. 623-4, du présent code et aux articles L. 732-12-1 et L. 732-12-3 du code rural et de la pêche maritime,

« - ainsi que du montant des frais de gestion afférents au service de ces indemnités ou allocations calculé dans les mêmes proportions et fixé par arrêté ministériel ; »

b) Les mots : « du deuxième alinéa du II de l'article 21 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 622-2 du code général de la fonction publique » ;

3° Au 2° du IV de l'article L. 241-2, les mots : « des indemnités versées en application de l'article L. 331-8 et du II de l'article L. 623-1 » sont remplacés par les mots : « , à hauteur des montants fixés au 6° de l'article L. 223-1, des indemnités et allocations versées en cas de maternité, de paternité ou d'accueil de l'enfant » ;

4° A l'article L. 330-1, après la référence : « L. 333-3 », sont insérés les mots : « pour le compte en partie de la Caisse nationale des allocations familiales et contre remboursement dans les conditions prévues à l'article L. 223-1 ».

II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° À l'article L.731-2, il est rétabli un 6° ainsi rédigé :

« 6° Une dotation de la Caisse nationale des allocations familiales versée en application du 6° de l'article L.223-1 du code de la sécurité sociale. »

2° Le I de l'article L.741-9 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 3° D'une dotation de la Caisse nationale des allocations familiales versée en application du 6° de l'article L.223-1 du code de la sécurité sociale. »

III. – Le 1° du I s'applique aux réductions, mentionnées à l'article L. 621 3 du code de la sécurité sociale, applicables aux cotisations dues à compter des périodes mentionnées au III de l'article 3 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence en faveur du pouvoir d'achat.

Les 2° à 4° du I et le II s'appliquent aux prestations dues à compter du 1^{er} janvier 2023.

Exposé des motifs

La forte mobilisation de l'assurance maladie pendant l'épidémie de covid-19 a induit une importante dégradation du solde financier de la CNAM qui est passé de - 1,5 Md€ en 2019 à - 30,5 Md€ en 2020 et à - 26,1 Md€ en 2021. Après les transferts à la CADES prévus par la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie du 7 août 2020 (92 Md€ maximum au titre des déficits 2020-2023), le montant cumulé des déficits de la branche maladie devrait atteindre 66,8 Md€ en 2030. A contrario, la branche famille est en excédent depuis 2018 - à l'exception de l'année 2020 - et présentera des excédents cumulés importants au cours des années futures.

Cette situation invite à réexaminer les dépenses mises à la charge des différentes branches, afin de concentrer l'attention et les moyens de pilotage de la CNAM sur les dépenses d'assurance maladie entrant dans le champ de l'ONDAM, qui déterminent à titre principal l'évolution de son solde. Il convient également de faire en sorte que les ressources et les dépenses des branches correspondent à leurs missions et attributions prévues par la loi. À ce titre, la répartition de la charge financière du risque maternité mérite d'être modifiée.

Il convient de réinterroger la pertinence du financement par la CNAM de la totalité des dépenses d'indemnités journalières au titre du risque maternité. En effet, l'objet de ces dépenses n'est pas seulement de couvrir les frais et risques de santé spécifiques liés à la maternité, mais aussi de permettre aux familles de se préparer et d'accompagner l'accueil de l'enfant à sa naissance ou son adoption. Du fait de leur nature particulière, les indemnités journalières au titre du congé maternité ne sont pas comprises dans l'ONDAM, contrairement aux indemnités journalières de l'assurance maladie ou aux frais de santé relevant du risque maternité. Les indemnités journalières versées au titre du congé paternité sont par ailleurs déjà financées par la branche famille, et ce depuis l'origine.

De manière similaire, il est donc proposé de transférer à la CNAF la prise en charge financière des indemnités journalières au titre du congé maternité correspondant à la période post-natale de ce congé. Les analyses statistiques réalisées montrent que les indemnités post-natales représentent précisément 60% du coût des indemnités journalières au titre du congé maladie. Le transfert à la CNAF correspond exactement à cette fraction et représente environ 2 Md€ en 2023.

Ce transfert prend la forme d'un remboursement par la CNAF à la CNAM, sans incidence tant sur les conditions d'accès aux prestations que sur les modalités de gestion et de versement, qui demeurent inchangées.

Le présent article prévoit par ailleurs une disposition de coordination pour assurer la compensation par la TVA et non par des crédits du budget général de l'Etat à la branche maladie de la baisse des cotisations des travailleurs indépendants prévue par la loi du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat, en cohérence avec ce qui avait été présenté lors des débats.

Article 11

Est approuvé le montant de 6,2 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 4 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Exposé des motifs

Les crédits ouverts sur le budget de l'Etat en compensation d'exonérations s'élèvent à 6,2 milliards d'euros en 2023. Ce montant est en hausse par rapport aux crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2022 et qui s'élevaient à 5,4 milliards d'euros. Cette hausse est liée, comme chaque année, à la dynamique intrinsèque des dispositifs compensés, mais aussi au renforcement de certains dispositifs afin de soutenir l'emploi et le pouvoir d'achat des Français, et notamment l'extension de la déduction forfaitaire patronale sur les heures supplémentaires prévue par la loi portant mesure d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat du 16 août 2022, applicable à compter d'octobre 2022 aux entreprises employant entre 20 et 250 salariés.

Article 12

Pour l'année 2023, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	231,8	238,3	-6,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,0	14,8	2,2
Vieillesse	269,8	273,3	-3,5
Famille	56,7	55,3	1,3
Autonomie	36,1	37,3	-1,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	593,8	601,4	-7,6
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	595,0	601,8	-6,8

Exposé des motifs

En 2023, les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et le FSV cumuleraient un déficit de 6,8 milliards d'euros, en très nette amélioration (de 11,0 Md€) par rapport à 2022.

Article 13

I. – Pour l'année 2023, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 17,7 milliards d'euros.

II. – Pour l'année 2023, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

III. – Pour l'année 2023, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes	0
Total	0

Exposé des motifs

En 2023, la dette restant à amortir par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devrait s'élever à 154,9 milliards d'euros, 241,6 milliards d'euros ayant déjà été amortis par la caisse.

Le transfert de dette sociale à CADES prévu par l'article 1 de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie s'est poursuivi en 2022 à hauteur de 40 milliards d'euros, venant réduire le besoin de financement induit par la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19.

Article 14

Sont habilités en 2023 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

	(en millions d'euros)
	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	45 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	350
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) – période du 1 ^{er} au 31 janvier 2023	550
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) – période du 1 ^{er} février au 31 décembre 2023	400
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	450
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	7 500

Exposé des motifs

Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 45 milliards d'euros pour l'exercice 2023. Ce montant est en baisse de 20 milliards d'euros par rapport au plafond pour 2022, en raison notamment des versements effectués par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et de la réduction du déficit prévu pour l'année prochaine. Ce plafond constitue un maximum. Le recours effectif à des ressources non permanentes sera en moyenne nettement inférieur. L'annexe 3 au présent projet de loi détaille les besoins de financement effectifs des organismes.

Les ressources mobilisées par l'ACOSS doivent permettre de couvrir également, outre l'ensemble des besoins de financement du régime général de sécurité sociale, ceux du régime des exploitants agricoles, du régime de sécurité sociale dans les mines, du régime spécial des industries électriques et gazières, du régime spécial des agents de la SNCF et du régime d'assurance vieillesse des fonctionnaires locaux et hospitaliers (CNRACL), auxquels l'ACOSS est autorisée à accorder des avances de trésorerie.

Le plafond d'emprunt de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) est fixé à 350 millions d'euros, soit un niveau proche de celui de 2022.

Le niveau de ressources non permanentes auquel pourra recourir la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) est fixé à 550 millions d'euros pour la période courant du 1^{er} janvier au 31 janvier, puis à 400 millions d'euros pour le reste de l'année 2022. Le premier plafond permettra à la caisse de couvrir ses engagements avant qu'elle encaisse le premier versement de la subvention d'équilibre de l'Etat au régime de retraite.

Le plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) est quant à lui fixé à 450 millions d'euros, supérieur de 40 millions d'euros au plafond d'emprunt en 2022. Les besoins de financement du régime ont été très fortement réduits ces dernières années par la reprise des déficits cumulés de la branche maladie, grâce à l'intégration financière au régime général prévu par la LFSS pour 2016. Toutefois, les besoins de trésorerie de la caisse restent importants du fait de la situation de la branche vieillesse qui cumule des déficits en raison d'une adéquation imparfaite entre ses dépenses et ses recettes constituées de la dotation d'équilibre versée par l'Etat et de ses ressources propres limitées.

Compte tenu de recettes plus dynamiques, les besoins de trésorerie de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) seront nuls en 2023, à la différence de l'année précédente.

Enfin, le besoin de financement de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et hospitaliers (CNRACL) s'accroît notablement par rapport à 2022, en raison de l'importance de ses déficits et de l'absence de réserves. La caisse devra recourir ainsi à l'emprunt en 2023 pour des volumes plus conséquents qu'en 2022 en raison d'une nouvelle dégradation du solde prévisionnel. Cette perspective défavorable conduit à augmenter le plafond d'emprunt de la CNRACL à 7,5 milliards d'euros.

Article 15

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2023 à 2026), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, 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.

Exposé des motifs

Le présent article vise à approuver la trajectoire pluriannuelle des régimes obligatoires de base présentée dans l'annexe B à la loi de financement de la sécurité sociale.

L'annexe présente les sous-jacents économiques qui ont permis la construction du projet de loi et des soldes des régimes de base jusqu'en 2026 et notamment les données macro-économiques qui déterminent le niveau des recettes et des dépenses, ainsi que la montée en charge des mesures portées dans le PLFSS en dépenses.

QUATRIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
L'EXERCICE 2023

TITRE I^{er}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

CHAPITRE 1
RENFORCER LES ACTIONS DE PRÉVENTION EN SANTÉ

Article 16

I. – Par dérogation à l'article L. 622-3 du code de la sécurité sociale, pour le calcul des prestations en espèces dues aux personnes mentionnées à l'article L. 611-1 du même code au titre de l'assurance maladie et maternité, le revenu d'activité retenu pour le calcul de ces prestations peut ne pas tenir compte des revenus d'activité de l'année 2020, dans des conditions fixées par décret.

II. – 1° En cas de contamination par la covid-19 établie par un examen inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale, les assurés se trouvant dans l'impossibilité de continuer à travailler, y compris à distance, peuvent bénéficier, au titre d'un arrêt de travail établi à raison de leur isolement et dans les conditions mentionnées au 2°, des indemnités journalières prévues aux articles L. 321-1 et L. 622-1 du code de la sécurité sociale et L. 732-4 et L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime.

Les articles L. 313-1, L. 323-1 et L. 622-3 du code de la sécurité sociale ainsi que le cinquième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime ne sont pas applicables aux indemnités journalières versées dans le cadre de l'alinéa précédent.

Les indemnités journalières versées à ce titre ne sont pas prises en compte dans le calcul des périodes prévues aux 1° et 2° de l'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale ou de la durée d'indemnisation prévue au cinquième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime ;

2° Par dérogation aux dispositions de l'article L. 321-2 du code de la sécurité sociale et du sixième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, l'arrêt de travail mentionné au 1° est établi par l'assurance maladie après une déclaration en ligne ;

3° Les salariés faisant l'objet d'un arrêt de travail dans les conditions mentionnées au 1° bénéficient de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail, dans les conditions suivantes :

a) La condition d'ancienneté prévue au premier alinéa de l'article L. 1226-1 du code du travail et les conditions prévues aux 1° et 3° du même article ne sont pas requises et l'exclusion des catégories de salariés mentionnée au cinquième alinéa du même article ne s'applique pas ;

b) Par dérogation au dernier alinéa du même article, la durée d'indemnisation court à compter du premier jour d'absence et n'est pas prise en compte dans la limite de durée d'indemnisation sur les douze mois antérieurs ;

4° L'application du I de l'article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018 est suspendue en cas de congés de maladie directement en lien avec la covid-19. Le lien direct est établi par la production par l'intéressé de l'arrêt de travail mentionné au 2° ci-dessus.

III. – La participation de l'assuré, la participation forfaitaire et la franchise mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale sont supprimées pour la consultation pré-vaccinale et les consultations de vaccination contre le SARS-CoV-2, pour les frais liés à l'injection du vaccin contre le SARS-CoV-2.

L'assuré mentionné à l'alinéa précédent bénéficie d'une dispense d'avance de frais. Le tarif des prestations prévues à l'alinéa précédent ne peut donner lieu à dépassement.

IV. – Les dispositions du I s'appliquent aux arrêts de travail débutant entre le 1^{er} janvier 2023 et le 31 décembre 2023. Les dispositions des II et III s'appliquent jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023.

Exposé des motifs

Dans le cadre de la crise sanitaire, depuis janvier 2020, plusieurs mesures ont permis de déroger, pour s'adapter le plus rapidement possible à l'évolution de la crise sanitaire, aux règles de prise en charge de droit commun de divers frais de santé (vaccination contre la covid-19 notamment) ainsi qu'aux conditions de versement des prestations en espèces et des indemnités complémentaires de l'employeur attribuées en cas d'incapacité de travail, compte-tenu des contraintes d'isolement ou de maintien à domicile imposées aux travailleurs dans certaines situations (malades de la covid-19, symptomatiques, cas contacts, assurés contraints de garder leur enfant à domicile, assurés vulnérables à la covid-19). Ces dispositions, prises sur le fondement de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale et L. 1226-1-1 du code du travail, ont ainsi garanti une prise en charge renforcée des frais de santé et une indemnisation des arrêts de travail liés à la crise sanitaire afin de lutter plus efficacement contre la propagation de l'épidémie. Du fait de l'évolution de la situation sanitaire, il reste prioritaire de pouvoir protéger les assurés les plus vulnérables face à l'épidémie.

Il importe tout d'abord de pouvoir maintenir un accès facilité à la vaccination contre la covid, pour les populations vulnérables, pour lesquelles il est recommandé d'effectuer un rappel, ou pour permettre à des populations non vaccinées d'y accéder désormais. Il est ainsi prévu une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des actes et injections liées à la vaccination contre la covid.

La délivrance des arrêts maladie dérogatoires en cas de test PCR ou antigénique positif au virus est également prolongée. L'indemnisation sera alors versée sans vérification des conditions habituelles d'ouverture de droit, sans application d'un délai de carence et ne sera pas comprise dans les durées maximales de versement des indemnités journalières.

Par ailleurs, la crise sanitaire s'est traduite par une baisse des revenus perçus en 2020 par les travailleurs indépendants. Or, leurs indemnités journalières sont calculées à partir des revenus des trois dernières années civiles, les réductions d'activité liées à la crise sanitaire pouvant donc encore pénaliser les travailleurs indépendants en 2023. La loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire, ainsi que l'article 96 de la LFSS 2022, ont ainsi permis de neutraliser les revenus de l'année 2020, si cela est plus favorable au travailleur indépendant. Il est donc proposé de reconduire cette disposition pour les arrêts intervenus en 2023, à la fois pour la vérification du seuil de contributivité de 10% du plafond annuel de la sécurité sociale, qui conditionne le niveau de l'indemnité pour les arrêts de travail liés à la maladie et à la maternité, et pour le calcul de l'indemnité journalière pour les arrêts maladie. Les baisses d'activité auxquelles les travailleurs indépendants ont été confrontés en 2020 ne les pénaliseront donc pas pour leurs droits aux indemnités journalières maladie et maternité.

Article 17

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A l'article L. 1411-6, le mot : « périodiques » est supprimé ;

2° Après l'article L. 1411-6-1, il est inséré un article L. 1411-6-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1411-6-2.* – Tous les adultes de dix-huit ans ou plus bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale qui comportent notamment des rendez-vous de prévention proposés aux assurés à certains âges. Ces rendez-vous de prévention peuvent donner lieu à des consultations de prévention et à des séances d'information, d'éducation pour la santé, de promotion de la santé et de prévention. » ;

3° A l'article L. 1411-7 :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « à l'article L. 1411-6 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » ;

b) Cet article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 6° Le nombre et la périodicité des rendez-vous de prévention, consultations et séances mentionnés à l'article L. 1411-6-2. » ;

4° A l'article L. 1411-8 :

a) Au premier alinéa, après les mots : « mentionnés à l'article L. 1411-6 », sont insérés les mots : « et aux rendez-vous de prévention, consultations et séances mentionnés à l'article L. 1411-6-2 » et après les mots : « à la réalisation de ces programmes », sont insérés les mots : « , rendez-vous de prévention, consultations et séances » ;

b) Au troisième alinéa, le mot : « périodiques » est supprimé et les mots : « à l'article L. 1411-6 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » ;

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 5° de l'article L.160-8, les mots : « à l'article L. 1411-6 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » ;

2° A l'article L. 160-14 :

a) Au 16°, après les mots : « aux mineurs », sont insérés les mots : « , aux consultations de prévention des maladies chroniques destinées aux personnes de 40 à 45 ans » ;

b) Au 24°, les mots : « du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, pour les assurées âgées de vingt-cinq ans » sont remplacés par les mots : « des cancers et des addictions, pour les assurés dont l'âge est compris entre vingt et vingt-cinq ans inclus ».

Exposé des motifs

Les rendez-vous prévention sont un outil essentiel du développement de la prévention aux différents âges de la vie. Ils permettent de prévenir la maladie au bénéfice de l'usager et du système de santé.

Dans ce cadre, le parcours de prévention durant l'enfance a fait l'objet d'une réorganisation en 2019 permettant de mieux suivre et accompagner le développement de l'enfant avec le redéploiement de vingt examens de santé jusqu'à l'âge de 18 ans.

Conformément à l'engagement du Président de la République, il convient désormais d'organiser les rendez-vous prévention à l'âge adulte, en complémentarité des dispositifs déjà existants.

Il est proposé que de nouveaux rendez-vous interviennent aux trois tranches d'âge les plus pertinentes chez l'adulte pour lutter contre l'apparition de facteurs de risque ou de pathologies. Plus spécifiquement à chaque tranche d'âge, il s'agira :

- chez les adultes de 20-25 ans, de renforcer la prévention primaire, en créant une consultation spécifique visant à favoriser un comportement favorable à la santé, à lutter contre les addictions (tabac, alcool, etc.), et à favoriser une alimentation saine et une activité physique régulière et suffisante ;
- chez les adultes de 40-45 ans, de prévenir l'apparition de maladies chroniques telles que le cancer, le diabète ou les maladies cardio-vasculaires. La pratique d'une activité physique et sportive de manière régulière, la lutte contre la sédentarité et la promotion d'une alimentation équilibrée seront abordées comme facteur de prévention des maladies chroniques ;
- chez les adultes de 60-65 ans, de repérer l'apparition des premières fragilités ou de la perte d'autonomie par une approche globale et promouvant l'activité physique régulière et une alimentation équilibrée. Le médecin pourra être encouragé, le cas échéant, à réaliser une prescription d'activité adaptée.

Ces rendez-vous seront également l'occasion de faire le point sur les dépistages (cancers, IST...), la vaccination et la santé mentale. Plus particulièrement, les habitudes de vie des personnes seront évoquées et permettront de faire un bilan sur l'activité physique pratiquée : déplacements actifs (marche, vélo...), exercice physique, sport, activités domestiques ou professionnelles (jardinage, bricolage...), etc. Dans le cadre de cet échange la pratique d'une activité physique régulière suffisante et adaptée aux besoins et envies de la personne sera encouragée, en promouvant la santé et le bien-être notamment par l'activité physique et sportive (sport santé).

Le contenu et les modalités de mise en œuvre de ces « rendez-vous prévention » seront précisés notamment par des textes réglementaires et les conventions liant l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux.

Article 18

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 162-13-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Par dérogation au premier alinéa, les examens de biologie médicale relatifs au dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, ainsi que ceux relatifs au dépistage des autres infections sexuellement transmissibles dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale, qui sont réalisés à la demande du patient en laboratoire de biologie médicale, sont remboursés dans les conditions prévues à l'article L. 160-13. Cet arrêté précise également les modalités de réalisation des dépistages en fonction de l'épidémiologie des maladies concernées et des recommandations de la Haute Autorité de santé. » ;

2° Après le 26° de l'article L. 160-14, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 27° Pour les frais liés au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que, le cas échéant sous condition de limite d'âge, pour les frais liés au dépistage des autres infections sexuellement transmissibles mentionnées à l'article L. 162-13-2 ; »

Exposé des motifs

La lutte contre les IST est un enjeu majeur de santé publique qui fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 et sa dernière déclinaison, la feuille de route 2021-2024. La levée des obstacles au dépistage est une priorité pour le ministère chargé de la santé et de la prévention. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a ainsi généralisé l'expérimentation « Au labo sans ordo » et permis ainsi aux assurés d'obtenir la prise en charge complète du dépistage du VIH par sérologie directement en laboratoire de biologie médicale sans prescription médicale (dispositif VIHTest). Si cette mesure est une avancée en santé publique indéniable, elle ne doit pas faire oublier l'existence des autres IST et la nécessité de faciliter leur dépistage dans un cadre global cohérent.

Le nombre des IST bactériennes est actuellement en recrudescence. Ainsi le nombre de diagnostics d'infection à Chlamydia trachomatis a augmenté de 29 % entre 2017 et 2019. Cette progression est plus marquée chez les femmes de 15 ans à 24 ans (+ 41 %) et chez les hommes de 15 ans à 29 ans (+ 45 %). Le nombre de diagnostics de gonococcie a augmenté de 21 % sur la même période. Pour rappel, les IST bactériennes sont notamment responsables, en cas d'absence de traitement, et donc de dépistage, de grossesses extra-utérines et de stérilité.

En parallèle, le nombre de dépistages a diminué de façon significative pendant la crise sanitaire liée à la covid-19. Une baisse du dépistage a ainsi été observée en 2020 pour les IST bactériennes (infections à *Chlamydia trachomatis* (Ct) et gonococcie) de l'ordre de 6 % en secteur privé et de façon plus marquée en Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), de l'ordre de 30%, en raison de fermetures partielles ou totales pendant le 1^{er} confinement. En 2020, 2,3 millions de dépistages d'infections à *Chlamydia trachomatis* ont été réalisés par les laboratoires privés et environ 258 000 en CeGIDD, soit une diminution respectivement de 6 % et de 30 % par rapport à 2019. Entre 2019 et 2020, le nombre de diagnostics d'infection à gonocoque a aussi diminué de 13 % en CeGIDD.

La présente mesure vise donc à faciliter l'accès au dépistage des IST en rendant leur dépistage accessible sans ordonnance dans tous les laboratoires de biologie médicale et en étendant leur remboursement à 100 % pour les moins de vingt-six ans.

Article 19

I. – L'article L. 5134-1 du code de la santé publique est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV. – Le remboursement ou la prise en charge par les organismes de sécurité sociale des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence, dispensés en officine et inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, n'est pas subordonné à leur prescription. »

II. – Au 21° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale :

1° Les mots « Pour l'assurée âgée de moins de 26 ans », sont remplacés par les mots : « Pour les frais d'acquisition de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et, pour l'assurée âgée de moins de 26 ans » ;

2° Les mots : « de certains » sont remplacés par les mots : « d'autres ».

III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

Exposé des motifs

La contraception d'urgence est un outil essentiel pour prévenir les grossesses non désirées. Le nombre d'IVG reste à un niveau élevé avec, en 2020, un taux de recours de 14,9 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

Selon la Haute Autorité de santé, les freins au recours à la contraception d'urgence hormonale sont les difficultés d'accessibilité physique (géographique et temporelle), les freins financiers et en particulier la restriction de la gratuité aux seules mineures en situation d'urgence. Si son coût peut sembler relativement modeste (entre 3,26 et 7,05 €, mais pouvant aller jusqu'à 13 €), cette somme peut être un véritable obstacle pour les femmes les plus précaires ou isolées.

La délivrance en pharmacie de la pilule de contraception d'urgence est actuellement possible sans prescription pour toutes les femmes mais sa prise en charge financière diffère en fonction de l'âge de la femme :

- pour les majeures, sa prise en charge par l'assurance maladie (et par les complémentaires pour les personnes de plus de 26 ans), est conditionnée à la présentation d'une prescription médicale ;
- pour les mineures, elle est délivrée gratuitement sans prescription.

La délivrance gratuite peut également se faire dans le cadre d'accès à des structures spécifiques pour des populations données. Les règles de prise en charge sont donc peu lisibles.

Pour être efficace, la pilule de contraception d'urgence doit être prise le plus rapidement possible après un rapport non protégé. Soumettre son remboursement, lors de la délivrance, à une prescription constitue un frein important à l'accès à ce médicament d'urgence, dans un contexte où l'accès à un médecin en urgence peut être compliqué du fait de la démographie médicale actuelle.

Dans 9 cas sur 10, la contraception d'urgence n'est donc aujourd'hui pas remboursée.

Aussi, pour simplifier le parcours des femmes, il apparaît nécessaire de permettre la délivrance avec prise en charge intégrale et sans prescription, directement en pharmacie, de la contraception d'urgence hormonale pour toutes les femmes en âge de procréer.

Comme le rappelle la Haute Autorité de Santé, la contraception d'urgence n'est pas un dispositif isolé mais une méthode de contraception de « rattrapage » qui s'inscrit dans le cadre général de la santé sexuelle et reproductive. Le pharmacien, comme acteur de santé publique, peut, lors de la délivrance, orienter la femme vers un moyen de contraception adapté ou vers des praticiens en capacité de présenter les différents choix possibles en matière de contraception et de prescrire la méthode contraceptive choisie par la patiente, le cas échéant.

Figurant dans les actions de la feuille de route 2021-2024 de la stratégie nationale de santé sexuelle, cette prise en charge intégrale et sans prescription de la contraception d'urgence directement en pharmacie sera une avancée considérable pour la santé des femmes. Dans une approche de santé sexuelle globale et positive, elle permettra de renforcer le contrôle des personnes sur leur sexualité en se protégeant contre les grossesses non désirées.

Article 20

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4151-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 4151-2.* – Les sages-femmes peuvent, dans des conditions fixées par décret :

« 1° Prescrire certains vaccins dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles d'en bénéficier sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

« 2° Administrer certains vaccins dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles d'en bénéficier sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé.

« Ce décret détermine également les modalités selon lesquelles les sages-femmes assurent la traçabilité des vaccinations réalisées et transmettent au médecin traitant de ces personnes les informations relatives à ces vaccinations. » ;

2° Au septième alinéa de l'article L. 4161-1, après les mots : « ni aux pharmaciens », sont insérés les mots « ou aux infirmiers » ;

3° Le troisième alinéa de l'article L. 4311-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'infirmière ou l'infirmier peut, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat :

« 1° Prescrire certains vaccins dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles d'en bénéficier sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

« 2° Administrer certains vaccins dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles d'en bénéficier sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. » ;

4° A l'article L. 5125-1-1 A :

a) Le dixième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« 9° Peuvent prescrire, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, certains vaccins dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles d'en bénéficier sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ; »

b) Après ce dixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 9° *bis* Peuvent administrer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, certains vaccins dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles d'en bénéficier sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé ; »

c) A l'avant-dernier alinéa, les mots : « 7°, 8° et 9° » sont remplacés par les mots : « 7° et 8° » ;

5° Le septième alinéa de l'article L. 5126-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 6° Pour les personnes prises en charge par l'établissement, service ou organisme dont elles relèvent, et les personnels exerçant au sein de ces derniers, de pouvoir prescrire certains vaccins dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament ;

« 7° Pour les personnes prises en charge par l'établissement, service ou organisme dont elles relèvent, et les personnels exerçant au sein de ces derniers, de pouvoir administrer certains vaccins dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé.

« Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat :

« – les catégories de personnes habilitées à prescrire et administrer ces vaccins ;

« – les personnes susceptibles de se voir prescrire et administrer ces vaccins ;

« – les conditions dans lesquelles la prescription et l'administration des vaccins peuvent être réalisées. » ;

6° A l'article L. 6211-23 :

a) Au premier alinéa, les mots : « de vaccination » sont remplacés par les mots : « de prescription et d'administration de certains vaccins » ;

b) Au second alinéa, les mots : « , de ces actes » sont supprimés ;

7° L'article L. 6212-3 est complété par les dispositions suivantes :

« Des vaccins peuvent être prescrits et administrés en son sein. La liste des vaccins pouvant être prescrits est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. La liste des vaccins pouvant être administrés est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de la Haute Autorité de santé.

« Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la commission mentionnée à l'article L. 6213-12 :

« 1° Les catégories de personnes habilitées à prescrire ou administrer ces vaccins ;

« 2° Les personnes susceptibles de se voir prescrire et administrer ces vaccins ;

« 3° Les conditions dans lesquelles la prescription et l'administration des vaccins peuvent être réalisées. »

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A l'article L. 162-13-4, après les mots : « à l'exception de ceux liés à l'exercice de la biologie médicale », sont insérés les mots : « et à la prescription et à l'administration de certains vaccins mentionnés à l'article L. 6213-3 du code de la santé publique » ;

2° Le 14° de l'article L. 162-16-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 14° La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux, au titre de leurs missions de vaccination, en application des 9° et 9° bis de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, pour les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale ; ».

Exposé des motifs

Les mesures « vaccination » du Plan Priorité Prévention visent à simplifier le parcours vaccinal des personnes et à multiplier les opportunités vaccinales en vue d'une amélioration de la couverture vaccinale de la population et donc sa protection.

Cette mesure s'inscrit pleinement dans ces objectifs car elle permet d'élargir le nombre de professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers, sages-femmes) habilités à prescrire les vaccins du calendrier des vaccinations aux personnes pour lesquelles ces vaccinations sont recommandées.

Cette mesure s'appuie sur les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) du 27 janvier 2022 ciblées sur les personnes de 16 ans et plus, complétées le 23 juin 2022 pour ce qui concerne les personnes de moins de 16 ans, et qui recommandent d'élargir les compétences d'administration et de prescription en matière vaccinale des pharmaciens d'officine, des infirmiers et des sages-femmes à l'ensemble des vaccins du calendrier des vaccinations recommandées pour l'ensemble des publics, à l'exception de la prescription des vaccins vivants pour les personnes immunodéprimées.

Dans un premier temps, six textes réglementaires du 21 avril 2022 ont élargi, à champ législatif constant, d'une part, les compétences d'administration des vaccins des pharmaciens d'officine et des infirmiers et, d'autre part, la compétence de prescription et d'administration des vaccins des sages-femmes pour les personnes de 16 ans et plus.

CHAPITRE 2 RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS

Article 21

I. – A l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, après le 27°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 28° Pour les frais de transport réalisé à la demande d'une unité participant au service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L 6311-1 du code de la santé publique. »

II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

Exposé des motifs

Le système actuel de participation des assurés aux frais de transports sanitaires urgents préhospitaliers génère à la fois des difficultés de paiement de ces participations par les assurés et de recouvrement par les transporteurs sanitaires. En effet, ces prises en charge urgentes ne permettent pas toujours à l'assuré de faire état de ses droits, notamment en matière de complémentaire santé. En outre, il existe aujourd'hui de nombreuses exonérations pour les patients nécessitant que le transporteur sanitaire dispose, soit d'une information administrative (par exemple : identification du statut d'invalidé de guerre), soit d'une information médicale (par exemple : identification du fait que le transport urgent est en lien avec une affection de longue durée), pour qu'il puisse facturer correctement les frais liés à leur transport. Ces règles complexifient le processus de facturation par les transporteurs sanitaires. En effet, cette information n'est le plus souvent pas connue lors du transport, ce qui nuit à la bonne application des exonérations, à la bonne compréhension de leur reste à charge par les patients et au bon recouvrement des créances correspondantes par les transporteurs.

L'application d'un reste à charge dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière est par ailleurs peu lisible pour les assurés eux-mêmes dans la mesure où elle dépend du statut du transporteur. Si une participation est ainsi appliquée pour les transports réalisés par les transporteurs sanitaires, ce n'est plus le cas pour les transports réalisés par les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) depuis le 1^{er} janvier 2021 et ce n'est pas non plus le cas pour les transports réalisés par les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS).

La présente mesure vise donc à exonérer de participation les frais relatifs aux transports urgents préhospitaliers, qui seront désormais pris en charge intégralement par l'assurance maladie obligatoire. Elle permet de faciliter le recouvrement pour les transporteurs sanitaires, de gagner en lisibilité pour les assurés ainsi que de simplifier leurs démarches.

Cette exonération sera compensée financièrement par une hausse du ticket modérateur sur les transports programmés. Les patients acquitteront au global le même niveau de participation qu'actuellement, mais cette participation pourra être connue à l'avance, au moment de la prescription du transport. Elle est par ailleurs prise en charge pour les 96% d'assurés couverts par une complémentaire santé dans le cadre des contrats responsables, qui représentent environ 95% des contrats de complémentaire santé, ou dans le cadre des affections de longue durée lorsque ces transports sont en lien avec l'affection.

Article 22

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A l'article L. 162-14-1 :

a) Au I, après le 7°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 8° Le cas échéant, les conditions à remplir par les professionnels de santé pour être conventionnés, relatives à leur formation et expérience, ainsi qu'aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ;

« 9° Le cas échéant, les conditions de participation à la couverture des besoins de santé dans les zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. » ;

b) Au premier alinéa du II après les mots : « centres de santé », sont insérés les mots : « et des organisations représentant les structures concernées lorsque l'accord porte sur les organisations visées aux articles L. 1434-12 et L. 6323-3 du code de la santé publique » ;

2° Le II de l'article L. 162-14-1-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La validité des accords interprofessionnels relatifs aux organisations visées aux articles L. 1434-12 et L. 6323-3 du code de la santé publique est subordonnée à leur signature par au moins une des organisations représentatives des professions représentant ensemble au moins 50 % des effectifs exerçant dans le cadre de ces organisations et par au moins une des organisations représentatives des structures concernées. » ;

3° Le dernier alinéa de l'article L. 162-14-3 est complété une phrase ainsi rédigée :

« Ce délai n'est pas applicable lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire a refusé de participer à la négociation. » ;

4° A l'article L. 162-15 :

a) Les quatrième et cinquième alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés, dans chacun des collèges, lors des élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins peuvent faire opposition à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu à la section 1 du présent chapitre.

« Une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique peuvent former opposition à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu aux sections 2 et 3 du présent chapitre, de l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et des accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1. » ;

b) Au sixième alinéa, les mots : « fait obstacle à la mise en œuvre de la convention ou de l'accord si elle est formée » sont remplacés par les mots : « ne peut être formée que » ;

c) Après le sixième alinéa il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'opposition prévue aux alinéas 3 à 6 ne peut être formée que par une organisation qui n'a pas signé la convention, l'accord ou l'avenant concerné. L'opposition fait obstacle à sa mise en œuvre. » ;

5° A l'article L.162-16-1 :

a) A la première phrase du 7°bis :

– les mots : « de bilans de médication ou » sont supprimés ;

– après le mot : « accompagnement », sont insérés les mots : « d'un assuré »

– les mots : « ou de suivi de patients atteints d'une pathologie chronique » sont supprimés ;

b) Au 8° :

– la première phrase est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Les rémunérations, autres que celles des marges prévues à l'article L. 162-38, versées par l'assurance maladie en fonction de l'activité du pharmacien évaluée au regard d'indicateurs et d'objectifs fixés conventionnellement. » ;

– à la seconde phrase, le mot : « engagements » est remplacé par le mot : « derniers » et les mots : « atteints de pathologies chroniques » sont supprimés ;

c) Au 15°, les mots : «, bilan de médication ou entretien d'accompagnement d'un patient atteint d'une pathologie chronique » sont remplacés par les mots : « ou d'un premier entretien d'accompagnement » ;

d) A la première phrase du 16°, les mots : « de diagnostic rapide » sont supprimés ;

e) Après le 16° sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« 17° Les modes de rémunération et les montants afférents dus au pharmacien qui participe au programme de dépistage organisé du cancer colorectal ;

« 18° La rémunération, dans la limite d'un plafond fixé conventionnellement, due au pharmacien qui dispense des médicaments au domicile d'un patient dans le cadre de l'un des programmes de retour à domicile mis en place par l'assurance maladie ;

« 19° La rémunération, dans la limite d'un plafond fixé conventionnellement, lorsque le pharmacien délivre des médicaments à l'unité dans les conditions mentionnées à l'article L. 5123-8 du code de la santé publique ou dans le cadre du régime applicable aux médicaments classés comme stupéfiants mentionnés à l'article L. 5132-7 du même code. » ;

f) Le vingt et unième alinéa, devenu le vingt-quatrième, est supprimé ;

g) Au vingt-cinquième alinéa, devenu le vingt-huitième, les mots : « mentionnés aux 6° à 8° et aux 13° à 16° » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 6° à 8°, au 11° et aux 13° à 19° » ;

6° A l'article L. 162-16-7 :

a) Les deux premiers alinéas sont supprimés ;

b) A la dernière phrase du dernier alinéa, les mots : « cas pour lesquels » sont remplacés par les mots : « situations médicales pour lesquelles ».

Exposé des motifs

Les relations conventionnelles constituent un levier majeur pour assurer l'adaptation du système de santé, notamment s'agissant de la structuration des soins primaires, aux enjeux auxquels il est confronté et améliorer ainsi la réponse aux besoins des assurés. C'est pourquoi il est essentiel que le cadre dans lequel se déroulent ces relations conventionnelles avec les professionnels de santé soit le plus précis et complet possible.

La mesure vise donc à actualiser, clarifier et harmoniser les dispositions légales qui encadrent les conventions passées entre l'Assurance Maladie et les professions de santé (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues) ainsi qu'avec les centres de santé. Elle permettra de mettre en place un cadre rénové à même de faciliter le bon déroulement des prochaines négociations dans le but de contribuer à améliorer la réponse aux besoins de santé.

La mesure vise en outre à actualiser le champ de la convention des pharmaciens d'officine dont le métier est en évolution constante. Ce professionnel de santé qui est un acteur de premiers recours intervient sur un champ d'activités qui s'élargit régulièrement à la suite de l'adoption de nouvelles dispositions législatives et réglementaires (élargissement des compétences vaccinales, pharmacien correspondant) et des accords conventionnels (bilans de médication et accompagnements divers, réalisation de TROD angine, dépistage d'infections urinaires). Cela a encore été amplifié dans le contexte de la crise sanitaire liée à la covid-19 et confirmé par la nouvelle convention organisant les rapports entre l'assurance maladie et les pharmaciens titulaires d'officine signée le 9 mars 2022 qui a introduit de nouveaux axes prioritaires pour accompagner l'évolution du métier de pharmacien. Il convient d'adapter le cadre légal de la convention à ces nouveaux enjeux.

Enfin, la mesure tire les conséquences d'une part de la réforme relative à la substitution des médicaments génériques, mise en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2020 et issue de l'article 66 de la LFSS pour 2019, et, d'autre part, de l'adoption des nouvelles dispositions de la convention en matière de politique de promotion du médicament générique qui intègre dans la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) pour développer le bon usage (BU) des produits de santé des indicateurs proches de ceux qui figuraient dans l'accord national sur la délivrance des médicaments génériques défini dans la loi. Cet accord devient par conséquent inutile.

Article 23

I. – L'article L. 632-2 du code de l'éducation est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du II est remplacé par les dispositions suivantes :

« II. – La dernière année du diplôme d'études spécialisées de médecine générale est effectuée en stage sous un régime d'autonomie supervisée dans des lieux agréés en pratique ambulatoire et en priorité dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. » ;

2° Au 3° du III après les mots : « études de médecine », sont insérés les mots : « , qui, pour la spécialité de médecine générale, est d'une durée de quatre années, ».

II. – La durée mentionnée au deuxième alinéa du I du troisième cycle des études de médecine pour la spécialité de médecine générale s'applique aux étudiants qui commencent le troisième cycle à la rentrée de l'année universitaire 2023.

Exposé des motifs

Débutée en 2017, la réforme du troisième cycle des études de médecine s'organise en trois phases de formation : une phase socle, une phase d'approfondissement et une phase de consolidation pendant laquelle l'étudiant accède au statut de docteur junior, lui permettant une activité en autonomie supervisée pour une insertion professionnelle renforcée.

Aujourd'hui, la médecine générale est la seule spécialité médicale à n'avoir que trois années de formation en 3^{ème} cycle, sans phase de consolidation, ni d'accès au statut de docteur junior. Cette absence de phase de consolidation est pointée comme une lacune qui ne favorise pas une installation immédiate en sortie de scolarité. En effet, la phase de consolidation permet d'acquérir de l'autonomie dans le cadre protecteur de la supervision. En outre, les étudiants de médecine générale manquent aujourd'hui de stages en pratique ambulatoire durant leurs études alors même qu'ils se destinent en priorité à une installation en libéral. Ainsi, certains préfèrent démarrer par un exercice remplaçant le temps de se familiariser avec l'exercice en cabinet. L'ajout de cette phase de consolidation, qui serait exercée exclusivement en pratique ambulatoire, vise ainsi à compléter la formation, à accompagner les jeunes professionnels dans leur futur exercice et à permettre ainsi une installation en cabinet dès la sortie de scolarité.

La mesure vient aligner la spécialité de médecine générale avec les autres spécialités. Cet allongement de la durée du troisième cycle pour les internes de médecine générale s'appliquera aux étudiants à la rentrée de l'année 2023. Au préalable, cette évolution nécessitera une concertation avec le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et les syndicats d'internes dans le cadre d'un groupe de travail qui sera en charge de déterminer les conditions et modalités de mise en œuvre de cette évolution de la scolarité.

Pour favoriser les installations en sortie de scolarité dans les déserts médicaux, les stages en pratique ambulatoire seront proposés en priorité dans des zones où la démographie médicale est sous-dense. L'ajout de cette 4^{ème} année d'internat de médecine générale conduit à une augmentation du nombre d'étudiants, et s'accompagnera par la poursuite de l'effort tendant à augmenter le nombre de praticiens agréés maîtres de stage des universités (PAMSU) engagé depuis plusieurs années (+ 9,6% entre 2019 et 2021).

De même, pour faciliter l'arrivée en stage des internes qui iront dans les zones sous-denses, des mesures d'aides à l'installation spécifiques seront travaillées en lien avec les collectivités territoriales pour mettre à disposition un logement ou indemniser les frais de transports vers ces zones qui souffrent souvent d'un défaut d'accessibilité.

Article 24

I. – L'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les agences régionales de santé peuvent conclure un contrat de début d'exercice avec un médecin qui exerce en tant que remplaçant ou avec un étudiant remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2. La signature de ce contrat ouvre droit à une rémunération complémentaire aux revenus des activités de soins ainsi qu'à un accompagnement à l'installation, à la condition que le lieu d'exercice soit sur les territoires mentionnés au deuxième alinéa ou dans une zone limitrophe de ceux-ci et que le début d'exercice date de moins d'un an. » ;

2° Après les mots : « Le signataire respecte les tarifs opposables », la fin du deuxième alinéa est supprimée.

II. – Les dispositions du I s'appliquent aux contrats conclus à compter du 1^{er} janvier 2024.

Exposé des motifs

Depuis le milieu des années 2000, plusieurs dispositifs incitatifs ont été mis en œuvre pour tenter de corriger la répartition déséquilibrée des médecins sur le territoire. Ces dispositifs, de plus en plus nombreux, sont multiformes (contrats, subventions et aides fiscales), fragmentés entre plusieurs acteurs (Assurance Maladie, État et collectivités territoriales) et ont un coût important pour une efficacité relative : environ 4 millions de Français vivent dans un désert médical.

Pour augmenter l'impact de ces dispositifs, la mesure vise à mieux articuler les dispositifs proposés par les différents acteurs et à remettre les enjeux territoriaux au cœur des travaux en donnant une place centrale aux collectivités territoriales. Les élus locaux cherchent, de longue date, à se mobiliser face aux difficultés pour améliorer l'accès à la santé. En effet, les élus territoriaux sont régulièrement interpellés par les habitants sur cette question majeure. Certaines collectivités ont ainsi créé des centres de santé afin de remédier aux déserts médicaux et de limiter contre l'isolement des professionnels de santé par le développement de leur « exercice coordonné ». Les solutions pour lutter contre les déserts médicaux peuvent également passer par la création de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) soutenues par des collectivités territoriales. Cependant, ces dispositifs sont aussi financés par l'État ou l'assurance maladie. Une meilleure coordination des acteurs permettrait de mieux partager les solutions possibles pour chaque acteur et de réunir les financements possibles pour maximiser le soutien à apporter aux professionnels de santé.

La mesure propose donc une rationalisation des dispositifs d'aide à l'installation, aujourd'hui très morcelées. En complément des aides que les collectivités territoriales peuvent apporter, les aides publiques seront réorganisées selon la logique suivante :

- Pour les médecins conventionnés avec l'assurance maladie, un contrat unique sera élaboré dans le cadre de la nouvelle convention médicale permettant de fusionner les différents contrats proposés aujourd'hui par l'Etat ou l'assurance maladie.
- Pour les étudiants et les remplaçants qui ne bénéficient pas des dispositifs de la convention avec l'assurance maladie, le contrat de début d'exercice est maintenu pour ne pas les priver d'une aide. La mesure vise donc à mieux coordonner au sein d'un territoire les dispositifs d'aide à l'installation et au maintien en zones sous denses, de manière à les rendre plus lisibles pour les professionnels de santé, à éviter la concurrence des dispositifs et à en maximiser l'impact pour assurer une meilleure réponse aux besoins de la population.

Par ailleurs, en complément des dispositions figurant dans le présent article, il sera instauré un comité d'aide à l'installation dans chaque département, dont la création ne nécessite pas de vecteur législatif. Il aura pour mission de coordonner l'action des différents partenaires concernés à l'échelon territorial en particulier les agences régionales de santé, l'assurance maladie et les collectivités territoriales afin de réunir pour chaque projet l'ensemble des financements disponibles. Ce comité sera composé de plusieurs membres dont :

- Les représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements ;
- Les représentants des professionnels de santé libéraux et des centres de santé ;
- Les représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale.

Sera également mis en place, à destination des médecins, un guichet unique d'information et d'orientation sous l'égide de l'agence régionale de santé, dont la création ne nécessite pas non plus de vecteur législatif. Ce guichet unique a pour mission que tous les professionnels de santé puissent en un point d'entrée unique réaliser toutes les démarches administratives de leur projet d'installation sans avoir à se déplacer dans chaque administration. Le guichet unique ne sera pas qu'un point d'information. Il doit aussi accompagner les professionnels, jusqu'à s'assurer que leurs demandes sont bien prises en charge par les services compétents. Des ressources et dispositifs spécifiques seront nécessaires à cet effet. Ainsi, le guichet unique permettra d'augmenter sensiblement le recours aux différentes aides disponibles sur le territoire. Cela pérennise l'une des mesures phare du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires de 2017 dont le déploiement avait été interrompu par la crise sanitaire.

Afin de permettre l'élaboration de ces nouveaux dispositifs sans créer de phase où les dispositifs d'appui disparaîtraient, l'entrée en vigueur du nouveau dispositif simplifié est prévue pour le 1^{er} janvier 2024.

Article 25

I. – Au titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, il est rétabli un chapitre V ainsi rédigé :

« CHAPITRE V

« MISE À DISPOSITION TEMPORAIRE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

« Art. L. 6115-1. – Les établissements de santé ne peuvent avoir recours, dans le cadre des contrats de mise à disposition qu'ils concluent avec des entreprises de travail temporaire, à des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes et à des professionnels de santé relevant du livre III de la quatrième partie du présent code, qu'à la condition que ceux-ci aient exercé leur activité dans un cadre autre qu'un contrat de mission conclu avec une entreprise de travail temporaire pendant une durée minimale, appréciée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Il appartient aux entreprises de travail temporaire de vérifier le respect de la condition fixée au premier alinéa et d'en attester auprès des établissements de santé au plus tard lors de la signature du contrat de mise à disposition. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

II. – Les dispositions du I s'appliquent aux contrats de mise à disposition conclus, en application de l'article L. 1251-42 du code du travail, à compter du 1^{er} janvier 2023.

Exposé des motifs

Le recours à l'intérim médical, paramédical et sage-femme n'a fait que croître au cours des dernières années, malgré une volonté politique forte de mieux le réguler (taux de recours de près de 20 % au travail temporaire pour le personnel médical selon une étude de la DGFIP datant d'octobre 2021, incluant l'intérim médical strict et les contrats de gré à gré de courte durée).

L'intérim médical fait l'objet, depuis 2006 notamment, d'un encadrement législatif et réglementaire permettant de lutter contre le mercenariat intérimaire, et de préserver autant que possible les équilibres entre les ressources fixes des établissements de santé et les ressources ponctuelles, mobilisables en cas de tensions sur les RH ou de tension sur l'activité. En complément des mesures de la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, que nous réaffirmons comme essentielles dans cet environnement et que nous continuons de porter, nous proposons par ailleurs de sécuriser les cadres d'exercice des jeunes diplômés, particulièrement sensibles aux conditions de tutorat lors de leur première prise de poste et à la sécurisation de leur transition professionnelle.

Outre son impact financier majeur dans les budgets des établissements (pour l'hôpital public ce coût annuel est passé de 500 millions d'euros en 2013 à 1 424 millions d'euros en 2018), le recours à l'intérim engendre une déstabilisation des services et des équipes, particulièrement forte dans des territoires marqués par la fragilité de la démographie en professionnels de santé.

Dans un contexte d'absentéisme pesant sur les organisations des établissements de santé, l'intérim est utilisé pour compenser le besoin de professionnels auprès des patients. Les jeunes diplômés notamment paramédicaux, particulièrement sensibles aux conditions de tutorat lors de leur première prise de poste et à la sécurisation de leur transition professionnelle, sont exposés lors d'un exercice en intérim à des situations à risque non négligeables et par ailleurs génératrices de stress professionnel. Or la construction et l'entretien d'une dynamique d'équipe solide est particulièrement importante en établissement de santé, structures dans lesquelles s'organisent des prises en charge complexes et à risque, nécessitant la stabilisation des effectifs. D'ailleurs, la loi du 26 avril 2021 précitée, dite « loi Rist » a renforcé la place des services comme échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail.

Dans ces conditions, et alors qu'il importe de refonder et stabiliser les collectifs de travail, il est proposé de renforcer la régulation de l'intérim en début de parcours professionnel, pour les personnels médicaux et pour les personnels paramédicaux. Cette évolution, qui vise à garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins, mais aussi à remettre l'éthique au cœur du système de santé, a ainsi vocation à s'appliquer à un ensemble large de professionnels de santé.

Cette mesure conduit à conditionner l'emploi des professionnels de santé en qualité d'intérimaires par les établissements de santé à une condition préalable d'exercice dans un cadre autre qu'un contrat de mission conclu avec une entreprise de travail temporaire pendant une durée minimale. Cette durée sera fixée par décret en Conseil d'Etat.

Les professionnels de santé seront concertés, dans le cadre de la conférence des parties prenantes, afin de trouver le bon équilibre et de déterminer les modalités et durées d'exercice idoines qui sécuriseront les pratiques et renforceront l'installation stable et durable des professionnels, notamment en établissement de santé.

Le décret en Conseil d'Etat prévoira également que le fait de recourir aux services d'un salarié qui méconnaît ces dispositions sera puni, pour les entreprises de travail temporaire, de l'amende prévue pour les contraventions de la cinquième classe et que la récidive sera réprimée conformément aux articles 132-11 et 132-15 du code pénal.

CHAPITRE 3

ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET RÉNOVER LE PARCOURS DE SOINS

Article 26

L'article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le septième alinéa, sont insérés six alinéas ainsi rédigés :

« II. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut recueillir chaque année, auprès d'un échantillon représentatif des personnes physiques ou morales exploitant des équipements matériels lourds d'imagerie médicale qu'il constitue, les informations ou documents nécessaires aux études et propositions mentionnées aux 1°, 2° et 3° du I.

« Ce recueil est réalisé de manière à garantir l'absence de divulgation d'informations protégées par le secret visé à l'article L. 151-1 du code de commerce.

« L'échantillon représentatif est constitué tous les trois ans par appel à candidatures, complété le cas échéant par des désignations afin de garantir la fiabilité et la représentativité des données.

« Lorsqu'une personne physique ou morale incluse dans l'échantillon refuse de transmettre les informations demandées, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, après que la personne concernée a été mise en mesure de présenter ses observations, lui infliger une pénalité financière au plus égale à 1 % du montant des remboursements liés à l'acquisition et au fonctionnement des équipements matériels lourds qu'elle exploite, versés par l'Assurance maladie pendant les 12 mois précédant le refus de transmission.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

« Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;

2° Le huitième alinéa, devenu le quatorzième, est précédé d'un : « III. – » et la phrase : « L'avis de la commission est rendu avant l'expiration d'un délai de trente jours à compter de la transmission des propositions mentionnées aux 3° et 4° » y est remplacée par la phrase : « La commission mentionnée au I rend un avis sur les propositions mentionnées aux 3° et 4° dans un délai de trente jours à compter de leur transmission. » ;

3° Les neuvième à douzième alinéas, devenus les quinzième à dix-huitième, constituent un IV et au neuvième alinéa, devenu le quinzième, les mots : « septième alinéa du présent article » sont remplacés par les mots : « dernier alinéa du I » ;

4° Au dixième alinéa, devenu le seizième, les mots : « au neuvième alinéa » sont remplacés par les mots : « à l'alinéa précédent » ;

5° Au dernier alinéa, les mots : « dixième alinéa » sont remplacés par les mots : « deuxième alinéa du présent IV ».

Exposé des motifs

L'imagerie médicale constitue le premier poste de dépenses de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour un montant de 4,8 Md€ de remboursement en 2021. Dans ce secteur, les dépenses d'assurance maladie ont connu une augmentation cumulée de 5,9 % entre 2017 et 2019, puis une contraction en 2020 (-5,8 %), plus marquée que pour l'ensemble des dépenses de soins de ville non liées à la crise du Covid. Les dépenses sont toutefois réparties à la hausse avec une augmentation de + 11,7 % entre 2020 et 2021.

Pour les actes d'imagerie lourde (scanners, IRM, TEP), les charges de fonctionnement font l'objet d'une tarification séparée. A la différence des autres actes médicaux, ces charges de fonctionnement sont couvertes par les forfaits techniques afin de financer les coûts de structure - à savoir les coûts d'équipements, les coûts d'installation, les consommables et les coûts de personnel. Pour chaque acte d'imagerie lourde réalisé, le radiologue perçoit donc le tarif de l'acte médical et l'exploitant de l'équipement un forfait technique facturé directement à l'assurance maladie et pris en charge à 100 %. Le montant des forfaits techniques dépend de plusieurs facteurs afin de prendre en compte la variabilité des charges et le degré d'amortissement des investissements : la gamme, le type d'équipement, l'ancienneté de l'équipement ainsi que le lieu de l'installation et le volume d'activité. Les forfaits techniques d'imagerie médicale représentent à eux seuls près d'un tiers de ces dépenses, avec un montant de l'ordre de 1,5 Md€ en 2021.

La Cour des comptes a souligné dans un rapport thématique de 2016 l'enjeu d'une mise à jour plus dynamique des tarifs des forfaits techniques pour se prémunir contre un risque d'effet de rente. Suite à ces recommandations, les articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale ont été instaurés par la LFSS 2017 avec l'objectif d'inciter les partenaires conventionnels et le directeur général de l'Union nationale des Caisses d'assurance maladie (UNCAM) à engager une révision régulière des tarifs des forfaits techniques, afin de tenir compte des évolutions techniques des appareils et des modalités de fonctionnement des cabinets d'imagerie médicale. Dans cette procédure, le Directeur général de l'UNCAM présente des propositions à la commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale (CEMLIM). Cette commission rend son avis sur ces propositions. C'est ensuite aux partenaires conventionnels de s'en saisir. En l'absence d'accord, le directeur général de l'UNCAM peut procéder unilatéralement à la fixation du montant des forfaits techniques.

Ce mécanisme a été actionné deux fois : en 2017, première année de mise en œuvre, et en 2018 pour un montant total d'économie de l'ordre de 27 M€ sur trois ans. Depuis cette date, les tarifs des forfaits techniques n'ont plus évolué.

Afin de pouvoir actualiser de manière plus dynamique les tarifs des forfaits techniques, l'assurance maladie gagnerait à disposer d'informations plus récentes, précises et détaillées concernant les charges réellement supportées par les exploitants d'équipements d'imagerie médicale lourde. Il apparaît donc indispensable, pour faciliter les négociations avec les représentants du secteur, de renforcer la transparence de l'information sur les charges d'exploitation des équipements lourds afin que la CNAM puisse ensuite ouvrir des discussions en s'appuyant sur des données partagées sur la régulation du secteur de l'imagerie.

Article 27

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 20° de l'article L. 161-37, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 21° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 162-1-24 du présent code. »

2° Le chapitre 2 du titre VI du livre I^{er} est complété par un article L. 162-1-24 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-24.* – I. – Tout acte innovant de biologie ou d'anatomopathologie hors nomenclature susceptible de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique peut faire l'objet pour une durée limitée d'une prise en charge partielle ou totale relevant de la dotation nationale de financement mentionnée à l'article L. 162-22-13, et conditionnée à la réalisation d'un recueil de données cliniques ou médico-économiques. La liste des actes qui bénéficient de cette prise en charge est décidée par le ministre chargé de la santé après avis de la Haute Autorité de santé.

« Au titre de la demande d'inscription sur la liste prévue au II de l'article L. 162-1-7, la Haute Autorité de santé est, par dérogation à ces dispositions et dès lors que l'acte a bénéficié de la prise en charge mentionnée au premier alinéa, réputée saisie, en application du présent article, six mois avant l'expiration de la durée fixée au même alinéa.

« Les critères d'éligibilité, les modalités d'inscription après avis de la Haute Autorité de santé sur la liste des actes bénéficiant de la prise en charge mentionnée au premier alinéa, ainsi que la procédure d'actualisation de cette liste après avis de la Haute Autorité de santé, sont fixés par décret en Conseil d'Etat. »

II. – Le I de l'article L. 6211-18 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au 1°, les mots : « un hôpital des armées » sont remplacés par les mots : « un élément du service de santé des armées au sens de l'article L. 6147-7 » ;

2° Le 2° est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« 2° Soit dans des catégories de lieux répondant à des conditions déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé fixe la liste des lieux répondant aux conditions de l'alinéa précédent. » ;

3° Le dernier alinéa est complété par les mots : « et le cas échéant, du ministre des armées ».

III. – Par dérogation aux dispositions des articles L. 162-14 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, à défaut d'accord signé avant le 1^{er} février 2023 entre les parties à la convention mentionnée à l'article L. 162-14 prévoyant des baisses des tarifs des actes de biologie médicale non liés à la gestion de la crise sanitaire de nature à générer une économie dès 2023 à hauteur d'au moins 250 millions d'euros, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent ces baisses de tarifs par arrêté.

Exposé des motifs

La biologie médicale tient une place croissante dans le parcours de soins des patients. La crise sanitaire a mis en lumière l'importance d'un maillage territorial resserré des laboratoires de biologie médicale, de permettre l'innovation dans ce secteur mais aussi la nécessité de maîtriser les dépenses particulièrement importantes dans le secteur.

Ainsi la présente mesure permet de faciliter l'inscription dans le droit commun d'actes innovants via une réforme de la procédure d'inscription des actes au référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomopathologie (RHIN). Elle permet également d'encadrer le dispositif de la biologie délocalisée afin de permettre un meilleur accès à certains actes sur le territoire.

Afin de maîtriser les dépenses du secteur qui se sont fortement accrues pendant la crise sanitaire, la présente mesure propose que si les partenaires conventionnels ne parviennent pas à conclure un accord présentant des économies significatives, le ministre de la santé puisse décider d'une baisse des tarifs de biologie par arrêté. En effet, depuis 2013, trois protocoles triennaux successifs ont été conclus entre l'assurance maladie et les biologistes pour planifier les baisses de tarifs et les objectifs de maîtrise médicalisée, et ainsi respecter une trajectoire des dépenses. Malgré ces dispositifs, les dépenses de l'assurance maladie au titre des examens effectués en laboratoire de ville ou en établissement de santé privés lucratifs, après avoir été globalement stabilisées entre 2013 et 2018, ont connu une première augmentation en 2019 (3,2 Md€), puis une nette accélération en 2020 (4,8Md€, soit une augmentation de plus de 50% par rapport à 2019), principalement sous l'effet des tests de diagnostic de la Covid-19. Si les protocoles triennaux ont permis de contenir les dépenses jusqu'en 2019, ils constituent aujourd'hui un outil imparfait qu'il convient de compléter. C'est l'objet du III de cette mesure.

Article 28

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 20° de l'article L. 161-37, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 21° Etablir un référentiel de bonnes pratiques professionnelles relatives à la qualité de la téléconsultation applicable aux sociétés de téléconsultation mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 162-1-7 et proposer des méthodes d'évaluation de ces sociétés. » ;

2° Au I de l'article L. 162-1-7, après les mots : « ou un service médico-social, » sont insérés les mots : « ou dans une société de téléconsultation définie à l'article L. 4081-1 du code de la santé publique ».

II. – Le livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un titre VIII ainsi rédigé :

« TITRE VIII « AGRÉMENT DES SOCIÉTÉS DE TÉLÉCONSULTATION

« Art. L. 4081-1. – Les sociétés de téléconsultation qui ont reçu l'agrément à cette fin des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé dans les conditions fixées par le présent titre peuvent facturer à l'assurance maladie les actes de téléconsultation réalisés par les médecins qu'elles salarient.

« Art. L. 4081-2. – Seules peuvent être agréées les sociétés qui remplissent les conditions suivantes :

« 1° Elles exercent sous la forme d'une société commerciale régie par le code de commerce et ont pour objet, à titre exclusif ou non, de proposer une offre médicale de téléconsultations ;

« 2° Elles ne sont pas sous le contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, d'une personne physique ou morale exerçant une activité de fournisseur, de distributeur ou de fabricant de médicaments, de dispositifs médicaux ou de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, à l'exception des dispositifs permettant la réalisation d'un acte de téléconsultation ;

« 3° Leurs outils et services numériques respectent les règles relatives à la protection des données personnelles ainsi que les référentiels d'interopérabilité et de sécurité applicables mentionnés à l'article L. 1470-5. Les modalités de la vérification de la conformité aux référentiels d'interopérabilité sont définies dans les conditions prévues à l'article L. 1470-6.

« Art. L. 4081-3. – Lorsque plusieurs médecins exercent leur activité dans une même société de téléconsultation agréée, celle-ci doit les réunir régulièrement en un comité médical chargé de :

« 1° Donner son avis sur la politique médicale de la société et sur le programme d'actions mentionné à l'article L. 4081-4 ;

« 2° Contribuer à la définition de sa politique médicale et à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

« La société agréée doit par ailleurs :

« 1° Elaborer, après avis du comité médical, un programme d'actions visant à garantir le respect des obligations qui s'imposent à elle, assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme est transmis au conseil départemental de l'ordre des médecins du lieu de son siège social et aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé ;

« 2° Transmettre chaque année au conseil départemental de l'ordre des médecins du lieu de son siège social et aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé un rapport sur ses activités comportant, notamment, le suivi de son programme d'actions. Les ministres peuvent décider de rendre ce rapport public.

« *Art. L. 4081-4.* – L'agrément ainsi que ses éventuels renouvellements sont subordonnés au respect des règles fixées à l'article L. 4081-2. Ils interviennent selon des modalités et pour une durée prévues par décret.

« Le renouvellement de l'agrément est en outre soumis :

« 1° Au contrôle du respect du référentiel mentionné au 21° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Au respect des règles de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire fixées par la convention médicale ;

« 3° Au respect des obligations mentionnées à l'article L. 4081-3.

« Si les conditions prévues pour la délivrance ou le renouvellement de l'agrément cessent d'être réunies, les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peuvent le suspendre ou y mettre un terme dans les conditions prévues par décret. »

III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur dans des conditions et à une date fixées par décret, et au plus tard le 31 décembre 2023.

Exposé des motifs

La télémédecine recouvre l'ensemble des pratiques médicales à distance incluant l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication. L'activité de télémédecine mise en œuvre par des sociétés commerciales est structurée selon deux modèles différents :

- D'une part, il existe des sociétés prestataires uniquement de systèmes d'informations qui proposent au professionnel l'usage d'un outil numérique (vidéotransmission, plateforme d'échange de données avec le patient) n'incluant pas de soins, l'outil est alors mis à disposition du professionnel de santé qui facture à l'assurance maladie.

- D'autre part, il existe des sociétés qui proposent une offre de télémédecine incluant des prestations de soins. Ces sociétés ne réalisaient en 2020 que 3 à 7% du total des téléconsultations. Celles-ci ne disposent pas, à l'heure actuelle, d'une structuration juridique pérenne permettant de facturer les prestations à l'assurance maladie (sauf dans le cadre dérogatoire des expérimentations de l'article 51 de la LFSS pour 2018 via un FINESS) et leur activité ne fait pas l'objet d'une régulation spécifique.

Or, ces sociétés répondent à un besoin de soins pour la population. Il s'agit en particulier de pouvoir répondre à une demande ponctuelle de téléconsultation pour des patients situés dans des zones sous denses – dans lesquelles le recours à un médecin du territoire en téléconsultation, comme en présentiel est difficilement systématique – et aux besoins de soins des patients sans médecin traitant. A noter que ces situations spécifiques sont explicitement prévues par la convention médicale et reconnues comme les cas d'exceptions (aux principes de parcours de soin coordonné et de territorialité) qui ouvrent le droit à un remboursement de la téléconsultation par l'assurance maladie obligatoire.

Les statuts juridiques permettant à un professionnel libéral ou à une structure au titre de l'activité salariée de facturer des soins pris en charge par l'assurance maladie sont listés à l'article 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Il s'agit des professionnels de santé en exercice libéral, des professionnels de santé salariés d'un autre professionnel de santé libéral, des professionnels de santé d'une maison de santé, des professionnels de santé salariés d'un centre de santé, des professionnels de santé salariés d'un établissement de santé ou d'un établissement social et médico-social. Aucun de ces statuts n'est adapté à ces sociétés de téléconsultation.

Les sociétés de télémédecine (sociétés commerciales avec prestations de soins et le cas échéant prestataires de systèmes d'informations) souhaitent pouvoir facturer à l'assurance maladie les soins réalisés à distance, afin que les patients puissent être pris en charge, et rémunérer ensuite des professionnels salariés. En 2020, il est estimé que ces plateformes ont salarié sur toute la France l'équivalent de 268 ETP médicaux pour environ 90 000 médecins généralistes, représentant ainsi une part de 0,3% de l'activité totale des généralistes en France.

Part de marché des sociétés prestataires de téléconsultation (part / volume total de médecins généralistes)		2020
Médecins salariés par les sociétés de téléconsultation (SI + prestations de soins)	Nombre de médecins salariés (en équivalents temps plein - ETP)	268 ETP
	Part de l'activité des médecins salariés sur le volume total d'activité totale des généralistes	0,3 %
<i>Source : Direction Générale des Entreprises (Ministère de l'Economie et des Finances)</i>		

Afin que les prestations qu'elles délivrent puissent être prises en charge par l'assurance maladie, ces sociétés commerciales de téléconsultation ont créé des associations gérant des centres de santé. Or, leur modèle ne correspond pas au corpus des centres de santé, en raison de ses exigences d'accueil physique et de non lucrativité. De plus l'accord national applicable aux centres de santé leur impose le seuil maximal de 20 % d'activité réalisées à distance (téléconsultations et télé-expertises) à partir de 2022, ce qui conduira ces sociétés constituées en centres de santé à renoncer à ce modèle de structuration à court terme.

Par ailleurs, le statut d'« établissement de santé virtuel national » sollicité par certaines de ces sociétés ne résiste pas à la réalité des obligations imposées à la structure établissement de santé (autorisation par l'agence régionale de santé, CPOM, certification qualité, etc.).

Ainsi, un statut *ad hoc* doit être trouvé pour les sociétés de téléconsultation afin de permettre de clarifier les exigences relatives aux modalités d'exercice en leur sein, en particulier en matière de structuration juridique, d'exercice, de déontologie, de qualité des soins et de respect des normes de sécurité et d'interopérabilité des solutions numériques en vue d'un remboursement par l'assurance maladie obligatoire dans les conditions prévues par la convention médicale. L'agrément de ces sociétés en conformité avec ces exigences a pour objectif de s'assurer de la qualité des pratiques, et doit également prévoir la transparence des activités (transmission des justificatifs de conformité aux exigences). Ce statut doit également permettre un contrôle et des sanctions en cas de non-respect des exigences fixées, notamment de qualité et des conditions de facturation des téléconsultations.

CHAPITRE 4

RÉNOVER LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE PRODUITS DE SANTÉ

Article 29

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A l'article L. 138-10 :

a) Au I :

– après la référence : « L. 162-18-1 », est insérée la référence : « L. 162-18-2 » ;

– après les mots : « pour 2022 », sont insérés les mots : « ainsi que de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1 » ;

b) Au II :

– le 2° est complété par les mots : « ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6 » ;

– il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 6° Ceux acquis par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 138-11 :

– après la référence : « L. 162-18-1 », est insérée la référence : « « L. 162-18-2 » » ;

– il est ajouté les mots : « ainsi que de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1 » ;

3° L'article L. 138-15 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 138-15.* – I. – Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dont elles relèvent la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1^{er} avril de l'année suivante. Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé afin que celui-ci signale, le cas échéant, les rectifications des données à opérer.

« Avant le 15 juillet, le Comité économique des produits de santé communique à l'organisme mentionné à l'alinéa précédent les éventuelles différences identifiées avec les données dont il dispose au titre des missions mentionnées à l'article L. 162-17-3. Dans ce même délai, le Comité communique à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour chaque entreprise redevable, le montant des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1.

« L'organisme mentionné au premier alinéa informe sans délai les entreprises redevables concernées des différences signalées par le Comité. Les entreprises concernées disposent alors d'un délai de quinze jours pour rectifier, le cas échéant, la déclaration qu'elles ont transmise.

« II. – Au plus tard le 1^{er} octobre de l'année suivant l'année au titre de laquelle la contribution est due, les organismes en charge du recouvrement de la contribution notifient à chaque entreprise le montant de la contribution dont elle est redevable.

« III. – La contribution est intégralement versée par chaque entreprise redevable au plus tard le 1^{er} novembre de l'année suivant l'année au titre de laquelle la contribution est due.

« IV. – Lorsque l'entreprise redevable méconnaît la date de déclaration mentionnée au premier alinéa du I ou le délai de rectification mentionné au troisième alinéa du I, l'organisme en charge du recouvrement de la contribution met à sa charge une majoration forfaitaire pour déclaration tardive.

« Cette majoration forfaitaire est égale à 0,05 % du dernier chiffre d'affaires hors taxes total déclaré par l'entreprise, par période de quinze jours de retard, sans pouvoir être inférieure à 2 000 euros ni supérieure à 100 000 euros.

« Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. » ;

4° L'intitulé de la section 3 du chapitre 8 du titre III du livre I^{er} est remplacé par l'intitulé suivant : « Contribution au titre de médicaments à forte croissance et chiffre d'affaires élevé » ;

5° Les articles L. 138-19-1 et L. 138-19-2 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 138-19-1.* – I. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, au cours de l'année civile, au titre des médicaments mentionnés au III, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 ainsi qu'à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, est supérieur à un montant C défini au II, les entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle de ces médicaments, au sens des articles L. 5124-1, L. 5124-2, L. 5124-13 et L. 5124-13-2 du code de la santé publique, sont assujetties à une contribution.

« II. – Le montant C correspond au chiffre d'affaires hors taxe réalisé l'année précédente en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, par les entreprises mentionnées au I au titre des médicaments mentionnés au III, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 ainsi qu'à l'article 62 de la loi du 23 décembre 2021 susmentionnée, de la contribution mentionnée à l'article L. 138-10 et de la contribution prévue au présent article dues au titre de l'année précédente, auquel a été appliqué un taux de croissance de 10 %.

« III. – Les médicaments pris en compte pour le calcul du chiffre d'affaires mentionné au I et du montant C défini au II remplissent les trois critères suivants :

« 1° Le médicament :

« a) Soit est inscrit sur l'une des listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17, sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6 ;

« b) Soit bénéficie :

« – d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante ;

« – d'une autorisation d'importation délivrée en application du premier alinéa de l'article L. 5124-13 du précédent code et pris en charge par l'assurance maladie ;

« – du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ;

« c) Soit a été acquis par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique ;

« 2° Les chiffres d'affaires hors taxes réalisés, au titre du médicament au cours des deux années civiles précédant l'année civile concernée, en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale et à l'article 62 de la loi du 23 décembre 2021 susmentionnée, sont pour chaque année supérieurs à 50 millions d'euros ;

« 3° Le chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies au 2° a augmenté de plus de 10 % entre l'antépénultième année et l'avant-dernière année, ainsi qu'entre l'avant-dernière année et l'année civile concernée.

« Art. L. 138-19-2. – L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-19-1 est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au I du même article L. 138-19-1, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 et à l'article 62 de la loi du 23 décembre 2021 susmentionnée. »

6° A l'article L. 138-19-3 :

a) Dans le tableau, à chaque occurrence, la lettre : « W » est remplacée par la lettre : « C » ;

b) Au dernier alinéa, la dernière phrase est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « L'excédent éventuel s'impute sur la contribution mentionnée à l'article L. 138-10 du présent code, et, le cas échéant, sur la contribution mentionnée à l'article L. 138-19-1. » ;

7° L'article L. 138-19-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 138-19-6.* – Les modalités de déclaration, de notification, de rectification et de paiement définies aux I à III de l'article L. 138-15 s'appliquent pour le recouvrement de la contribution mentionnée à l'article L. 138-19-1. » ;

8° Au premier alinéa de l'article L. 138-20, après la référence : « L. 245-6 », sont insérés les mots : « ainsi que les majorations afférentes » et après les mots : « recouvrées et contrôlées, », sont insérés les mots : « sous réserve des dispositions spécifiques prévues par ces articles, ».

II. – Pour l'année 2023, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est fixé à 24,6 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2023, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,21 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Le Comité économique des produits de santé (CEPS), les caisses d'assurance maladie et les directions d'administration centrale assurent au fil de l'eau la gestion des dépenses de produits de santé remboursables, par des actions sur les prix (sur le stock et le flux) et sur les volumes (par des actions de maîtrise médicalisée notamment) afin d'assurer l'efficacité et la pertinence des dépenses de l'assurance maladie en la matière et de contribuer au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Toutefois, ces différentes actions ne suffisent pas toujours à garantir que la progression de ces dépenses sera compatible avec le respect de l'ONDAM, d'autant plus ces dernières années. Le mécanisme dit de « clause de sauvegarde » permet ainsi d'assurer en dernier recours une atténuation du niveau de dépenses liées aux produits remboursés. Il est nécessaire, comme chaque année, de fixer les montants M et Z des clauses de sauvegarde relatives respectivement aux médicaments et aux dispositifs médicaux pour l'année 2023. Il est également proposé une mise en cohérence de l'assiette de contribution au titre de M afin d'y inclure l'ensemble des dépenses d'assurance maladie liées aux médicaments, ainsi que d'adapter la procédure de recouvrement afin de clarifier les dates et modalités des échanges en cas d'anomalie et de décaler la date de paiement des sommes éventuellement dues.

Par ailleurs, certaines classes de médicaments pèsent plus fortement que les autres dans la dynamique des dépenses d'assurance maladie. Cette très forte concentration de la dynamique de la dépense, qui n'est pas pleinement compensée par la régulation micro-économique par l'intermédiaire des baisses de prix, engendre un déséquilibre de la régulation macro-économique au détriment des produits les plus matures et des génériques. En parallèle, la crise sanitaire a mis en exergue l'importance de préserver la capacité d'approvisionnement du marché français, notamment pour des médicaments anciens. En conséquence, toute régulation, nécessaire pour garantir la soutenabilité du système, doit également permettre de garantir l'accès des patients à l'ensemble des médicaments, les innovations de rupture comme les anciennes molécules indispensables. En conséquence, il est proposé d'améliorer le ciblage des outils pour une régulation plus équilibrée par la mise en place d'une nouvelle mesure de régulation macroéconomique ciblant des produits installés sur le marché dont les dépenses croissent de manière dynamique et présentant un impact budgétaire important.

Article 30

I. – Le livre I^{er} du code de la sécurité est ainsi modifié :

1° Le III de l'article L. 162-16-5-2 est complété par un dernier alinéa ainsi rédigé :

« C. – Le 15 février de chaque année, l'entreprise titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant de la spécialité informe le Comité économique des produits de santé du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités vendues, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente. » ;

2° Après l'article L. 162-16-5-4, il est inséré un article L. 162-16-5-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-5-4-1.* – Pour l'application des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-16-5-4 et de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, en cas d'acquisition des spécialités pharmaceutiques concernées par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique, le chiffre d'affaires facturé aux établissements sur une période donnée correspond au montant obtenu par la multiplication du prix auquel l'agence a acheté la spécialité par le nombre d'unités de la spécialité administrées ou dispensées par les établissements sur la période concernée. » ;

3° L'article L. 162-16-6 est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – A. – Lorsque le prix demandé par l'entreprise titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité, l'entreprise assurant son importation parallèle ou l'entreprise assurant sa distribution parallèle au titre de l'inscription sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 de traitement par des médicaments de thérapie innovante définis à l'article 2 du règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil, du 13 novembre 2007, concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004, est supérieur à un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, le coût de ce traitement est fixé par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé selon les modalités prévues au I.

« B. – Le médicament mentionné au A est remboursé aux établissements de santé mentionnés au I dans les conditions prévues au III, sous réserve des adaptations suivantes :

« 1° Le tarif de responsabilité est fixé, selon les modalités prévues au I, de manière à ce que le montant correspondant au nombre d'unités de médicaments multiplié par leur tarif de responsabilité soit inférieur à un forfait de thérapie innovante fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

« 2° Le prix limite de vente mentionné au I est égal au tarif de responsabilité.

« C. – Lorsque le montant du coût de traitement mentionné au A est supérieur au montant correspondant au nombre d'unités de médicaments multiplié par leur tarif de responsabilité, un ou plusieurs versements successifs sont réalisés annuellement pour le compte de l'assurance maladie selon des modalités définies par décret, à l'entreprise assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle du médicament.

« Le nombre, les montants, les conditions et les échéances de ces versements sont fixés par la convention, et le cas échéant par la décision, mentionnées au I, et tiennent compte des données d'efficacité du médicament concerné, notamment celles mentionnées spécifiquement à cet effet dans l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.

« En cas d'échec du traitement pour un patient, notamment en cas de décès, ou en cas d'administration concomitante ou séquentielle d'un autre traitement de même visée thérapeutique, les versements cessent. Le montant du coût de traitement, déduction faite des remises conventionnelles versées, le cas échéant, en application de l'article L. 162-18, ne peut alors être supérieur au coût net des traitements à même visée thérapeutique au sens de l'article L. 162-18, sur la période considérée.

« L'entreprise titulaire des droits d'exploitation, l'entreprise assurant l'importation parallèle ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament assure à sa charge le recueil des données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical. » ;

4° Après l'article L. 162-17-1-2, il est inséré un article L. 162-17-1-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-1-3.* – I. – L'inscription sur l'une des listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ou à l'article L. 162-22-7 peut être subordonnée, à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à une procédure de référencement visant à sélectionner, au sein d'une liste de médicaments ayant une même visée thérapeutique établie par arrêté de ces ministres après avis de la Haute Autorité de santé, selon des critères fondés sur le volume des médicaments nécessaires pour garantir un approvisionnement suffisant du marché et sur l'intérêt des conditions tarifaires proposées au regard de l'objectif d'efficience des dépenses d'assurance maladie.

« Cette inscription peut également tenir compte des objectifs de développement durable dans leurs dimensions économique, sociale et environnementale, ainsi que de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production.

« II. – La mise en œuvre d'une procédure de référencement dans les conditions prévues au I peut déroger aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 162-18 dans des conditions précisées par décret en Conseil d'Etat. Les médicaments sélectionnés dans le cadre de la procédure sont référencés pour une période maximale d'un an, le cas échéant prorogable de six mois. Pendant cette même période, les médicaments comparables qui ne sont pas sélectionnés peuvent être exclus de la prise en charge. La mise en œuvre d'une procédure de référencement ne peut conduire à placer, pour un médicament remboursable, une entreprise en situation de monopole.

« III. – La mise en œuvre de la procédure de référencement peut impliquer un engagement des entreprises exploitant les médicaments, ou des entreprises assurant l'importation ou la distribution parallèles des médicaments, à fournir des quantités minimales de médicaments sur le marché français et à garantir une couverture suffisante du territoire français pendant l'intégralité de la période d'application du référencement, y compris la durée de son éventuelle prorogation. La procédure de référencement précise le contenu de ces engagements.

« En cas de non-respect des engagements mentionnés à l'alinéa précédent par une des entreprises retenues, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, sans délai, mettre un terme à la procédure de référencement concernée ou y déroger pour pallier la défaillance de cette entreprise. Ils peuvent également, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, supprimer de la procédure de référencement en cause le ou les médicaments concernés.

« Les ministres peuvent en outre :

« 1° Prononcer une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise, d'un montant maximal de 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre du dernier exercice clos pour les médicaments concernés. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements. Cette pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables à son recouvrement. Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie ;

« 2° Mettre à la charge financière de l'entreprise concernée les surcoûts éventuels supportés par l'assurance maladie du fait d'un défaut d'approvisionnement en médicaments sélectionnés ou d'une mauvaise couverture du territoire. Le recouvrement des montants correspondants par l'organisme de prise en charge s'effectue selon la procédure prévue à l'article L. 133-4.

« IV. – Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'établissement de la liste mentionnée au I, de mise en œuvre de la procédure de référencement ainsi que les règles relatives au respect par les entreprises de leurs engagements en ce qui concerne l'approvisionnement du marché français. » ;

5° A l'article L. 162-17-2, la référence : « L. 618 » est remplacée par la référence : « L. 5123-2 » ;

6° Après l'article L. 162-17-4-3, il est inséré un article L. 162-17-4-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-4-4. – I. – Dans le cadre d'une première demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code pour un médicament, dont l'amélioration de service médical rendu appréciée par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 dans son avis rendu sur la demande d'inscription est au moins d'un niveau fixé par décret, l'entreprise exploitant le médicament, l'entreprise assurant l'importation parallèle du médicament ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament s'engage à garantir l'approvisionnement des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5111-4 du code de la santé publique déjà inscrits sur les listes précédemment mentionnées qu'elle exploite, importe ou distribue.

« A cette fin, l'entreprise concernée conclut avec le Comité économique des produits de santé une convention dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« II. – En cas de manquement de l'entreprise aux obligations prévues dans la convention mentionnée au I, et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière à l'encontre de cette entreprise. La pénalité est reconductible chaque année, dans les mêmes conditions, en cas de persistance du manquement.

« Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le médicament considéré. La pénalité est déterminée en fonction de la gravité du manquement constaté.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 du même code sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37 du même code.

« III. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat. » ;

7° A l'article L. 162-18 :

a) Les trois premiers alinéas du II sont supprimés ;

b) Le deuxième alinéa du IV est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par dérogation à la phrase précédente, lorsqu'il s'agit d'un médicament de thérapie innovante mentionné au A du V de l'article L. 162-16-6, ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui auraient été dues au titre du traitement pendant la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1, et le cas échéant de l'article L. 162-16-5-2, de la somme du tarif de responsabilité mentionné au B du V de l'article L. 162-16-6 et des versements successifs mentionnés au C du V du même article qui auraient été réalisés au cours de cette même période en application de la convention ou le cas échéant de la décision, sans préjudice des versements prévus par cette convention ou décision qui devraient avoir lieu, le cas échéant, au-delà de la période susmentionnée. » ;

8° Après l'article L. 162-18-1, sont insérés deux articles L. 162-18-2 et L. 162-18-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-18-2.* – Lorsqu'une spécialité pharmaceutique est, à la demande expresse de l'entreprise assurant son exploitation, son importation ou sa distribution parallèles, inscrite sur l'une des listes prévues aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 ou L. 162-23-6 pour un périmètre d'indications thérapeutiques plus restreint que celui dans lequel cette spécialité pharmaceutique présente un service médical rendu suffisant, l'entreprise verse des remises sur le chiffre d'affaires hors taxes, au titre de cette spécialité et de la période considérée. Ces remises sont dues jusqu'à ce que cette entreprise demande la prise en charge de cette spécialité pour l'ensemble des indications concernées.

« Le Comité économique des produits de santé détermine le montant des remises en appliquant au chiffre d'affaires défini à l'alinéa précédent un taux, défini selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction des tailles respectives des populations cibles des indications pour lesquelles l'inscription n'a pas été demandée et de celles pour lesquelles la spécialité est inscrite, évaluées à cette fin par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, ou à défaut, selon un barème progressif, par tranche de chiffres d'affaires, défini par ce même arrêté.

« L'entreprise concernée reverse ces remises aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

« L'entreprise concernée informe, au plus tard le 15 février de chaque année, le Comité économique des produits de santé du chiffre d'affaires réalisé l'année civile précédente en France pour cette spécialité.

« *Art. L. 162-18-3.* – Lorsqu'une entreprise méconnaît la date d'échéance d'une déclaration ou information prévue aux I de l'article L. 162-16-5-1-1, au C du III de l'article L. 162-16-5-2, par une convention signée en application du I de l'article L. 162-18, au I de l'article L. 162-18-1, au dernier alinéa de l'article L. 162-18-2 ou au 2° du IV de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, les remises dues par cette entreprise en application de ces articles, au titre de la ou des spécialités et de la période pour lesquelles la déclaration ou l'information fait défaut, sont majorées de 2 % par semaine de retard.

« Un décret détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires, correspondant à la ou aux spécialités et à la période pour lesquelles la déclaration ou l'information fait défaut, ne soit pas soumise à un reversement » ;

9° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, après les mots : « les dispositions des articles », est insérée la référence « L. 162-16-6 ».

II. – L'article L. 5121-12 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au second alinéa du III, après les mots : « mentionné au 1° du II », sont insérés les mots : « et qu'aucun avis favorable n'a été émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments » ;

2° Le premier alinéa du IV est complété par les mots : « et qu'aucun avis favorable n'a été émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments ».

III. – Au E du IV de l'article 78 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, l'année : « 2023 » est remplacée par l'année : « 2025 ».

IV. – Les entreprises assurant l'exploitation, l'importation ou la distribution parallèles d'une spécialité pharmaceutique inscrite à la date de l'entrée en vigueur de la présente loi sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 ou L. 162-23-6 versent les remises prévues par l'article L. 162-18-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi à compter du 1er janvier 2024 si à cette date l'entreprise n'a pas demandé la prise en charge de cette spécialité pour l'ensemble des indications thérapeutiques mentionnées dans son autorisation de mise sur le marché et présentant un service médical suffisant.

Exposé des motifs

Les demandes tarifaires des entreprises pharmaceutiques pour leurs médicaments s'accroissent, complexifiant les négociations de prix avec le Comité économique des produits de santé (CEPS). En particulier, les thérapies géniques qui présentent un espoir thérapeutique majeur pour les patients, doivent intégrer le panier de soins, mais dans des conditions de prix en adéquation avec leur valeur ajoutée sur le plan clinique, notamment en comparaison avec les alternatives d'ores et déjà existantes au moment de la négociation du prix.

De manière à faire converger ces deux objectifs, il est proposé de créer de nouveaux leviers de négociation, en particulier à la main CEPS visant à garantir l'accès des patients aux médicaments tout en assurant l'efficacité de leur prise en charge et la soutenabilité pour l'assurance maladie des dépenses associées. Il s'agit notamment d'encadrer la décorrélation des prix faciaux et des prix nets des remises pour que cette possibilité ne donne pas lieu à une croissance non maîtrisée des prix et de prévoir un cadre spécifique pour les thérapies géniques pour lesquelles les demandes tarifaires nécessitent d'être étayées sur les résultats en vie réelle. Il est également proposé de permettre des référencements sur certaines classes de médicaments pour activer la concurrence et renforcer la maîtrise des dépenses.

Enfin, il s'agit d'inciter les entreprises à large portefeuille à ne pas cesser l'exploitation de médicaments matures.

Article 31

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 160-13, les mots : « aux 1° et 2° de l'article L. 160-8 et aux 2°, 3° et 8° » sont remplacés par les mots : « aux 1°, 2° et 8° de l'article L. 160-8 et aux 2° et 3° » ;

2° Le premier alinéa du VII de l'article L. 162-16 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médicaments et dispositifs médicaux dispensés par un pharmacien en application du premier alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans la limite d'un mois au-delà de la durée de traitement initialement prescrite. » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-1-2 :

a) A la première phrase, les mots : « du présent code peut être subordonnée » sont remplacés par les mots : « du présent code, ainsi que la prise en charge au titre de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-1-7 d'actes dont la pratique fait l'objet d'un encadrement spécifique en application de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique, peuvent être subordonnées » et les mots : « dans lesquelles le produit » sont remplacés par les mots : « dans lesquelles l'acte, le produit » ;

b) A la seconde phrase, les mots : « précise les produits » sont remplacés par les mots : « précise les actes, les produits » ;

4° L'avant-dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-38 est supprimée ;

5° A l'article L. 162-56 :

a) Au premier alinéa, les mots : « lorsqu'ils existent » sont remplacés par les mots : « le cas échéant » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « Les opérateurs de télésurveillance peuvent transmettre » sont remplacés par les mots : « Les opérateurs de télésurveillance et l'exploitant du dispositif médical numérique de télésurveillance transmettent » et les mots : « l'accord » sont remplacés par les mots : « le consentement » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 165-1 :

a) Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « L'avis porte de manière distincte sur le produit et, s'il y a lieu, sur la prestation de service et d'adaptation associée. » ;

b) A la deuxième phrase, après les mots : « du produit », sont insérés les mots : « ou de la prestation » et après les mots : « nom commercial », sont ajoutés les mots : « du produit concerné » ;

c) Après la deuxième phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « L'inscription d'une prestation de service et d'adaptation associée à un produit se fait de manière distincte de l'inscription de ce produit. » ;

7° A l'article L. 165-1-1-1 :

a) Le premier alinéa est précédé d'un : « I. – » ;

b) Le septième alinéa est précédé d'un : « II. – » ;

c) Il est ajouté six alinéas ainsi rédigés :

« Il est également tenu de déclarer auprès des mêmes ministres le prix auquel il a acheté le produit auprès de son fournisseur, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur.

« III. – Lorsque la déclaration de prix d'achat mentionnée au second alinéa du II n'a pas été effectuée dans les délais et formes précisés par voie réglementaire ou lorsqu'elle s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'exploitant concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge de l'exploitant.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné. Il ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes réalisées en France par l'exploitant au titre du dernier exercice clos.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

« Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les exploitants et les fournisseurs en application du second alinéa du II du présent article. Ces éléments de contrôle sont transmis aux ministres compétents.

« Les modalités d'application du présent III sont fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;

8° L'article L. 165-1-2 est abrogé :

9° A l'article L. 165-1-5 :

a) Après la troisième phrase du I, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Cet avis décrit, le cas échéant, les actes associés à l'utilisation du produit faisant l'objet de la demande. » ;

b) Le II *bis* est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« La prise en charge transitoire est subordonnée au respect, par l'exploitant, d'un protocole de recueil des données, défini par la commission mentionnée au I et annexé à l'arrêté mentionné au même I.

« Les données à recueillir portent sur l'efficacité, les événements indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du produit.

« L'exploitant assure à sa charge le recueil des données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical. » ;

c) Après le V, il est ajouté un VI ainsi rédigé :

« VI. – Lorsque l'utilisation d'un produit bénéficiant de la prise en charge transitoire pour une indication donnée au titre du I du présent article est liée à un acte qui n'est pas inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, par dérogation aux dispositions de ce même article, procéder à l'inscription transitoire de cet acte sur la liste.

« L'inscription transitoire prévue à l'alinéa précédent est prononcée par arrêté, pris après avis de la Haute autorité de santé, pour toute la période de prise en charge au titre du I et, le cas échéant, du III, ainsi que durant la période de continuité de traitement prévue à l'article L. 165-1-6. Cet arrêté prévoit le montant de la compensation financière versée pour la réalisation de cet acte.

« Lorsque le produit ayant fait l'objet de la prise en charge transitoire est inscrit au remboursement au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1, l'inscription transitoire de l'acte associé est prolongée jusqu'à l'inscription de cet acte dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-7.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent VI, et notamment les situations et les conditions dans lesquelles les ministres compétents peuvent suspendre l'inscription transitoire de l'acte concerné ou y mettre fin. » ;

10° A l'article L. 165-2 :

a) Au I :

– le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« I. – Les tarifs de responsabilité de chacun des produits mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre l'exploitant du produit concerné et le Comité économique des produits de santé conformément aux dispositions du I de l'article L. 165-4-1 ou, à défaut, par décision du Comité. » ;

– au deuxième alinéa, les mots : « ou prestations mentionnés » sont remplacés par les mots : « ou des prestations mentionnés » ;

– il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Ce tarif comprend les marges prévues, le cas échéant, par la décision mentionnée à l'article L. 165-3-4 ainsi que les taxes en vigueur. » ;

b) Au II :

– au 1^o, le mot : « associée » est supprimé ;

– aux 2^o et 3^o, les mots : « et prestations » sont remplacés par les mots : « et des prestations » ;

11^o A l'article L. 165-3 :

a) Le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Le Comité économique des produits de santé peut fixer par convention ou, à défaut, par décision, les prix des produits et des prestations mentionnés à l'article L. 165-1. Lorsque le produit est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre l'exploitant du produit concerné et le Comité économique des produits de santé conformément aux dispositions du I de l'article L. 165-4-1 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « les produits ou prestations » sont remplacés par les mots : « les produits ou les prestations » ;

c) Il est ajouté deux alinéas ainsi rédigés :

« Les prix comprennent les marges prévues, le cas échéant, par la décision mentionnée à l'article L. 165-3-4 ainsi que les taxes en vigueur.

« L'accord mentionné au II de l'article L. 165-4-1 peut, le cas échéant, préciser le cadre applicable aux conventions mentionnées au premier alinéa du présent article. » ;

12^o Après l'article L. 165-3-3, il est inséré un article L. 165-3-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-3-4. – I. –* Les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale fixent les marges de distribution des produits inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, en tenant compte de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des praticiens ou entreprises concernées.

« *II. –* Les remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L.441-3 du code de commerce consentis par tout fournisseur de distributeurs au détail en produits inscrits sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 du présent code ne peuvent excéder par année civile et par ligne de produits, pour chaque distributeur au détail, un pourcentage du prix exploitant hors taxes de ces produits. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'économie et du budget, dans la limite de 50 % du prix fabricant hors taxes.

« Pour l'application du plafond fixé à l'alinéa précédent, il n'est pas tenu compte du montant de la marge prévue au I du présent article que le fournisseur rétrocède le cas échéant au distributeur au détail.

« III. – Les dispositions du titre V du livre IV du code de commerce sont applicables aux infractions à ces décisions. » ;

13° L'article L. 165-4 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. – Le cadre des conventions mentionnées au présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné au II de l'article L. 165-4-1. » ;

14° A l'article L. 165-4-1 :

a) Il est inséré au début de l'article huit alinéas ainsi rédigés :

« I. – En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure des conventions, relatives à un ou à des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1, avec les entreprises qui les exploitent ou les distribuent, ou, en cas d'inscription générique, avec les organisations regroupant ces entreprises mentionnées au I et au II de l'article L. 165-3-3. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-9 et, selon une procédure établie par la Haute Autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Dans le cas d'une convention conclue avec des organisations, les signataires s'engagent à promouvoir le recours à la procédure de certification auprès des entreprises qu'ils représentent ou regroupent.

« Ces conventions déterminent les relations entre le Comité et chaque signataire, et notamment :

« 1° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 165-1-5 et L. 165-4 ;

« 2° Les modalités de participation des signataires à la mise en œuvre des orientations ministérielles précitées ;

« 3° Les conditions et les modalités de mise en œuvre par les fabricants ou distributeurs d'études, y compris d'études médico-économiques, postérieures à l'inscription des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

« 4° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés au 3°.

« Lorsque les orientations reçues par le Comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de produits et prestations n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le Comité peut demander aux signataires concernés de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus, le Comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le Comité peut fixer le prix de ces produits et prestations par décision prise en application des articles L. 165-2 et L. 165-3 et L. 165-4. Les dispositions du présent alinéa sont indépendantes et ne font pas obstacle à l'application des articles L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4.

« Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat. » ;

b) Au I, devenu le II :

– au premier alinéa, après les mots : « conventions mentionnées », sont insérés les mots : « au I ainsi qu' » ;

– au deuxième alinéa, les mots : « Sans préjudice de l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « Sans préjudice du I » ;

c) Au II, devenu le III :

– au premier alinéa, les mots : « en application du 2° du I » sont remplacés par les mots : « en application du 3° du I et du 2° du II » ;

– au dernier alinéa, les mots : « au présent II » sont remplacés par les mots : « au présent III » ;

d) Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« IV. – Sans préjudice des pénalités susceptibles d'être infligées, en application du III, à l'exploitant ou au distributeur au détail, lorsque la convention signée avec un exploitant ou un distributeur au détail prévoit la réalisation d'études, y compris d'études médico-économiques, postérieures à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste prévue à l'article L. 165-1, l'absence de transmission des résultats de ces études dans les délais impartis par la convention fait obstacle à la poursuite de la prise en charge du produit ou de la prestation, sauf versement de remises par l'exploitant ou le distributeur au détail, à partir de la date à laquelle les résultats des études auraient dû être communiqués et tant que l'exploitant ou le distributeur au détail ne les a pas transmis.

« Le Comité économique des produits de santé détermine le montant des remises dues en appliquant au montant remboursé par l'assurance maladie pour le produit ou la prestation sur la période considérée un taux, dont le barème est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objet des études à réaliser.

« L'entreprise concernée verse ces remises aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. » ;

15° Après l'article L. 165-4-1, il est inséré un article L. 165-4-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-4-2.* – Lorsqu'un dispositif médical est, à la demande expresse de l'exploitant, inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1 pour un périmètre d'indications plus restreint que celui dans lequel ce dispositif présente un service attendu suffisant, l'exploitant verse des remises. Ces remises sont dues jusqu'à l'inscription du dispositif pour l'ensemble des indications concernées.

« Le Comité économique des produits de santé détermine le montant des remises dues en appliquant au montant remboursé par l'assurance maladie sur la période en cause un taux, selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction des tailles respectives des populations cibles des indications pour lesquelles l'inscription présente un service attendu suffisant et de celles pour lesquelles le dispositif est inscrit ou, à défaut, selon un barème progressif par tranche de montant remboursé défini par le même arrêté. A cette fin, l'avis rendu par la commission mentionnée à l'article L. 165-1 sur la demande d'inscription de l'exploitant comporte une évaluation des tailles respectives des populations cibles en cause pour chaque dispositif concerné.

« L'exploitant concerné verse ces remises aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. »

16° L'article L. 165-5 est abrogé ;

17° Après l'article L. 165-5-1, il est inséré un article L. 165-5-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-5-1-1.* – I. – Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie peut à tout moment procéder, le cas échéant en associant des caisses primaires d'assurance maladie, ou faire procéder sous son autorité, par des organismes compétents désignés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, au contrôle du respect des spécifications techniques auxquelles l'inscription sur la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L. 165-1 est subordonnée.

« Les organismes locaux d'assurance maladie signalent à la Caisse nationale de l'assurance maladie tout manquement au respect de ces spécifications techniques dont ils ont connaissance.

« II. – Lorsqu’il constate qu’une spécification technique n’est pas respectée, et après avoir mis l’exploitant du produit concerné en mesure de présenter ses observations, le directeur général de la Caisse nationale de l’assurance maladie en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sans délai. Les ministres informent la Caisse de toute mesure prise à la suite de cette transmission.

« III. – Lorsque le manquement constaté a entraîné un remboursement indu par l’assurance maladie, le directeur général de la Caisse nationale de l’assurance maladie met l’exploitant en demeure de rembourser la somme correspondant au montant remboursé à tort.

« En cas de non-exécution de la mise en demeure dans le délai imparti par celle-ci, la Caisse est subrogée dans les droits des organismes lésés, et son directeur général assure la récupération des sommes en cause en exerçant, le cas échéant, les pouvoirs conférés aux organismes locaux par la première phrase de l’avant-dernier alinéa de l’article L. 133-4.

« IV. – Le directeur général de la Caisse nationale de l’assurance maladie peut prononcer à l’encontre de l’exploitant, en fonction de la gravité des faits reprochés, une pénalité financière dans la limite de 10 % du chiffre d’affaires hors taxes réalisé en France par l’exploitant au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l’article L. 213-1 désignés par le directeur de l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l’article L. 137-3 et l’article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l’assurance maladie.

« V. – Un décret en Conseil d’Etat détermine les modalités d’application du présent article. » ;

18° L’article L. 165-7 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les produits qui bénéficient de la prise en charge mentionnée à l’article L. 165-1-5 et dont l’utilisation a lieu au cours d’une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d’assurance maladie en sus des prestations d’hospitalisation mentionnées à l’article L. 162-22-6, sur la base du montant de la facture et dans la limite de la compensation mentionnée au II de l’article L. 165-1-5. »

II. – Au I de l’article 1635 *bis* AH du code général des impôts, après les mots : « toute demande d’inscription », sont insérés les mots : « , de renouvellement d’inscription ou de modification d’inscription » et après les mots : « code de la sécurité sociale », sont ajoutés les mots : « ou d’une activité de télésurveillance médicale sur la liste prévue à l’article L. 162-52 du même code ».

III. – Les dispositions des 4°, 6°, 10° et 12° du I du présent article, ainsi que celles de son 11°, à l’exception du dernier alinéa de celui-ci, entrent en vigueur dans des conditions et à des dates fixées par décret, et au plus tard le 31 décembre 2025, en fonction des catégories de produits ou prestations concernées.

IV. – Le douzième alinéa du V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« A l'échéance de l'expérimentation, les expérimentateurs engagés continuent à bénéficier de la prise en charge financière prévue au titre de l'expérimentation, sous réserve de la transmission auprès des ministres compétents et de la Haute Autorité de santé d'un engagement à déposer une demande d'inscription de ces produits ou prestations en application de l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale, au plus tard le 31 janvier 2023. Cette prise en charge transitoire prend fin au plus tard le 30 juin 2023. ».

V. – Au troisième alinéa du VII de l'article 36 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, le mot : « janvier » est remplacé par le mot : « juillet ».

Exposé des motifs

La liste des produits et prestations remboursables (LPP) est une nomenclature complexe déterminant la rémunération d'un ensemble d'acteurs industriels (exploitants) et de distributeurs au détail (orthoprothésistes, pharmaciens, prestataires de services et distributeurs de matériel médical (PSDM), etc.).

Les dépenses de l'assurance maladie consacrées à ce secteur sont particulièrement dynamiques, avec une croissance supérieure à celle de l'ONDAM. Il apparaît donc nécessaire de rénover la régulation de ce champ afin d'assurer la soutenabilité du système devant cette augmentation conséquente des dépenses tout en facilitant l'accès aux soins pour les patients, en confirmant ainsi l'objectif d'une rémunération à la valeur clairement définie.

Plusieurs leviers peuvent être mobilisés pour atteindre cet objectif :

- assurer une répartition plus fine de la valeur au sein de la LPP en dissociant la tarification du produit d'une part et celle de la prestation d'autre part ainsi qu'en définissant des marges précises pour les activités de distribution, à l'image de ce qui existe déjà pour la distribution du médicament ;
- assurer aux patients une mise à disposition des technologies adaptées dans l'ensemble de leur usage prévu lors du marquage CE, de réduire les délais d'accès grâce à des négociations dynamiques via la dissociation précédemment mentionnée ;
- faire évoluer le dispositif de prise en charge transitoire des dispositifs médicaux afin de prévoir l'analyse et la prise en charge de l'acte associé s'il existe ;
- harmoniser les textes s'agissant de la prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation pour les dispositifs inclus dans la prise en charge transitoire, et s'agissant des taxes prévues lors des dépôts de dossiers dans le cadre d'une activité de télésurveillance ;
- inciter à la mise en œuvre de recueil de données dans le cadre d'une prise en charge transitoire, de la télésurveillance, de la prise en charge d'actes ou de la réalisation d'études post-inscription.

CHAPITRE 5
RENFORCER LA POLITIQUE DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE

Article 32

I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° A l'article L. 313-12 :

a) Au A du IV *ter*, la seconde phrase du premier alinéa est remplacée par la phrase suivante : « Ces mêmes autorités peuvent, à la demande de la personne morale qui contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, la personne qui gère l'établissement, décider de conclure ce contrat avec elle, pour le compte de la personne gestionnaire. » ;

b) Au cinquième alinéa du B du IV *ter*, il est inséré, après la première phrase, une phrase ainsi rédigée : « A l'occasion du renouvellement du contrat, il peut être tenu compte, pour fixer le tarif de l'établissement ou du service, de la part des reports à nouveau ou des réserves figurant dans son budget et qui ne sont pas justifiés par ses conditions d'exploitation. » ;

2° A l'article L. 313-12-2, il est ajouté au premier alinéa une dernière phrase ainsi rédigée : « A l'occasion du renouvellement du contrat, il peut être tenu compte, pour fixer le tarif de l'établissement ou du service, de la part des reports à nouveau ou des réserves figurant dans son budget et qui ne sont pas justifiés par ses conditions d'exploitation. » ;

3° A l'article L. 313-13 :

a) Après le premier alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Cette même autorité ainsi que, pour le compte de l'Etat, les services ou établissements publics désignés par voie réglementaire, contrôlent également l'application des dispositions du présent code par toute personne morale qui exerce un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur une personne mentionnée au premier alinéa. » ;

b) Au dernier alinéa du VI, les mots : « établissements, services et lieux de vie et d'accueil » sont remplacés par les mots : « organismes mentionnés au I », et après les mots « affaires sociales », sont ajoutés les mots « et de l'inspection générales des finances. » ;

4° Après l'article L. 313-13-1, il est inséré deux articles L. 313-13-2 et L. 313-13-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 313-13-2.* – Lorsqu'il n'est pas satisfait à sa demande de communication d'un des documents, notamment de nature comptable ou financière, mentionnés à l'article L. 1421-3 du code de la santé publique, l'autorité chargée du contrôle peut enjoindre à la personne morale concernée d'y procéder dans un délai qu'elle fixe. Faute d'exécution dans ce délai, cette même autorité peut prononcer, à l'encontre de la personne contrôlée, l'astreinte mentionnée aux II et IV de l'article L. 313-14.

« Art. L. 313-13-3. – Les règles de comptabilité analytique permettant de retracer l'utilisation des dotations publiques par un établissement ou service médico-social et, le cas échéant, par son organisme gestionnaire et la personne morale sous le contrôle de laquelle il est placé, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sont fixées par décret. » ;

5° Au IV de l'article L. 313-14, à sa seconde occurrence, le mot : « et » est remplacé par les mots : « ou à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, lorsque l'établissement ou le service concerné relève de l'objectif mentionné à l'article L. 314-3-1. Elles » ;

6° A l'article L. 313-14-2 :

a) Au premier alinéa, les mots : « Pour les établissements et services relevant d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, » sont supprimés ;

b) Il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :

« Une sanction financière peut en outre être prononcée dans les conditions définies aux III et IV de l'article L. 313-14. » ;

7° Après l'article L. 313-14-2, il est inséré un article L. 313-14-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-14-3. – Lorsqu'un contrôle administratif réalisé sur le fondement de l'article L. 313-13 sur un établissement ou service médico-social géré au sein d'un groupe de personnes morales placées, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sous le contrôle d'une même personne morale, ou un contrôle administratif sur un autre organisme du même groupe, établit qu'une personne morale membre de ce groupe a bénéficié, de manière injustifiée, de sommes versées au titre de l'article L. 314-3-1 à un établissement ou service médico-social géré au sein de ce groupe, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut en demander le reversement à la personne morale qui en a indûment bénéficié.

« Lorsqu'un tel contrôle établit qu'une partie des sommes perçues sans justification ont été versées, en application du présent titre, par un département ou une métropole, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut, à la demande de ce département ou de cette métropole, demander, pour le compte de celui-ci ou de celle-ci, le reversement de ces sommes à la personne morale qui en a indûment bénéficié. Une convention conclue entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le département ou la métropole fixe les modalités de cette intervention, notamment les conditions de répartition des sommes recouvrées. »

II. – L'article L. 241-6-2 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 5° Le produit des astreintes et des sanctions financières mentionnées aux II à IV de l'article L. 313-14 du code de l'action sociale et des familles ;

« 6° Les sommes recouvrées sur le fondement de l'article L. 313-14-3 du code de l'action sociale et des familles. »

Exposé des motifs

La mission IGAS-IGF de mars 2022 sur la gestion des EHPAD du groupe ORPEA a mis en lumière la nécessité de compléter l'arsenal des outils à la disposition de l'Etat et notamment des agences régionales de santé (ARS) pour mieux contrôler les EHPAD sur le plan comptable et financier, notamment lorsqu'ils sont gérés au sein de groupes qui peuvent soit détenir les autorisations de ces EHPAD, soit exercer un contrôle sur ces structures.

Dans cette perspective, un vaste plan de contrôle des 7 500 EHPAD de France – tous statuts confondus - a été lancé, accompagné d'un renforcement pérenne et significatif des moyens humains des agences régionales de santé dédiés aux contrôles pour garantir la sécurité des résidents et la qualité de leur accompagnement.

Dès le printemps 2022, des mesures réglementaires ont également été prises pour créer un « choc de transparence » applicable à l'ensemble des EHPAD, au bénéfice des résidents et de leurs familles en rendant obligatoire la publication annuelle d'indicateurs clefs sur le fonctionnement des EHPAD. Ces mesures visent aussi une meilleure régulation des pratiques tarifaires des EHPAD, avec la mise en place d'outils juridiques et comptables qui permettront de veiller à la transparence et au bon usage des fonds publics (obligation pour tous les EHPAD de communiquer la totalité de leur budget, y compris sur la section hébergement, d'établir une comptabilité analytique retraçant les mouvements financiers entre les EHPAD et le gestionnaire du groupe).

Les mesures législatives proposées visent à compléter les exigences de transparence et de régulation financière des établissements et services médico-sociaux. Ainsi l'autorité de tarification pourra s'opposer à ce qu'un CPOM soit signé par un groupe dès lors qu'il n'est pas gestionnaire direct d'ESMS mais a simplement pris le contrôle sur ceux-ci, afin que les financements publics puissent être alloués directement aux ESMS.

Par ailleurs, sans remettre en cause le principe de libre affectation des résultats qui est une mesure de responsabilisation des gestionnaires, il sera désormais possible de les reprendre au terme de la durée du CPOM s'ils ne correspondent pas à un besoin objectif des établissements et services, quel que soit leur statut, et afin d'éviter des détournements de fonds publics.

Dans le même esprit, elles visent à élargir les compétences en matière de contrôle des autorités administratives permettant ces sanctions. Ainsi les autorités de contrôle et de tarification pourront désormais contrôler non seulement les comptes des établissements et services à proprement parler, mais aussi ceux des gestionnaires et ceux des groupes qui les contrôlent. Cette disposition sera également applicable à l'IGAS et à l'IGF.

S'agissant des groupes de dimension nationale, afin de faciliter les procédures de récupération, il est proposé que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), puisse assurer elle-même un recouvrement au niveau national, au profit des ARS, mais aussi des conseils départementaux et des métropoles (pour les financements pour lesquels la CNSA apporte son concours, notamment APA en établissement et fonds SAAD). Il est alors souhaitable que la question de la répartition entre la CNSA et les collectivités territoriales des financements récupérés soit traitée en amont de la procédure de recouvrement et il est proposé à cet effet la mise en place d'une convention préalable entre la caisse et les collectivités concernées par ce recouvrement.

Article 33

I. – Après l'article L. 314-2-2 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-2-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 314-2-3.* – I. – Afin de déterminer le montant du forfait global mentionné au 1° du II de l'article L. 314-2-1, chaque service autonomie à domicile relevant du 1° de l'article L. 313-1-3 transmet à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et à l'agence régionale de santé compétente les données nécessaires à cette détermination, relatives notamment à la perte d'autonomie et aux besoins de soins des personnes qu'il accompagne.

« En vue de permettre le contrôle des données transmises par les services autonomie à domicile, chaque département transmet à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, au moyen du système d'information unique mentionné à l'article L. 232-21-5, les données dont il dispose relatives à la perte d'autonomie des personnes âgées accompagnées par les services autorisés par le président du conseil départemental, établies au moyen de la grille mentionnée à l'article L. 232-2.

« II. – L'obligation de transmission mentionnée au premier alinéa du I s'impose au terme de la deuxième année qui suit celle au cours de laquelle le service a été autorisé. Dans l'intervalle, le directeur général de l'agence régionale de santé fixe le montant du forfait mentionné au 1° du II de l'article L. 314-2-1 à partir de montants forfaitaires fixés, chaque année, par le directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

« III. – Lorsqu'il n'est pas satisfait à l'obligation de transmission mentionnée au premier alinéa du I, le directeur général de l'agence régionale de santé peut enjoindre au service d'y procéder dans un certain délai. Faute d'exécution dans ce délai, il fixe d'office le montant du forfait global de soins.

« IV. – Le directeur général de l'agence régionale de santé peut procéder à la récupération des sommes allouées au titre du II de l'article L. 314-2-1 s'il constate qu'elles sont sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu. Il peut en outre prononcer une sanction financière dans les conditions définies aux III et IV de l'article L. 313-14.

« V. – Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, notamment la fréquence des transmissions des données mentionnées au I, les conditions de contrôle de ces données et de fixation d'office du forfait global de soins en cas de non-transmission. »

II. – Le II de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après le mot « année », sont insérés les mots : « une dotation globale de soins comprenant : » ;

2° Au 1°, les mots : « Une dotation globale relative aux » sont remplacés par les mots : « Un forfait global de » ;

3° Au 2°, après les mots : « ses interventions », sont insérés les mots : « d'aide et de soins » ;

4° Il est ajouté deux alinéas ainsi rédigés :

« La dotation globale de soins peut inclure des financements complémentaires définis dans le contrat prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 ou à l'article L. 313-12-2.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine la nature des financements complémentaires mentionnés au précédent alinéa, ainsi que la périodicité de révision des différents éléments de la dotation globale de soins. »

III. – Dans l'attente de la mise en place du système d'information unique mentionné à l'article L. 232-21-5 du code de l'action sociale et des familles, les données mentionnées au second alinéa du I de l'article L. 314-2-3 du même code sont transmises à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

IV. – Pour les années 2023 à 2027, le financement des services relevant du 1° de l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction issue de l'article 44 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est assuré par le versement d'une dotation correspondant à la somme :

1° Du montant des produits de la tarification afférents aux soins fixé l'année précédente, revalorisé d'un taux fixé annuellement par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale ;

2° Dans des conditions fixées par décret, d'une fraction de la différence entre le montant mentionné au 1° et celui d'une dotation globale cible, calculée conformément aux dispositions du II de l'article L. 314-2-1 du même code, dans sa rédaction issue de l'article 44 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

V. – Par dérogation aux dispositions de l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction issue du présent article, les financements complémentaires peuvent être fixés, jusqu'au 31 décembre 2025, en l'absence de signature du contrat prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 ou à l'article L. 313-12-2 de ce code, par le directeur général de l'agence régionale de santé. Dans ce cas, ils ne sont pas soumis à la procédure budgétaire annuelle mentionnée aux II et III de l'article L. 314-7 du même code.

VI. - Les deux dernières phrases de l'article L. 314-7-1 du code de l'action sociale et des familles ne s'appliquent à ceux des services relevant du 6° ou du 7° du I de l'article L. 312-1 de ce code dont les tarifs ou les règles de calcul des tarifs sont fixés par voie réglementaire, qu'après la conclusion du contrat mentionné à l'article L. 313-12-2 du même code ou leur inclusion dans un contrat mentionné au IV *ter* de l'article L. 313-12 du même code. A défaut d'une telle conclusion ou inclusion, elles s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2026.

VII. – Les dispositions des I à VI ci-dessus entrent en vigueur à la date mentionnée au A du II de l'article 44 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Toutefois, à compter du 1^{er} janvier 2023 et jusqu'à leur transformation en service autonomie à domicile, les services de soins infirmiers à domicile et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile relevant du 6^o ou du 7^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles sont régis par les dispositions transitoires suivantes, qui se substituent aux dispositions du c du 2^o et du 3^o du E du II du même article :

Ils sont financés :

1^o Au titre de leur activité de soins, par une dotation fixée dans les conditions prévues au IV du présent article ;

2^o Par une dotation destinée au financement des actions garantissant le fonctionnement intégré de la structure et la cohérence de ses interventions auprès de la personne accompagnée ;

3^o Le cas échéant, par des financements complémentaires fixés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Ils transmettent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et à l'agence régionale de santé compétente les données nécessaires au calcul de la dotation globale cible mentionnée au IV du présent article. En vue de permettre le contrôle des données transmises, chaque département transmet, dans les conditions fixées au III du présent article, à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les données dont il dispose relatives à la perte d'autonomie des personnes âgées accompagnées par ces mêmes services, établies au moyen de la grille mentionnée à l'article L. 232-2.

Lorsque le service ne satisfait pas à l'obligation de transmission, le directeur général de l'agence régionale de santé peut lui enjoindre d'y procéder dans un certain délai. Faute d'exécution dans ce délai, il fixe d'office le montant de la dotation globale cible servant au calcul de la dotation mentionnée au 1^o ci-dessus.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut procéder à la récupération des sommes mentionnées aux 1^o à 3^o s'il constate qu'elles sont sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu. Il peut en outre prononcer une sanction financière dans les conditions définies aux III et IV de l'article L. 313-14.

Les conditions d'application des dispositions transitoires définies par le présent VII sont fixées par décret.

Exposé des motifs

L'article 44 de la LFSS pour l'année 2022 a réformé le mode de tarification des soins à domicile réalisés aujourd'hui par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services polyvalents (SPASAD) en faisant reposer le financement par les ARS sur l'évaluation des caractéristiques et les besoins en soins et dépendance des personnes prises en charge. Il s'agit d'allouer les crédits de manière à mieux couvrir les frais supportés par les services pour accompagner des personnes aux besoins plus importants et, ainsi, de lutter contre les refus de soins parfois observés, les services ne disposant pas toujours des moyens suffisants pour bien accompagner les personnes en perte d'autonomie ou nécessitant des soins complexes.

La réforme de la tarification des soins à domicile, dont l'intérêt a été confirmé par la Cour des comptes dans un rapport de 2021, est un élément essentiel du maintien à domicile des personnes en situation de perte d'autonomie. En effet, pour permettre aux personnes qui le souhaitent de continuer de vivre et de vieillir chez elles, il est indispensable de mettre les services proposant des soins infirmiers en mesure de répondre à leurs besoins, qui iront croissant dans les années à venir.

L'objectif de cette réforme est d'assurer un meilleur financement des services qui accompagnent les personnes avec des besoins plus importants. Elle crée ainsi une dotation globale dont une partie sera forfaitaire pour assurer une part socle robuste et une autre partie variable. Cette part variable sera déterminée en fonction des caractéristiques des personnes accompagnées, en particulier de leur niveau de dépendance, reflété par le GIR, et de leurs besoins de soins et des financements complémentaires portant sur des dispositifs existants qui s'adressent à des personnes nécessitant une prise en charge psychologique et/ou souffrant de maladies neurodégénératives (équipes spécialisées Alzheimer, SSIAD maladies neurodégénératives, SSIAD bénéficiant de temps de psychologues, etc.). L'ensemble des critères relatifs aux besoins de soins seront précisés par décret ; il pourrait par exemple s'agir de regarder s'il y a eu un passage à domicile le week-end, une intervention d'un infirmier, une intervention combinée de plusieurs professionnels ou encore des soins infirmiers lourds.

Le Gouvernement a décidé de consacrer 240M€ au financement de cette réforme d'ici à 2030. Ces crédits, alloués en fonction du résultat de forfait global de soins et du déploiement progressif de la réforme à travers le mécanisme de convergence proposé par cette mesure permettront d'améliorer le financement de ces structures et, ainsi, la qualité de l'accompagnement à domicile des personnes âgées et en situation de handicap.

Ce nouveau mode de fixation de la tarification est conditionné à la transmission chaque année des données actualisées sur la population accompagnée par ces services à la CNSA et aux ARS. Dans cette optique, la présente mesure complète les dispositions introduites par l'article 44 de la LFSS pour 2022 pour préciser les conditions de la collecte obligatoire des informations nécessaires à la tarification des services, à la fiabilisation et au contrôle de ces données.

Article 34

I. – Au 3° de l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles, après la première phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « L'équipe propose selon les besoins de la personne un temps dédié au lien social concourant à prévenir la perte d'autonomie, dans les limites d'un volume horaire défini par décret. Lorsque la personne accepte d'en bénéficier, le président du conseil départemental augmente le montant du plan d'aide, le cas échéant au-delà du plafond mentionné à l'article L. 232-3-1. »

II. – Au premier alinéa de l'article L. 223-9 du code de la sécurité sociale, le taux : « 7,70 % » est remplacé par le taux :

1° « 7,9 % » du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2024 ;

2° « 8,1 % » du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2025 ;

3° « 8,3 % » du 1^{er} janvier 2026 au 31 décembre 2026 ;

4° « 8,4 % » du 1^{er} janvier 2027 au 31 décembre 2027 ;

5° « 8,6 % » à compter du 1^{er} janvier 2028.

III. – A. – Les dispositions présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

B. – Les dispositions de l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles, dans leur rédaction résultant du présent article, s'appliquent aux plans d'aide mentionnés à l'article L. 232-3 du même code proposés par l'équipe médico-sociale ou dont la réévaluation est sollicitée par le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie à compter de la date mentionnée au A.

C. – Les présidents de conseils départementaux réévaluent l'ensemble des plans en cours à la date mentionnée au A afin que l'équipe médico-sociale propose aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie le temps dédié au lien social prévu par l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant du présent article, au plus tard le 31 décembre 2028.

Exposé des motifs

La présente mesure vise à consacrer un temps dédié à l'accompagnement et au lien social au double bénéfice des personnes âgées et des professionnels intervenant à leur domicile. L'équipe médico-sociale du département chargée de l'évaluation des besoins des personnes âgées et de l'élaboration de leur plan d'aide pourra proposer que la personne accompagnée puisse disposer, selon ses besoins, de jusqu'à deux heures par semaine dédiées à l'accompagnement au lien social.

Cette mesure s'inscrit dans la continuité des réformes déjà engagées pour améliorer le financement des services proposant de l'aide à domicile, en particulier :

- La contribution à hauteur de 150M€ en 2021 puis 200M€ à compter de 2022 au financement de l'avenant 43, qui a permis une augmentation moyenne de 13 à 15% des salaires de la branche de l'aide à domicile (article 47 de la LFSS pour 2021);

- La mise en place d'un tarif minimal de valorisation par les conseils départementaux d'une heure d'aide à domicile. Ce tarif a été fixé à 22€ pour 2022 ; son coût a été intégralement compensé aux département par la branche, avec un effort à terme de 240M€ (article 44 de la LFSS pour 2022).

- Le financement à 100% par la branche autonomie d'une dotation complémentaire visant à financer des actions auprès de publics spécifiques, à réaliser des interventions les soirs et week-ends ou dans des zones difficiles d'accès, mais également des actions de soutien aux aidants et de lutte contre l'isolement social, ainsi que des mesures pour améliorer la qualité de vie au travail des aides à domicile (article 44 de la LFSS pour 2022). D'ici 2030, cela représente une dépense de la CNSA d'environ 680M€.

Ce temps supplémentaire et spécifiquement consacré à l'accompagnement et au lien social pourra contribuer à prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées accompagnées par un service proposant de l'aide à domicile ou un salarié, à repérer les fragilités et à lutter contre l'isolement social des personnes les plus vulnérables.

L'objectif est également de pouvoir garantir un temps de travail suffisant pour que le professionnel puisse exercer son rôle en dehors des heures où des gestes professionnels sont requis (lever, coucher, repas etc.). Cela permettra ainsi de limiter les temps partiels subis et réduire les temps d'intervention fractionnés. Ainsi, cette mesure contribuera globalement à améliorer les conditions de travail des professionnels exerçant à domicile.

Article 35

I. – L'article L. 281-2-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « auquel n'est pas attribué le forfait mentionné à l'article L. 281-2 » sont supprimés ;

2° Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Une annexe à l'accord, signée entre le département et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et révisable dans les mêmes formes, recense, sous la forme d'une programmation pluriannuelle, ceux des habitats inclusifs du département pour lesquels les dépenses départementales d'aide à la vie partagée font l'objet d'une couverture par le concours mentionné au troisième alinéa, pendant toute la durée de la convention mentionnée au deuxième alinéa et à hauteur d'un certain pourcentage de l'aide à la vie partagée versée par le département.

« Cette annexe précise le nombre et le montant des aides à la vie partagée retenus pour chaque habitat, ainsi que le pourcentage de couverture de ces aides par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Ce pourcentage est d'au moins 65 % pour les habitats dont la convention mentionnée au deuxième alinéa est signée, entre le département et la personne morale chargée du projet de vie sociale et partagée, entre le 31 décembre 2022 et le 31 décembre 2024. Il est d'au moins 50 % pour les habitats dont les conventions sont signées au-delà du 31 décembre 2024. »

II. – Les articles L. 281-2 et L. 281-3 du code de l'action sociale et des familles sont abrogés à compter du 1^{er} janvier 2025. A compter de cette date, les agences régionales de santé poursuivent le versement des forfaits pour l'habitat inclusif accordés dans le cadre des conventions signées antérieurement, jusqu'au terme prévu par celles-ci.

III. – Les dispositions du 2° du I entrent en vigueur le 31 décembre 2022. Les dispositions du 1° du I entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Exposé des motifs

L'aide à la vie partagée (AVP) a été conçue sur la base des préconisations du rapport PIVETEAU-WOLFROM « Demain je pourrai choisir d'habiter avec vous » (2020) pour permettre aux personnes âgées ou en situation de handicap de financer par leurs propres ressources les coûts d'une vie partagée dans l'habitat inclusif. Cette aide est appelée, selon le rapport, à remplacer le forfait pour l'habitat inclusif (FHI) et à être versée par les départements. Le rapport préconisait de mettre en place une dotation aux départements par la CNSA.

Enfin, le rapport incitait à ne pas supprimer immédiatement le forfait habitat inclusif pendant la première phase de développement de l'habitat inclusif, qui correspond à la phase dite starter (2021-2022), qui s'achève en décembre prochain.

Ces préconisations ont donc conduit à la mise en place de l'AVP dans le cadre de la LFSS 2021. La transition du financement du projet de vie sociale et partagée du FHI par l'AVP a été actée dans le cadre de la circulaire interministérielle n°DGCS/SD3A/DHUP/DGCL/2021/191 du 6 septembre 2021 relative au plan interministériel de développement de l'habitat inclusif.

La mesure vise ainsi à simplifier le mode de financement de l'habitat inclusif composé actuellement des deux aides : le forfait pour l'habitat inclusif FHI, octroyé par l'ARS et l'aide à la vie partagée (AVP) financée par les départements sur concours de la CNSA.

L'article L. 281-2-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit une phase dite « phase starter » courant jusqu'au 31 décembre 2022 pour amorcer le déploiement de l'AVP. Il prévoit des conditions de financement plus favorables pour les départements s'engageant dans la démarche avant cette date. Ce dispositif a permis à la quasi-totalité des conseils départementaux de s'engager dans l'AVP. En effet, 94 départements sur 100 ont déclaré qu'ils inscriraient l'AVP dans leur règlement départemental d'action sociale d'ici la fin de l'année 2022.

Mais, les deux modalités de financement de l'habitat inclusif coexistent actuellement créant une grande complexité de gestion et une certaine illisibilité pour les acteurs.

La présente mesure vise ainsi à clarifier le schéma cible, post phase starter (2021-2022), pour le FHI et l'AVP. Il s'agit :

- d'acter l'extinction progressive du FHI, dans un contexte où la quasi-totalité des départements ont annoncé leur intention de mettre en place l'aide à la vie partagée dès 2022, afin d'éviter un double financement sur le territoire ;

- de clarifier les modalités de participation de la CNSA au financement de l'AVP post « phase starter », les dispositions actuelles prévoyant un schéma de financement transitoire valable jusqu'au 31 décembre 2022 seulement.

Plusieurs modifications législatives sont donc nécessaires pour garantir le bon déploiement de l'AVP sur l'ensemble du territoire national, puisque la loi ne prévoit de règles de taux de couverture des dépenses des conseils départementaux que pour la phase starter débutée en 2021 et qui s'achèvera le 31 décembre 2022.

Les modifications législatives portent sur trois articles du code de l'action sociale et des familles : L. 281-2-1 (dont l'objet est de fixer un taux de couverture de dépense du département) et l'abrogation des articles L. 281-2 (qui créait le forfait habitat inclusif) et L. 281-3 (relatif aux dépenses du forfait habitat inclusif).

CHAPITRE 6
MODERNISER LES PRESTATIONS FAMILIALES

Article 36

I. – L'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I, les mots : « à l'article L. 7221-1 » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa de l'article L. 7221-1 » et après les mots : « la garde d'un enfant », sont insérés les mots : « , à la condition que la rémunération horaire de cette personne n'excède pas un plafond fixé par décret. Ce décret peut fixer des plafonds distincts selon que la personne employée est un assistant maternel agréé ou un salarié mentionné au premier alinéa de l'article L. 7221-1 du code du travail. » ;

2° Au II :

a) Au premier alinéa, les mots : « , à la condition que la rémunération correspondante de l'assistant maternel ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret » sont supprimés ;

b) Au deuxième alinéa, à la première phrase, les mots : « à l'article L. 7221-1 » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa de l'article L. 7221-1 » et, à la troisième phrase, les mots : « conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « à la date mentionnée à l'article L. 551-1, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

3° Les dispositions du III sont remplacées par les dispositions suivantes :

« III. – L'aide mentionnée au *b* du I est calculée en fonction d'un barème qui prend en considération :

« 1° Les ressources du ménage dans la limite d'un plancher et d'un plafond ;

« 2° Le nombre d'enfants à charge au sens de l'article L. 512-2 et, s'il y a lieu, la charge d'un enfant ouvrant droit à la prestation prévue à l'article L. 541-1 ;

« 3° Le mode d'accueil rémunéré ;

« 4° Le nombre d'heures d'accueil ou de garde rémunérées ;

« 5° Le cas échéant, les périodes d'accueil ou de garde ;

« 6° Le salaire net versé au salarié et, s'il y a lieu, les indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles.

« L'aide est calculée par enfant en cas d'emploi d'un assistant maternel agréé, et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée au premier alinéa de l'article L. 7221-1 du code du travail.

« Son barème est revalorisé chaque année à la date mentionnée à l'article L. 551-1 du présent code, dans des conditions fixées par voie réglementaire. » ;

4° Au IV :

a) A la première phrase, les mots : « , à un montant réduit, » sont supprimés ;

b) La seconde phrase est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Cet âge limite peut être fixé à une valeur supérieure pour les parents isolés. » ;

5° Le V devient un VI et le mot : « détermine » y est remplacé par les mots : « fixe les conditions d'application du présent article, ainsi que » ;

6° Il est rétabli un V ainsi rédigé :

« V. – En cas de séparation, lorsque les parents exercent en commun ou conjointement l'autorité parentale, un décret fixe les modalités et conditions du bénéfice par ceux-ci du complément de libre choix du mode de garde. »

II. – A l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « prestations familiales », sont insérés les mots : « , à l'exception du complément de libre choix du mode de garde prévu à l'article L. 531-5 et de l'allocation journalière de présence parentale prévue à l'article L. 544-1, ».

III. – Le *b* du 6° de l'article 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, relatif à l'adaptation des dispositions de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, est abrogé.

IV. – Les vingtième à vingt-huitième alinéas du 8° de l'article 2 de l'ordonnance n° 2021-1553 du 1^{er} décembre 2021 relative à l'extension, à l'amélioration et à l'adaptation de certaines prestations de sécurité sociale à Mayotte, sont ainsi modifiés :

1° Au *a*, après les mots : « dont l'âge est inférieur à un âge limite » sont ajoutés les mots : « à la condition que la rémunération horaire de cette personne n'excède pas un plafond fixé par décret. Ce décret peut fixer des plafonds distincts selon que la personne employée est un assistant maternel agréé ou un salarié mentionné au premier alinéa de l'article L. 7221-1 du code du travail. » ;

2° Le troisième alinéa du *b* est supprimé ;

3° Le *c* est abrogé ;

4° Le troisième alinéa du *d* est supprimé.

V. – Les dispositions du présent article sont applicables aux compléments de libre choix du mode de garde versés au titre des gardes assurées à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1^{er} juillet 2025. Ce décret peut prévoir une date distincte pour l'entrée en vigueur des dispositions du 6° du I, au plus tard à compter du 1^{er} décembre 2025.

VI. – Lorsque, le mois de l'entrée en vigueur mentionnée à la première phrase du V, le montant du complément de libre choix du mode de garde ouvert au titre de la garde d'un ou des enfants, tel qu'il résulte de l'application des dispositions du 3° du I, est inférieur au montant moyen mensuel dû, pour la garde du ou des mêmes enfants, au cours d'une certaine période, fixée par décret, et précédant la date d'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions, la garde du ou des enfants ouvre droit à un complément différentiel. Ce complément différentiel garantit l'attribution d'un montant total égal au montant moyen mensuel attribué pendant la période, dans la limite d'un pourcentage de la rémunération nette du salarié. Le droit à ce complément est ouvert à la double condition :

1° Qu'au cours de la période mentionnée au premier alinéa, la garde du ou des enfants ait représenté, au moins, un certain nombre d'heures, fixé en fonction de l'âge du ou des enfants et du mode de garde utilisé ;

2° Que le mois précédant la date d'entrée en vigueur des dispositions du 3° du I, les ressources du ménage n'aient pas excédé un plafond, fixé en fonction du nombre d'enfants à charge et qui peut être distinct suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou par un couple.

Ce complément différentiel est dû pendant une durée fixée par décret dans la limite de quatre ans, qui est fonction de la date de naissance du ou des enfants et du nombre d'enfants concernés.

Un décret fixe les modalités et conditions d'application du présent article.

Exposé des motifs

La réforme du mode de calcul du CMG « emploi direct » : plus d'équité dans l'accès aux modes de garde

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG), qui permet de solvabiliser le recours à l'accueil individuel (assistant maternel, garde d'enfant à domicile) laisse aujourd'hui des restes à charge trop élevés, dissuasifs pour les familles les plus modestes. Les modalités de calcul de ce CMG donnent par ailleurs lieu à des effets de seuil et prennent mal en compte les besoins d'accueil importants. Elles posent enfin une question d'équité, car les restes à charge et les taux d'effort assumés par les familles bénéficiaires du CMG diffèrent de ceux assumés en cas de recours à une crèche financée par la prestation de service unique (PSU).

En conséquence, les familles modestes accèdent moins que les autres à l'accueil individuel (seuls 5 % des enfants des familles les plus modestes sont accueillis par un assistant maternel, contre 46 % pour une famille aisée), sans forcément bénéficier d'un accès à l'accueil collectif, ce qui implique souvent une réduction ou l'arrêt de l'activité professionnelle.

La présente mesure permettra une meilleure solvabilisation de ces modes de garde, nécessaire afin d'aller vers le « service public de la petite enfance » que souhaite aujourd'hui mettre en œuvre le Gouvernement. Elle permettra de rendre l'accueil par un assistant maternel aussi accessible que la crèche et d'harmoniser les restes à charge entre ces deux modes d'accueil.

Cette réforme des modalités de calcul du CMG est préconisée par de nombreux rapports - du Haut conseil à la famille (HCF) en 2014 et du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) en 2018 puis en 2021, de l'IGF-IGAS en 2017 et 2021 -, qui ont tous mis en exergue les limites du calcul actuel.

L'extension du CMG aux enfants âgés de 6 à 12 ans pour les familles monoparentales

Un effort public important est d'ores et déjà réalisé pour soutenir l'accès à un mode d'accueil des familles ayant des enfants de moins de six ans. En revanche, au-delà de six ans, les dispositifs d'aide à la garde sont limités, alors même que les enjeux de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle restent importants, surtout pour les familles monoparentales. Si les centres de loisirs et de vacances répondent en partie à ces besoins, le recours à un mode de garde individuel est peu accessible financièrement.

Faciliter l'accès des familles monoparentales ayant des enfants âgés de 6 à 12 ans à un mode de garde formel constitue un enjeu majeur en termes de soutien des familles monoparentales dans la conciliation de leurs différents temps de vie, d'accès et de maintien dans l'emploi - et donc de levier de sortie de la pauvreté - mais aussi de répit.

L'extension du CMG jusqu'aux 12 ans de l'enfant pour les familles monoparentales permettra de mieux prendre en compte les besoins de conciliation et de mieux soutenir ces familles.

Le partage du CMG emploi direct en cas de garde alternée de l'enfant

A l'heure actuelle, en cas de résidence alternée de l'enfant, seules les allocations familiales peuvent faire l'objet d'un partage entre les deux parents. Pour les autres prestations familiales, et en particulier le CMG, le partage n'est pas possible.

Dans ce cas, seul le parent allocataire peut bénéficier du versement du CMG, alors même que l'autre parent assume souvent une partie des coûts de la garde. Le non-partage du CMG génère par ailleurs un risque contentieux.

Il est donc proposé d'ouvrir la possibilité aux deux parents d'un enfant en résidence alternée répondant aux conditions d'éligibilité au CMG emploi direct d'en bénéficier au titre cet enfant.

Article 37

I. – Le chapitre I^{er} du titre III du livre III du code de la sécurité sociale est complété par une section 6 ainsi rédigée :

« Section 6

***« Dispositions communes aux indemnités journalières de l'assurance maternité
et au congé de paternité et d'accueil de l'enfant***

« *Art. L. 331-10.* – L'employeur garantit, dès le premier cycle de paie suivant l'absence du salarié, le versement d'une somme au moins égale au montant des indemnités journalières dues en application des articles L. 331-3 à L. 331-5 et des articles L. 331-7 et L. 331-8.

« L'employeur est subrogé de plein droit à l'assuré dans le versement de ces indemnités journalières.

« La caisse primaire d'assurance maladie verse à l'employeur subrogé le montant des indemnités journalières dues dans un délai maximal fixé par décret en Conseil d'Etat.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les catégories de salariés auxquels ces dispositions ne s'appliquent pas eu égard aux caractéristiques de leur contrat de travail, ainsi que les modalités d'application du présent article. »

II. – Le I entre en vigueur, selon la taille des effectifs des entreprises et dans les administrations publiques, à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2025.

Exposé des motifs

En 2020, 540 000 assurées et 320 000 assurés ont pris respectivement un congé maternité et un congé paternité pour accueillir leur enfant. Pendant ces périodes, les salariés bénéficient d'indemnités journalières versées par l'assurance maladie destinées à leur garantir une protection et à neutraliser leur perte de revenus.

Toutefois, les délais de versement de ces indemnités journalières, qui s'élevaient en moyenne à 31,5 jours en 2020, peuvent occasionner des ruptures de trésorerie pour ces assurés, dans un contexte où l'arrivée de l'enfant peut conduire à de nouvelles dépenses pour les parents, et où les deux parents peuvent prendre un congé simultanément. Or, le risque de rupture de ressources lors d'un congé maternité comporte des conséquences potentiellement préjudiciables.

La subrogation permet à l'employeur de verser les indemnités journalières pour le compte des caisses d'assurance maladie, qui lui remboursent directement le montant des indemnités dues à l'assuré. Mais en 2021, seulement un tiers des congés maternité a été subrogé. L'employeur peut également maintenir le salaire, sans pratiquer obligatoirement la subrogation.

Il est proposé de systématiser cette subrogation pour les congés maternité, adoption et paternité, en prévoyant que l'employeur reçoive directement le montant des indemnités journalières versées par la sécurité sociale et assure un maintien de salaire au moins équivalent à ces indemnités au salarié. Le délai de paiement de l'assurance maladie aux employeurs sera garanti, afin qu'ils ne subissent aucune perte de trésorerie liée à cette subrogation. Les délais d'entrée en vigueur de la mesure seront adaptés à la taille des entreprises, afin de faciliter une appropriation progressive de ce mécanisme par les employeurs.

Cette mesure constituera une garantie financière pour les parents, favorisant ainsi l'accueil de l'enfant, dans un objectif de meilleure conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle. Elle accompagnera la montée en charge de l'allongement du congé paternité. Elle se traduira par une plus grande équité entre les salariés, en garantissant leur indemnisation quelle que soit leur statut ou leur niveau de revenu.

CHAPITRE 7

SIMPLIFIER ET MODERNISER LE SERVICE PUBLIC DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 38

I. – A. – L'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifiée :

1° Le I de l'article 20-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 15° La couverture des frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale relevant de la section 11 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale. » ;

2° Au premier alinéa de l'article 20-5-6, après la référence : « L. 162-5-4, » sont insérés les mots : « du I de l'article L. 162-5-13 et des articles » ;

3° L'article 20-11 est abrogé ;

4° Après l'article 21-11 est inséré un chapitre I^{er} *quater* ainsi rédigé :

« CHAPITRE I^{ER} QUATER

« PROTECTION COMPLÉMENTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ

« Art. 21-13. – Les articles L. 861-1 à L. 861-12, L. 862-1 à L. 862-8 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte, sous réserve des adaptations suivantes :

« 1° Au premier alinéa de l'article L. 861-1, les mots : “à l'article L. 160-1” doivent être lus comme visant le II et le III de l'article 19 de la présente ordonnance ;

« 2° À l'article L. 861-2 :

« a) La référence à l'article L. 815-1 est remplacée à chaque occurrence par la référence à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte ;

« b) La référence aux articles L. 815-24 et L. 821-1 est remplacée par la référence à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte ;

« 3° A l'article L. 861-5 :

« a) Au troisième alinéa, les mots : “à l'article L. 815-24 et les bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 821-1” sont remplacés par les mots : “à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte” ;

« b) Au quatrième alinéa, la deuxième phrase est remplacée par les dispositions suivantes : “Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux en application de l'article L. 142-3 et du 3° de l'article L. 142-8. Elle peut faire l'objet d'une saisine de la commission de recours amiable selon des conditions prévues par décret.” ;

« c) Au dernier alinéa, la référence à l'article L. 815-1 est remplacée par la référence à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte. » ;

B. – A l'article L. 781-44 du code rural et de la pêche maritime, après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La caisse mentionnée au premier alinéa du présent article assure pour les assurés non-salariés agricoles l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article 21-13 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. »

C. – Les dispositions du A, à l'exception du 1°, et du B s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2024.

Les droits accordés avant le 1^{er} janvier 2024 sur le fondement de l'article 20-11 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte dans sa version en vigueur avant cette date continuent de produire leurs effets jusqu'à leur terme ou jusqu'à la date à laquelle la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article 20-13 de la même ordonnance est attribuée, si elle est antérieure à ce terme.

II. – Le II de l'article 108 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, la date : « 31 décembre 2022 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2024 » ;

2° Au dernier alinéa, la date : « 31 décembre 2026 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2028 ».

III. – A. – L'article 21 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 est ainsi modifié :

1° Le mot : « familiaux » est remplacé par le mot : « moraux » ;

2° L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le centre de leurs intérêts matériels et moraux est situé dans l'un des territoires mentionnés à l'article L. 111-2 du code de la sécurité sociale, les prestations familiales sont versées par une ou plusieurs caisses d'allocations familiales désignées par le directeur de l'organisme national compétent en application de l'article L. 122-6 du même code, selon les règles applicables dans le territoire concerné. »

B. – Les dispositions du A du présent III entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2023, sauf en ce qui concerne le complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, pour lequel ces dispositions entrent en vigueur à la date mentionnée au 3° du II de l'article 7 de l'ordonnance n° 2021-1553 du 1^{er} décembre 2021 relative à l'extension, à l'amélioration et à l'adaptation de certaines prestations de sécurité sociale à Mayotte.

Exposé des motifs

La sécurité sociale dans le territoire de Mayotte est principalement régie par des textes spécifiques, distincts du code de la sécurité sociale, compte tenu de la situation de convergence progressive des droits sociaux en lien avec sa situation socio-économique. Ce territoire ultramarin nécessite une évolution de la législation de sécurité sociale, dans une perspective de rapprochement avec le droit commun.

Il s'agit notamment d'étendre la complémentaire santé solidaire sur ce territoire de prolonger le dispositif de rachat de trimestres pour les indépendants et d'adapter les modalités de versement des prestations familiales aux fonctionnaires à l'évolution des modalités de versement de leurs rémunérations.

Article 39

I. – L'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est ainsi modifiée :

1° L'article 3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 3. – I. – Il est institué, dans la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon, une caisse de prévoyance sociale, constituée et fonctionnant conformément aux prescriptions du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, sous réserve des dispositions de la présente ordonnance et des textes pris pour son application.

« II. – Cette caisse a pour rôle de gérer un régime de sécurité sociale qui assure la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité, de famille et d'autonomie, ainsi que le service des allocations vieillesse, des prestations d'invalidité et de décès, d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

« Elle met notamment en œuvre des actions de promotion et d'accompagnement de la prévention de la désinsertion professionnelle afin de favoriser le maintien dans l'emploi de ses ressortissants dont l'état de santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non. Ces actions se font en lien, en tant que de besoin, avec les acteurs extérieurs, en particulier les cellules mentionnées à l'article L. 4622-8-1 du code du travail.

« III. – Est affiliée à ce régime toute personne qui, quel que soit son lieu de résidence, exerce à Saint-Pierre-et-Miquelon une activité pour le compte d'un ou plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement sur ce territoire, ou une activité professionnelle non-salariée, ainsi que toute personne n'exerçant pas d'activité professionnelle à Saint-Pierre-et-Miquelon mais y résidant de manière stable et régulière.

« Les dispositions du précédent alinéa ne sont applicables aux marins relevant de l'établissement national des invalides de la marine qu'en ce qui concerne les prestations familiales et autonomie. Elles ne sont applicables aux fonctionnaires civils de l'Etat, aux ouvriers de l'Etat affiliés au fonds spécial des pensions de retraite des ouvriers des établissements industriels de l'Etat et aux fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales qu'en ce qui concerne la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article 9-3 de la présente ordonnance et les prestations familiales et autonomie. Elles ne sont applicables aux militaires qu'en ce qui concerne la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article 9-3 de la présente ordonnance.

« Les conditions de résidence à Saint-Pierre-et-Miquelon sont appréciées selon des règles fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;

2° L'article 5 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 5. – I. – La caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon est soumise au contrôle prévu à l'article L. 154-1 du code de la sécurité sociale.

« II. – Les décisions du conseil d'administration de la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon sont soumises au contrôle de l'autorité compétente de l'Etat selon les modalités prévues à l'article L. 151-1 du même code à l'exception, au deuxième alinéa, des mots : “et les modalités d'intervention des organismes nationaux”, de la deuxième et de la troisième phrase du troisième alinéa ainsi que du quatrième alinéa.

« Les dispositions d'application de l'article L. 151-1 du code de la sécurité sociale peuvent être adaptées à Saint-Pierre-et-Miquelon par décret.

« III. – Le budget établi par la caisse est soumis à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article 7, après le mot : « décès », est inséré le mot : « , autonomie » ;

4° A l'article 7-2, après le mot : « décès », est inséré le mot : « , autonomie » ;

5° Avant l'article 9, est inséré un article 9-0 ainsi rédigé :

« Art. 9-0. – I. – Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant à Saint-Pierre-et-Miquelon de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions fixées dans la présente ordonnance.

« L'exercice d'une activité professionnelle et les conditions de résidence à Saint-Pierre-et-Miquelon sont appréciés dans les conditions prévues à l'article 3 de la présente ordonnance.

« Un décret en Conseil d'Etat prévoit les conditions dans lesquelles les personnes qui résident à Saint-Pierre-et-Miquelon et cessent de remplir les conditions de résidence stable et régulière bénéficient, dans la limite d'un an, d'une prolongation du droit à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale.

« II. – Par dérogation aux dispositions du I, bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé en tant qu'ayants droit d'un assuré social les enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle qui sont à sa charge, à condition que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie ou qu'ils soient pupilles de la Nation ou enfants recueillis.

« Le statut d'ayant droit prend fin, à une date fixée par décret, l'année au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de sa majorité.

« L'enfant qui a atteint l'âge de seize ans peut demander, selon des modalités fixées par décret, à bénéficier, à titre personnel, de la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie ou de maternité.

« Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré social. Ces personnes ou établissements bénéficient, pour le compte de l'assuré, de la prise en charge des frais de santé de ce dernier en cas de maladie ou de maternité. » ;

6° A l'article 9 :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « L. 160-10 et L. 160-13 à » sont supprimés ;

b) Au quatrième alinéa, les mots : « L. 161-12 à » sont supprimés et après la référence : « L. 161-15 », sont insérées les références : « L. 161-15-1, L. 161-15-3, » ;

c) Après le sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – L. 168-1, L. 168-2 et L. 168-4 à L. 168-7 » ;

d) Le onzième alinéa, devenu le douzième, est supprimé ;

e) Au douzième alinéa, les mots : « à L. 313-5 » sont remplacés par les mots : « et L. 313-2 » ;

f) Au dernier alinéa, la référence : « L. 377-1 » est remplacée par la référence : « L. 377-2 » ;

7° La deuxième phrase de l'article 9-3 est remplacée par les dispositions suivantes : « La prise en charge de leurs frais de santé est assurée selon des modalités fixées par décret. »

8° L'article 9-8 est abrogé ;

9° A l'article 9-9, les mots : « préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon » sont remplacés par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;

10° L'article 9-10 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 9-10. – I. – La prise en charge des produits de santé par la caisse de prévoyance sociale est régie par les dispositions de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et des articles L. 162-17 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

« La liste établie dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article L. 162-17 est complétée pour tenir compte des nécessités particulières à la collectivité.

« II. – Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et de l'outre-mer peut déterminer des majorations applicables :

« 1° Aux prix ou aux marges, fixés en application de l'article L. 162-16-4 ou de l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale, ou aux tarifs forfaitaires de responsabilité, prévus à l'article L. 162-16 de ce code, des médicaments remboursables mentionnés aux premier et quatrième alinéas de l'article L. 162-17 du même code ;

« 2° Aux prix de cession fixés en application de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale pour les médicaments mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 du même code ;

« 3° Aux tarifs de responsabilité fixés en application de l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, aux prix des produits et prestations fixés en application de l'article L. 165-3 de ce code, mentionnés à l'article L. 165-1 du même code.

« Ces majorations prennent en compte les frais particuliers qui, dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon, grèvent le coût de ces produits de santé par rapport à leur coût en métropole.

« III. – La convention nationale conclue entre les représentants des pharmaciens titulaires d'officine et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie prévue à l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, sauf exceptions déterminées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

11° Après l'article 9-10, sont insérés les articles 9-11 et 9-11-1 ainsi rédigés :

« *Art. 9-11.* – Les articles L. 223-5 à L. 223-15 du code de la sécurité sociale, relatifs à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, sont applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon.

« *Art. 9-11-1.* – Les articles L. 168-8 à L. 168-16 du code de la sécurité sociale relatifs à l'allocation journalière du proche aidant sont applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon sous réserve de l'adaptation suivante : l'article L. 544-8 du même code auquel renvoie l'article L. 168-8 est adapté dans les termes prévus au 10° *bis* de l'article 11 de la présente ordonnance. » ;

12° A l'article 11 :

a) Au 5°, les mots : « et L. 522-2 » sont remplacés par les mots : « à L. 522-3 » ;

b) Au 9°, les mots : « , L. 541-3 et L. 541-4 » sont remplacés par la référence : « L. 541-5 » ;

c) Le 10° *bis* devient le 10° *ter* et il est recréé un 10° *bis* ainsi rédigé :

« 10° *bis.* – Articles L. 544-1 à L. 544-10, sous réserve de l'adaptation suivante : à l'article L. 544-8, les mots : “au 1° et au dernier alinéa de l'article L. 611-1 et à l'article L. 661-1 du présent code, aux articles L. 321-5, L. 722-9 et L. 732-34 du code rural et de la pêche maritime” sont remplacés par les mots : “à l'article L. 374-5 du code rural et de la pêche maritime, et les travailleurs non-salariés affiliés à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon,” ;

13° L'article 11-1 est abrogé.

II. – Le I du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2023, sous réserve des dispositions suivantes :

1° Le 10° est applicable à compter du 1^{er} juillet 2023 ;

2° Le *c* du 6°, le troisième alinéa du 11° et les *a* et *c* du 12° sont applicables à compter d'une date fixée par décret et au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2024.

Exposé des motifs

La soumission du régime de sécurité sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon, qui relève de la compétence de l'Etat et couvre 6100 personnes, à un corpus de textes spécifiques malgré le principe d'identité législative ainsi que le maintien de la caisse de sécurité sociale en charge de ce régime (caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon) en dehors de l'organisation de la sécurité sociale applicable en France métropolitaine et dans les collectivités ultra-marines mentionnées à l'article L. 751-1 du code de la sécurité sociale, engendre un écart croissant entre la protection sociale locale et celle de droit commun.

L'archipel est resté à l'écart de réformes majeures en matière maladie (carte vitale, CMU puis PUMa, médecin traitant, complémentaire santé solidaire, dossier médical partagé). Certaines prestations ne sont pas encore étendues à Saint-Pierre-et-Miquelon. Des pans de sa réglementation sont obsolètes ou divergent sensiblement des autres collectivités ultra-marines (ex : cotisations, accidents du travail et maladies professionnelles). Par ailleurs, la complexité de la prise en compte des spécificités de ce territoire dans le cadre des réformes conduit à des lacunes et incohérences des règles applicables en matière de sécurité sociale.

La gestion de la caisse de prévoyance sociale, multi-branches et qui compte également un centre de santé, est fragilisée par le manque de sécurisation de la réglementation applicable, par la très grande diversité des missions à mener, parfois spécifiques à ce territoire et par son isolement. En effet, en l'absence d'intégration dans le réseau des caisses nationales de sécurité sociale, elle est privée de tout soutien pour les fonctions support, l'expertise et le système informatique. Elle n'a pu notamment déployer les outils habituels de maîtrise des risques.

Une mission IGAS a, en 2020, formulé diverses recommandations d'évolution du cadre juridique de la caisse et d'extension de dispositifs, à laquelle il n'a pas été encore donné suite. Lors de la crise sanitaire, il a pu être constaté l'impossibilité de déployer certains dispositifs dans ce territoire, tels que l'enregistrement des résultats de « contact tracing », des vaccinations et de la génération des passes sanitaires, les aides aux professionnels de santé pour perte d'activité et la grande difficulté à gérer des dispositifs impliquant des échanges avec d'autres régimes, tels que l'indemnité inflation.

Il est opportun de remédier aux retards accumulés en matière de sécurité sociale et de rapprocher le cadre juridique applicable à l'archipel du droit commun.

Il est proposé des mesures de rattrapage et d'alignement de certaines prestations sur le droit commun, concernant la branche maladie, les prestations familiales et la branche autonomie. Elles devront être complétées ultérieurement, à l'issue d'une expertise approfondie, par d'autres mesures afin que le régime de sécurité sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon bénéficie à l'avenir des évolutions de la sécurité sociale applicables dans les autres territoires.

Article 40

I. – Après l'article L. 172-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 172-1-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 172-1-2.* – En cas d'incapacité de travail faisant suite à un accident ou à une maladie professionnelle, la personne salariée qui relève du régime général de sécurité sociale ou du régime des salariés agricoles et qui exerce simultanément une activité non-salariée agricole relevant du régime défini au chapitre II du titre V du livre VII du code rural et de la pêche maritime perçoit, lorsqu'elle est victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dans le cadre de son activité salariée, l'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, dès lors qu'elle remplit les conditions fixées à ce même article, en sus de l'indemnité versée par le régime général d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés ou par le régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés agricoles. »

II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° A l'article L. 752-6 :

a) Les quatre premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'un assuré mentionné au I ou au II de l'article L. 752-1 est victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, une rente lui est attribuée si son taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à un taux fixé par décret. » ;

b) Au cinquième alinéa, devenu le deuxième, les mots : « l'organisme assureur » sont remplacés par les mots : « la caisse » ;

c) Le sixième alinéa, devenu le troisième, est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole relevant du I de l'article L. 752-1, la rente est égale au gain forfaitaire annuel mentionné à l'article L. 752-5 multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci.

« Pour les autres assurés mentionnés au I de l'article L. 752-1, la rente est égale, en cas d'incapacité permanente totale, au gain forfaitaire annuel mentionné à l'article L. 752-5 et, en cas d'incapacité permanente partielle, à la moitié de ce gain multipliée par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci.

« Pour les assurés relevant du II de l'article L. 752-1, la rente est égale à un pourcentage, fixé par arrêté du ministre chargé de l'agriculture, du gain forfaitaire annuel mentionné à l'article L. 752-5, multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci.

« La rente est revalorisée selon le coefficient prévu à l'article L. 434-17 du code de la sécurité sociale. » ;

d) Au huitième alinéa, les mots : « prévue au sixième alinéa » sont remplacés par les mots : « prévues aux troisième, quatrième et cinquième alinéas » ;

2° Au dernier alinéa du I de l'article L. 732-56, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « premier » ;

3° A l'article L. 752-7, les mots : « au sixième alinéa » sont remplacés par les mots : « aux troisième, quatrième et cinquième alinéas ».

III. – Les dispositions du I sont applicables aux accidents du travail et aux maladies professionnelles déclarés à compter du 1^{er} janvier 2023.

Les dispositions du II sont applicables aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité dont le taux a été fixé postérieurement au 31 décembre 2022.

Exposé des motifs

Amélioration de la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles des non-salariés agricoles pluriactifs

En application de l'article L. 172-1-1 du code de la sécurité sociale (art. 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021), l'assuré pluriactif non-salarié agricole, par ailleurs salarié, peut désormais prétendre au versement des indemnités journalières d'assurance maladie auprès du régime des salariés agricoles ou des salariés du régime général dès lors qu'il est victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dans le cadre de son activité non salariée agricole.

Toutefois, dans la situation inverse, l'assuré pluriactif exploitant agricole et salarié qui bénéficie d'IJ AT/MP en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle survenu dans l'exercice de son activité salariée ne peut toujours pas prétendre au versement d'IJ AMEXA au titre de son activité d'exploitant agricole, bien que se trouvant dans l'impossibilité de la poursuivre. Ainsi, en l'absence de mesures législatives ou réglementaire de coordination entre les branches d'accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) des exploitants agricoles (ATEXA) et les branches d'assurance maladie salariées du régime agricole et du régime général, le salarié exerçant simultanément une activité d'exploitant et une activité de salarié, ne peut pas bénéficier, en cas d'un accident du travail survenu sur son activité de salarié, des indemnités journalières (IJ) maladie ordinaires du régime de l'activité de non-salarié agricole.

Cette situation est particulièrement préjudiciable à ces assurés qui exercent une activité de non-salarié agricole au titre de laquelle ils cotisent et ne peuvent pourtant pas prétendre à des indemnités journalières maladie alors qu'ils se trouvent dans l'incapacité physique de continuer ou de reprendre leur activité non salariée en raison des lésions occasionnées par un accident de travail. Il en résulte une perte de gains au titre de l'activité non salariée agricole.

Cette situation pose des difficultés au regard de la logique d'assurance sociale du régime maladie non-salarié agricole dont l'objectif est de prémunir contre un risque de perte de revenus en contrepartie des cotisations.

Elle pose également des problèmes d'équité dans le mécanisme des prestations en espèces versées par la sécurité sociale eu égard aux différences de traitement entre les assurés qui exercent plusieurs activités salariées et les assurés qui exercent une activité salariée et une activité non salariée agricole.

Il apparaît nécessaire d'introduire une nouvelle mesure législative afin de donner une base légale autorisant le cumul des indemnités journalières d'assurance maladie non-salariée agricole et des indemnités ATMP du régime des salariés au profit des assurés pluriactifs non-salariés agricoles et salariés par ailleurs.

Accorder une rente ATEXA à partir de 30% d'incapacité permanente partielle (IPP) aux non-salariés agricoles autres que les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole

Actuellement, les non-salariés agricoles autres que les chefs d'exploitation (collaborateurs, aides familiaux et enfants de plus de 14 ans) dont le taux d'IPP est inférieur à 100% n'ont pas droit à une rente d'incapacité permanente. Ils n'ont donc aucune indemnisation en cas d'AT/MP avec IPP inférieure à ce taux.

Depuis le 1^{er} avril 2002, date de création de l'ATEXA, et hormis le cas particulier de l'indemnisation des victimes de pesticides, en cas d'AT/MP, seuls les chefs d'exploitation ont droit à une rente à partir de 30% d'IPP.

Quand bien même les statuts de conjoint collaborateur et d'aide familial sont désormais limités dans le temps (5 ans), avec à l'issue l'obligation de basculer sur le statut du chef d'exploitation (et donc de bénéficier des mêmes droits), il n'en demeure pas moins que ces assurés ne peuvent rester sans indemnisation sur cette période d'activité, en cas d'AT/MP avec un taux d'IPP inférieur à 100%.

CHAPITRE 8
RENFORCER LES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LES ABUS ET LES FRAUDES

Article 41

I. – Le chapitre 4 *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A l'article L. 114-10 :

a) A la dernière phrase du premier alinéa, les mots : « Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant » sont remplacés par les mots : « Les constatations établies à cette occasion par ces agents font » ;

b) Au second alinéa, les mots : « également foi à l'égard de ce dernier organisme dont le directeur » sont remplacés par les mots : « foi dans les mêmes conditions que celles mentionnées au premier alinéa et le directeur de ce dernier organisme » ;

2° La première phrase du second alinéa de l'article L. 114-10-1 est remplacée par la phrase : « Les constatations que ces agents transmettent à un autre organisme de protection sociale font foi dans les mêmes conditions que celles mentionnées au premier alinéa de l'article L. 114-10. » ;

3° A l'article L. 114-16, après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les greffiers des tribunaux de commerce peuvent également communiquer, à titre gratuit, aux agents mentionnés à l'article L. 114-16-3, tout renseignement et tout document qu'ils recueillent à l'occasion de l'exercice de leurs missions, de nature à faire présumer de telles fraudes ou manœuvres. » ;

4° A l'article L. 114-17, les deux dernières phrases du septième alinéa, le huitième alinéa, la première phrase du neuvième alinéa et les dixième à douzième alinéas sont supprimés et, au neuvième alinéa, les mots : « des articles L. 262-52 ou L. 262-53 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 262-52 » ;

5° A l'article L. 114-17-1 :

a) Au III :

- le deuxième alinéa est supprimé ;

- il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits. » ;

b) Le IV et le V deviennent respectivement le I et le II d'un nouvel article L. 114-17-2.

c) Au IV, devenu I de l'article L. 114-17-2 :

– le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« I. – Le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 114-17 ou à l'article L. 114-17-1 notifie la description des faits reprochés à la personne physique ou morale qui en est l'auteur afin qu'elle puisse présenter ses observations dans un délai fixé par voie réglementaire. A l'expiration de ce délai, le directeur : » ;

– au quatrième alinéa, les mots : « au V » sont remplacés par les mots : « au II » ;

– la seconde phrase du neuvième alinéa est remplacée par les dispositions suivantes : « Il est fait application, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes débiteurs de prestations familiales, des dispositions des articles L. 553-2 et L. 845-3 et de l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes d'assurance vieillesse, des dispositions des articles L. 355-2 et L. 815-10 et, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes d'assurance maladie aux assurés sociaux, des dispositions de l'article L. 133-4-1. » ;

– le dernier alinéa est supprimé ;

d) Au V, devenu II de l'article L. 114-17-2 :

– au premier alinéa, les mots : « local d'assurance maladie, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » sont supprimés ;

– au même alinéa, après les mots : « 3° du I », sont insérés les mots : « de l'article L. 114-17-1 » ;

- au deuxième alinéa, les mots : « au présent V » sont remplacés par les mots : « au présent II » ;

e) Au second alinéa du VI et au 1° du VII, les mots : « au V » sont remplacés par les mots : « au II de l'article L. 114-17-2 » ;

f) Au 2° du VII :

- à la première phrase, le taux : « 200 % » est remplacé par les mots : « 300 % des sommes concernées » et le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « huit » ;

- à la deuxième phrase, le taux : « 300 % » est remplacé par le taux : « 400 % » et les mots : « dans la limite de huit fois » sont remplacés par les mots : « et jusqu'à seize fois » ;

6° A l'article L. 114-19 :

a) Après le 3°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Aux agents des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code et à l'article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime pour le recouvrement des créances relatives à une infraction aux interdictions de travail dissimulé mentionnées à l'article L. 8221-1 du code du travail. » ;

b) Au cinquième alinéa, devenu le sixième, les mots : « peuvent faire l'objet d'une interconnexion avec les données des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 » sont remplacés par les mots : « par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et les organismes mentionnés à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime peuvent, » et la deuxième phrase est complétée par les mots : « , faire l'objet d'une interconnexion avec les données dont ces mêmes organismes disposent » ;

7° Il est complété par une section 3 ainsi rédigée :

« Section 3
« **Recherche et constatation des infractions**

« Art. L. 114-22-3. – I. – Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 114-10, à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 5312-13-1 du code du travail, commissionnés par le directeur de l'organisme national dont relève l'organisme qui les emploie, sont habilités à rechercher et constater les infractions mentionnées aux articles 313-1, 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal lorsqu'elles sont de nature à porter préjudice aux organismes de protection sociale.

« Ils ont, pour l'exercice de ces missions, compétence sur l'ensemble du territoire national.

« Les infractions sont constatées par des procès-verbaux qui font foi jusqu'à preuve du contraire. Ces procès-verbaux sont transmis directement au procureur de la République.

« II. – Aux seules fins de constater les infractions mentionnées au I commises par la voie des communications électroniques, et lorsque les nécessités de l'enquête le justifient, ces agents peuvent procéder sous pseudonyme aux actes suivants, sans être pénalement responsables :

« 1° Participer à des échanges électroniques, y compris avec les personnes susceptibles d'être les auteurs de ces infractions ;

« 2° Extraire ou conserver par ce moyen les données sur les personnes susceptibles d'être les auteurs de ces infractions et tout élément de preuve.

« A peine de nullité, ces actes ne peuvent constituer une incitation à commettre une infraction.

« III. – Ces agents peuvent également recueillir tout renseignement, toute justification et se faire remettre copie des documents de toute nature, quel que soit leur support et en quelques mains qu'ils se trouvent, nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Ils peuvent, en cas de support informatisé, avoir accès aux logiciels et aux données stockées correspondants ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leur mission. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié en des documents directement utilisables pour les besoins de leur mission.

« IV. – Ces agents peuvent aussi procéder, sur convocation ou sur place, aux auditions de toute personne susceptible d'apporter des éléments utiles à leurs constatations. Ils en dressent procès-verbal, qui doit comporter les questions auxquelles il est répondu. Les personnes entendues procèdent elles-mêmes à sa lecture, peuvent y faire consigner leurs observations et y apposent leur signature. Si elles déclarent ne pas pouvoir lire, lecture leur en est faite par l'agent préalablement à la signature. En cas de refus de signer le procès-verbal, mention en est faite sur celui-ci.

« V. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

II. – La section 1 du chapitre 1^{er} du titre 7 du livre 2 de la huitième partie du code du travail est complétée par un article L. 8271-6-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 8271-6-5.* – Aux seules fins de constater les infractions de travail illégal commises par la voie des communications électroniques pour lesquelles ils sont compétents, les agents de contrôle de l'inspection du travail mentionnés à l'article L. 8112-1 et spécialement habilités à cet effet dans des conditions précisées par arrêté conjoint du ministre de la justice et du ministre chargé du travail, ainsi que les agents de contrôle mentionnés aux 4^o et 8^o de l'article L. 8271-1-2, peuvent procéder sous pseudonyme aux actes suivants sans être pénalement responsables :

« 1^o Participer à des échanges électroniques, y compris avec les personnes susceptibles d'être les auteurs de ces infractions ;

« 2^o Extraire ou conserver par ce moyen les données sur les personnes susceptibles d'être les auteurs de ces infractions et tout élément de preuve.

« A peine de nullité, ces actes ne peuvent constituer une incitation à commettre une infraction. »

III. – Au II de l'article 13-2 de l'ordonnance n^o 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, les mots : « Les articles L. 114-9 à L. 114-22 » sont remplacés par les mots : « Les dispositions des sections 2 et 3 du chapitre 4 *ter* du titre I du livre I^{er} ».

IV. – Au II de l'article 23-2 de l'ordonnance n^o 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, les mots : « et L. 114-17-1 » sont remplacés par les mots : « à L. 114-17-2 » et les mots : « du même article » sont remplacés par les mots : « de l'article ».

Exposé des motifs

La fraude aux prestations sociales et la fraude aux cotisations (travail illégal, qui consiste à éluder des cotisations qui sont dues) fragilisent les fondements de notre économie et de notre modèle social. La mise en œuvre d'actions de contrôle et de lutte contre la fraude par les organismes de recouvrement constitue un vecteur essentiel de garantie des droits des salariés et d'équité du prélèvement social, et par voie de conséquence de son acceptabilité par les citoyens et les entreprises.

Plusieurs rapports parlementaires et de la Cour des Comptes mettent l'accent sur la nécessité de lutter contre les fraudes à enjeux, c'est à dire les fraudes avec préjudice financier important, les fraudes complexes, les fraudes touchant plusieurs régions ou plusieurs organismes, les fraudes avec une dimension internationale.

La lutte contre les fraudes à enjeux est donc une des priorités du plan ministériel d'action de lutte contre la fraude sociale 2021-2023, d'autant que l'essor de la dématérialisation des échanges avec les services publics a favorisé le développement de fraudes massives et sophistiquées. Le Conseil d'Etat préconise d'ailleurs l'adaptation des pouvoirs d'enquête des corps de contrôle à l'environnement numérique.

Que la fraude soit le fait d'assurés, d'entreprises ou de professionnels de santé, voire de réseaux organisés, améliorer l'efficacité des processus de contrôle et de sanction en matière de fraude sociale nécessite de doter les organismes sociaux et leurs agents d'outils adaptés. Le présent article vient ainsi compléter plusieurs outils juridiques dont disposent les caisses de sécurité sociale pour détecter et sanctionner les fraudes.

En premier lieu, il autorise les greffiers des tribunaux de commerce à transmettre aux agents des organismes de protection sociale et de l'Etat des renseignements et documents recueillis dans l'exercice de leurs missions et faisant présumer des fraudes en matière de cotisations ou prestations sociales. Cette mesure permettra de repérer plus rapidement certaines fraudes commises via des « sociétés éphémères » (sociétés fictives créées pour servir de support à différents types de fraudes aux finances publiques), et donc d'être collectivement plus réactif dans le traitement de ces fraudes.

En deuxième lieu, il simplifie la procédure de sanction administrative qui peut être prononcée par un directeur de caisse (branches famille et vieillesse) en cas de fraude. La nouvelle procédure, qui préserve les garanties des assurés et le droit au recours, sera alignée sur celle qui est utilisée par les caisses d'assurance maladie pour appliquer des sanctions similaires.

En troisième lieu, il rehausse les plafonds de pénalités financières applicables en cas de fraudes à l'assurance maladie. Actuellement, les directeurs de caisses primaires peuvent sanctionner les assurés sociaux, employeurs et les professionnels déviants en prononçant des pénalités financières, qui viennent en plus du remboursement des sommes versées induisent. Le rehaussement des plafonds de pénalités applicables en cas de fraude permettra à ces directeurs de disposer de suffisamment de marge de manœuvre pour pouvoir adapter la sanction prononcée à la gravité des faits et à la situation financière de son auteur et de rendre ainsi la réponse plus dissuasive.

En quatrième lieu, il ouvre le droit de communication de renseignements détenus par des tiers aux agents chargés au sein des organismes sociaux du recouvrement des créances nées après le constat d'une infraction de travail dissimulé. Ces agents pourront recueillir des

informations sur les soldes des comptes bancaires détenus par les débiteurs. La mesure permet un alignement des règles applicables sur celles qui prévalent en matière de recouvrement des indus de prestations sociales, et en matière fiscale concernant le recouvrement de l'impôt. Elle contribuera à renforcer l'efficacité financière des contrôles.

En cinquième lieu, il autorise le réseau des caisses de MSA à procéder à l'interconnexion des données obtenues par le droit de communication non nominatif avec les données de son système d'information. Les caisses de MSA bénéficieront des mêmes capacités de détection de la fraude et de ciblage des contrôles de travail dissimulé que le régime général, en particulier dans le secteur de l'économie numérique.

En sixième lieu, il dote certains agents de contrôle des organismes de la protection sociale et de l'inspection du travail de moyens d'investigation plus adaptés à l'environnement numérique, et en particulier de pouvoirs d'enquête sous pseudonyme sur internet afin de pouvoir établir plus efficacement l'existence de fraudes toujours plus sophistiquées.

L'attribution de ces nouvelles compétences judiciaires associées à un droit de communication élargi et d'audition libre facilitera la synergie des agents de contrôle des organismes de la protection sociale avec les services spécialisés de police et de gendarmerie dans le traitement judiciaire des fraudes à forts enjeux. La mesure renforce le caractère dissuasif de l'action de lutte contre la fraude sociale et le travail illégal.

Article 42

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 162-16-1-3, il est inséré un article L. 162-16-1-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-1-4.* – Les dispositions des deux premiers alinéas de l'article L. 162-15-1 s'appliquent, dans les conditions qu'ils prévoient, aux pharmaciens titulaires d'officine en cas de violation des engagements déterminés par la convention mentionnée à l'article L. 162-16-1. » ;

2° L'article L. 165-6 est complété par les dispositions suivantes :

« III. – Les dispositions des deux premiers alinéas de l'article L. 162-15-1 s'appliquent, dans les conditions qu'ils prévoient, aux distributeurs mentionnés à l'article L. 165-1 en cas de violation des engagements déterminés par les accords mentionnés au présent article. » ;

3° La section 2 du chapitre 2 du titre II du livre III est complété par un article L. 322-5-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 322-5-5.* – Les dispositions des deux premiers alinéas de l'article L. 162-15-1 s'appliquent, dans les conditions qu'ils prévoient, aux entreprises de transports sanitaires et aux entreprises de taxi en cas de violation des engagements déterminés par les conventions mentionnées aux articles L. 322-5 et L. 322-5-2. »

Exposé des motifs

La lutte contre la fraude sociale sous toutes ses formes est une priorité des pouvoirs publics, que cette fraude soit le fait des assurés, des entreprises, ou des établissements et professions financées par l'assurance maladie.

Le déconventionnement est une sanction qui peut être prononcée par l'assurance maladie en cas de manquement grave aux obligations du professionnel ou de l'entreprise concernés (facturations abusives répétées, escroquerie, etc.), ce qui est heureusement rare. Aujourd'hui, la loi ne prévoit ce type de mesure, y compris en urgence (lorsqu'il s'agit de faire cesser rapidement des agissements graves et de limiter le préjudice financier subi par la collectivité) pour une partie des professionnels.

La mesure vise à étendre les possibilités de déconventionner en urgence ou d'office les professionnels de santé, autres que libéraux, en cas de manquement grave à leurs engagements conventionnels et/ou ayant engendré un préjudice financier majeur pour l'assurance maladie, suivant la recommandation formulée par la Cour des comptes pour la commission des affaires sociales du Sénat dans son rapport sur la fraude aux prestations sociales de septembre 2020. Elle concerne des catégories de dépenses significatives dans le total des dépenses d'assurance maladie (les pharmaciens d'officine, les prestataires de services et distributeurs de matériel, les transporteurs sanitaires et les taxis conventionnés).

L'objectif est de donner aux directeurs de caisse primaire la faculté de pouvoir agir de manière accélérée en amont ou en aval d'une décision de justice, via des procédures simplifiées (sans passage devant une commission paritaire locale), aux fins de faire cesser dans l'immédiat les agissements d'un professionnel de santé – toutes catégories confondues – dont les pratiques ont été identifiées ou jugées comme frauduleuses avec un risque d'accroissement ou de répétition d'un préjudice financier au détriment de l'assurance maladie.

Article 43

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A l'article L. 321-1, le mot : « traitant » est supprimé ;

2° Après l'article L. 321-1, il est inséré un article L. 321-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 321-1-1.* – Les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une téléconsultation ne donnent lieu à indemnité journalière que si l'incapacité physique a été constatée, dans les conditions prévues à l'article L. 321-1, par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 ou par un médecin ayant déjà reçu l'intéressé en consultation depuis moins d'un an.

3° L'article L. 433-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une téléconsultation ne donnent lieu à indemnité journalière que dans les conditions mentionnées à l'article L. 321-1-1 ».

II. – Les dispositions du présent article sont applicables aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juin 2023.

Exposé des motifs

La téléconsultation est une consultation à distance réalisée entre un médecin « téléconsultant » et un patient, ce dernier pouvant, le cas échéant, être assisté par un autre professionnel de santé.

Si cette pratique existe depuis longtemps, sa prise en charge par l'assurance maladie ne date que de 2018. Ses conditions de prise en charge se sont élargies encore plus récemment afin de tirer les enseignements de l'essor soudain de la télémédecine dans le contexte de la crise sanitaire, et notamment des confinements successifs.

Le développement de cette activité qui contribue à répondre aux enjeux d'accès aux soins et l'élargissement du cadre de sa prise en charge doivent s'accompagner d'une grande vigilance sur la qualité des pratiques et sur les dérives qui peuvent en découler, notamment en matière d'arrêts de travail non justifiés.

Il convient donc de se doter, au-delà des règles déontologiques et des mesures prévues par la convention médicale sur le cadre de prise en charge des téléconsultations, de garde-fous de nature à éviter les dérives parfois facilitées par le nomadisme auxquels certains patients peuvent se livrer en utilisant les plateformes offrant ce type de prestations. En effet, la plupart des arrêts de travail prescrits en téléconsultation concerne des patients qui ont par ailleurs un médecin traitant.

Il est ainsi proposé de ne permettre l'indemnisation des arrêts de travail prescrits dans le cadre d'une téléconsultation que s'ils ont été délivrés par le médecin traitant ou par un médecin que le patient a déjà consulté lors de l'année précédente.

Cette mesure sera accompagnée par une campagne nationale d'information auprès des patients et des médecins, lesquels pourront être contrôlés par l'assurance maladie. Les plateformes de téléconsultation devront informer les patients et les médecins « téléconsultants » .

Article 44

I. – L'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est précédé de la numérotation : « I. – A. – » ;

2° Le cinquième alinéa est précédé d'un : « B. – » ;

3° Après le cinquième alinéa, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :

« II. – L'indu mentionné au A du I peut, lorsque l'inobservation des règles de tarification est révélée par l'analyse d'une partie de l'activité du professionnel, du distributeur ou de l'établissement, être fixé forfaitairement, par extrapolation à tout ou partie de l'activité donnant lieu à prise en charge de l'assurance maladie, à l'issue d'une procédure contradictoire entre l'organisme d'assurance maladie en charge du recouvrement de l'indu et ce professionnel, ce distributeur ou cet établissement.

« Lorsque la somme fixée en application de l'alinéa précédent recueille l'accord écrit du professionnel, distributeur ou établissement, son montant est opposable aux deux parties. » ;

4° Le sixième alinéa est précédé d'un : « III. – » ;

5° Le dernier alinéa est précédé d'un : « IV. – ».

II. – Au premier alinéa de l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « aux sixième à dixième alinéas de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale ainsi qu'aux deux dernières phrases de l'avant-dernier alinéa de ce même article » sont remplacés par les mots : « au III de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale ».

Exposé des motifs

La prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie passe par la facturation, par les professionnels et les établissements de santé d'une multitude d'actes, de prestations et de biens. L'assurance maladie, lorsqu'elle procède à des contrôles, ne peut donc pas matériellement vérifier toutes les factures, surtout en présence de forts volumes d'activité. Les caisses procèdent donc souvent à des contrôles portant sur des échantillons de factures, et extrapolent ensuite le résultat de ces contrôles à l'ensemble de l'activité.

Pour autant, l'assurance maladie ne peut aujourd'hui réclamer que la part du préjudice subi en cas d'erreur de facturation ou de fraude qui correspond exactement aux factures contrôlées, même lorsque le préjudice effectivement subi est bien plus élevé (lorsqu'il résulte d'un comportement de facturation régulier, comme la surcotation systématique d'un acte par exemple).

La présente mesure remédie à cet état de fait, en prévoyant que les caisses peuvent calculer les indus qu'elles réclament en extrapolant les résultats de contrôles par échantillon. Elle permettra à l'assurance maladie de calculer de manière plus exacte les préjudices subis du fait de la fraude de certains acteurs de la santé, et de demander à ceux-ci le remboursement des sommes induement perçues. Elle prévoit une procédure contradictoire qui garantit les droits des personnes ou établissements contrôlés.

TITRE II
DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES
ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES
OBLIGATOIRES

Article 45

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 1 163 millions d'euros pour l'année 2023.

II. – Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L.200-2 du code de la sécurité sociale au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 88 millions d'euros pour l'année 2023.

III. – Le montant de la contribution, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, attribuée par la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale aux agences régionales de santé au titre de leurs actions en matière de prises en charge et d'accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées est fixé à 178,4 millions d'euros pour l'année 2023.

IV. – Le montant de la dotation, mentionnée au treizième alinéa de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, attribuée par les régimes obligatoires d'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales est fixé à 135 millions d'euros pour l'année 2023.

Exposé des motifs

Le Président de la République a pris l'engagement d'un plan massif d'investissement en faveur des hôpitaux. Cet engagement a été confirmé dans les conclusions du Ségur de la Santé et élargi aux établissements médico-sociaux et au volet numérique en santé par l'intermédiaire d'un plan de 6 milliards d'euros étalé sur plusieurs années.

Afin de servir de support à l'allocation des aides de ce plan, le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) a été créé. Il reprend et élargit les missions du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Ce fonds est chargé de conduire et d'accompagner certaines opérations d'ampleur, autour de deux grandes priorités :

- les projets hospitaliers prioritaires et les investissements ville – hôpital ;
- le rattrapage du retard sur le numérique en santé.

Afin de poursuivre ces objectifs, la présente mesure fixe le montant de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation de l'investissement en santé (FMIS) pour l'année 2023 à hauteur de 1 163 millions d'euros. Cette dotation permet notamment de poursuivre l'accompagnement des opérations d'investissement et de modernisation des établissements de santé conformément aux engagements pris dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » ainsi que l'accompagnement de nouveaux projets prioritaires d'investissement pour un montant de 500 millions d'euros et celui du rattrapage au titre du numérique en santé pour 100 millions d'euros. La mesure fixe également à 88 millions d'euros le montant de la contribution de la branche autonomie au FMIS afin de financer le volet établissements médico-sociaux du Ségur numérique. Il s'agit d'investir dans le numérique de ce secteur, dont le besoin, qui s'élève à 600 M€, sera couvert sur cinq ans.

La présente mesure fixe par ailleurs à 178,4 millions d'euros le montant de la contribution de la CNSA aux ARS au titre de l'exercice 2023 pour financer un certain nombre de dispositifs d'appui aux politiques de soutien à la perte d'autonomie : groupements d'entraide mutuelle (GEM), maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA) ou encore l'habitat inclusif.

Enfin, en application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV). Le montant de cette dotation, fixé à 135 millions d'euros, a été calculé pour l'année 2023 en fonction de la prévision de dépenses pour 2022, notamment au regard d'une stabilisation du nombre de demandes et d'une augmentation des dépenses d'indemnisation (notamment du fait de l'augmentation du montant moyen d'une offre d'indemnisation).

Article 46

Pour l'année 2023, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés à 238,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Exposé des motifs

La progression des dépenses d'assurance-maladie est maîtrisée, comme en témoigne la fixation d'un ONDAM à 3,7 %, hors dépenses de crise liées à la covid-19, et de -0,8% y compris. La progression spontanée des dépenses demeure en effet soutenue.

Article 47

Pour l'année 2023, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(en milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	103,9
Dépenses relatives aux établissements de santé	100,7
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	15,3
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	14,6
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement	6,1
Autres prises en charge	3,4
Total	244,1

Exposé des motifs

L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie est fixé à -0,8 % en 2023 par rapport au niveau 2022, soit un niveau de 244,1 milliards d'euros. Cette légère diminution sera permise par une incidence des mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire de la covid-19 en nette diminution par rapport à 2022 (1 milliard d'euros après 11,5 milliards d'euros en 2022). Hors dépenses de crise, la croissance tendancielle des dépenses de santé serait soutenue par la poursuite du contexte inflationniste avec l'effet en année pleine de la compensation de la revalorisation du point d'indice intervenue en juillet 2022 et les effets de l'inflation sur les charges des établissements, ainsi que par les mesures de revalorisation et d'investissement décidées lors du Ségur de la Santé. Cette progression tendancielle serait limitée par la poursuite des actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude. La progression des dépenses sous Ondam s'élèvera au total à +3,7 %, modérée par les mesures nouvelles d'économies. Ces mesures d'économies regroupent des actions tarifaires sur les produits de santé ainsi que sur certains actes en ville.

Article 48

I. – Le montant de la contribution de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 220 millions d'euros au titre de l'année 2023.

II. – Le montant de la contribution de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 337 millions d'euros au titre de l'année 2023.

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1,2 milliard d'euros au titre de l'année 2023.

IV. – Les montants mentionnés au septième alinéa de l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail sont respectivement fixés à 128,4 millions d'euros et 9 millions d'euros pour l'année 2023.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de fixer les montants des dotations versées par la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) du régime général au Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT/MP, ainsi que le montant correspondant aux dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et par le compte professionnel de prévention.

Concernant en premier lieu le FIVA, 2022, encore marquée par les effets de la crise sanitaire, et malgré un rebond du nombre de demandes, aboutit à une prévision d'exécution moindre qu'escompté des dépenses d'indemnisations et à un fond de roulement à un niveau encore élevé en fin d'année (96,37 millions d'euros). Pour 2023, le nombre de demandes d'indemnisation est estimé à 19 400 unités, soit un niveau supérieur aux deux dernières années, et proche du niveau de 2019. Le montant total des dépenses est ainsi estimé à 346,9 millions d'euros, dont 286 millions d'euros au titre des seules dépenses d'indemnisation. Compte tenu d'une dotation de l'Etat maintenue à hauteur de 8 millions d'euros (avant mise en réserve de crédits) et des autres produits du fonds (prévus à hauteur de 80,2 millions d'euros dont 45,4 millions d'euros de reprises sur provisions), la dotation de la branche AT/MP est fixée à 220 millions d'euros comme en 2022, afin d'ajuster le niveau de fonds de roulement à 62,46 millions d'euros, niveau prudentiel correspondant à un plus de deux mois de dépenses d'indemnisation.

En deuxième lieu, la baisse tendancielle des dépenses du FCAATA devrait se poursuivre en 2023 : le total des charges est ainsi évalué à 348 millions d'euros, en diminution de 6,4% par rapport à la prévision d'exécution de 2022 (372 millions d'euros). Dans ce contexte, marqué par un résultat net déficitaire en 2022 (à hauteur de 45 millions d'euros) et un résultat cumulé excédentaire (à hauteur de 12 millions d'euros), il est proposé de calibrer la dotation 2023 de la branche AT/MP de manière à dégager un déficit en 2023 de 11 millions d'euros et, de ce fait, d'assurer l'équilibre du résultat cumulé ; la dotation serait ainsi fixée à hauteur de 337 millions d'euros.

En troisième lieu, le transfert de la branche AT-MP vers la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles est porté à 1,2 milliard d'euros, en hausse de 100 millions d'euros, après que ce montant a été relevé de 100 M€ à l'occasion de la LFSS 2022. En effet, la dernière commission chargée d'évaluer le montant de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles s'était réunie en 2021 et avait réévalué le montant de la sous-déclaration à la hausse, dans une fourchette comprise entre 1 230 M€ et 2 112 M€. Cette hausse permettra ainsi au transfert d'atteindre la fourchette basse définie par la commission.

En quatrième lieu, en application de l'ordonnance du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention, la loi de financement de la sécurité sociale détermine le montant couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et les dépenses supplémentaires engendrées par le compte professionnel de prévention.

Le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT/MP du régime général à 128.4 millions d'euros en 2023 :

- 68 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente,
- 60,3 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT/MP du régime des salariés agricoles à 9 millions d'euros en 2023, soit 8,5 millions d'euros au titre de la retraite anticipée pour incapacité permanente et 0,5 million d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Article 49

Pour l'année 2023, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés à 14,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles des régimes obligatoires de base sont fixées à 14,8 milliards d'euros, en augmentation de 0,6 milliards d'euros par rapport à 2022.

Article 50

Pour l'année 2023, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés à 273,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Exposé des motifs

Les dépenses d'assurance-vieillesse des régimes obligatoires de base de sécurité sociale progressent à hauteur de 4 % entre 2022 et 2023.

Article 51

Pour l'année 2023, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 55,3 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses de la branche famille augmentent de 4,4 milliards d'euros entre 2022 et 2023.

Article 52

Pour l'année 2023, les objectifs de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale sont fixés à 37,3 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'article 5 de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a créé une cinquième branche de la sécurité sociale dédiée à l'autonomie. Les objectifs de dépenses pour 2023 de cette branche sont fixés à 37,3 milliards d'euros, en augmentation de 5,3 % par rapport à 2022.

Article 53

Pour l'année 2023, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	19,3

Exposé des motifs

Les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse devraient augmenter de 1,3 milliards d'euros par rapport à 2022. Cette augmentation s'explique principalement par l'incidence des revalorisations du SMIC sur le coût des prises en charges des cotisations chômage.

ANNEXES

ANNEXE A

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2021, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2021

I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2021 :

(en milliards d'euros)

ACTIF	2021 (net)	2020 (net)	PASSIF	2021	2020
Immobilisations	7,3	7,3	Fonds propres	-93,5	-86,7
Immobilisations non financières	5,2	5,2	Dotations	21,5	19,0
			<i>Régime général</i>	3,8	0,2
Prêts, dépôts de garantie	1,3	1,3	<i>Autres régimes</i>	8,4	7,3
			<i>Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)</i>	0,2	0,2
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,8	0,9	<i>Fonds de réserve pour les retraites (FRR)</i>	9,2	11,3
			Réserves	23,5	22,9
			<i>Régime général</i>	3,8	3,8
			<i>Autres régimes</i>	7,1	7,2
			<i>FRR</i>	12,6	11,9
			Report à nouveau	-136,3	-108,1
			<i>Régime général</i>	-4,1	5,1
			<i>Autres régimes</i>	-0,0	-0,2
			<i>FSV</i>	1,0	-3,7
			<i>CADES</i>	-133,2	-109,3
			Résultat de l'exercice	-4,9	- 22,9
			<i>Régime général</i>	-22,8	-36,2
			<i>Autres régimes</i>	0,1	-1,0
			<i>Fonds de solidarité vieillesse (FSV)</i>	-1,5	-2,5
			<i>CADES</i>	17,8	16,1
			<i>FRR</i>	1,6	0,7
			Ecart d'estimation (réévaluation des actifs du	2,7	2,4

			FRR en valeur de marché)		
			Provisions pour risques et charges	21,4	20,9
Actif financier	63,9	68,1	Passif financier	179,2	178,8
Valeurs mobilières et titres de placement	39,1	39,2	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, europapiers commerciaux)	167,4	165,5
Régime général	0,0	0,0	Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	44,1	62,5
Autres régimes	13,7	13,8	CADES	123,4	103,0
CADES	0,0	0,0	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	6,1	7,3
FRR	25,4	25,3	Régime général (ordres de paiement en attente)	5,0	6,0
Encours bancaire	24,3	26,9	Autres régimes	0,0	0,4
Régime général	10,9	10,6	CADES	1,0	1,0
Autres régimes	5,9	5,6			
FSV	0,0	0,0	Dépôts reçus	0,2	0,4
CADES	7,0	9,9	ACOSS	0,2	0,4
FRR	0,6	0,7			
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,5	2,0	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,0
CADES	0,3	1,7	ACOSS	0	0
FRR	0,2	0,3	Autres	5,5	5,4
			Autres régimes	4,1	5,3
			CADES	1,3	0,1
Actif circulant	108,0	101,6	Passif circulant	72,0	64,1
Créances de prestations	8,6	12,1	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires de prestations	34,4	29,0
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	20,5	16,9	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	4,5	4,4
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	57,1	52,1			

Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	13,4	13,1	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques et organismes de sécurité sociale	21,9	16,4
Produits à recevoir de l'Etat	1,5	1,9			
Autres actifs	6,9	5,5	Autres passifs	11,2	14,2
Total de l'actif	179,2	177,0	Total du passif	179,2	177,0

Sur le champ des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette publique (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses fonds propres négatifs, et qui recouvre pour l'essentiel le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 93,5 milliards d'euros au 31 décembre 2021. L'encours de dette sur les produits techniques à fin 2021 était de l'ordre de 17%, soit environ 2 mois de recettes.

Alors qu'il atteignait un niveau très élevé à la fin de la précédente décennie, en partie imputable à la crise économique, le passif net a été un recul constant entre 2014 et 2019. Tout au long de cette période, la réduction des déficits des régimes de base et du FSV et les bons résultats de la CADES et du FRR ont conduit à dégager un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale.

Cependant, dans le contexte de crise sanitaire et économique, le passif net connaît une inversion de tendance marquée depuis 2020, il s'est accru de 25,3 milliards d'euros entre 2019 et 2020 puis de 6,8 milliards d'euros entre 2020 et 2021. Cette évolution reflète le niveau exceptionnellement élevé, bien que moins dégradé qu'attendu pour 2021, des déficits des régimes de base et du FSV sur les deux derniers exercices (déficit de 39,7 milliards d'euros sur ce champ en 2020 puis de 24,3 milliards d'euros en 2021). De fait, le résultat consolidé sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale, retracé dans le tableau ci-dessous, ressort à nouveau déficitaire (- 4,9 milliards d'euros, après - 22,9 milliards d'euros en 2020), malgré le résultat annuel positif de la CADES (+ 17,8 milliards d'euros en 2021, résultat qui traduit sa capacité annuelle d'amortissement des déficits passés) et celui du portefeuille du FRR en nette progression (résultat de + 1,6 milliards d'euros).

Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, suit donc en premier lieu les mêmes tendances que le passif net auquel il est fait référence ci-dessus, en subissant secondairement les effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui ont également un impact sur la trésorerie. Après s'être accru de 36,0 milliards d'euros fin 2020, atteignant alors 110,6 milliards d'euros, l'endettement financier a continué d'augmenter en 2021 (115,3 milliards d'euros en fin d'exercice, soit + 4,7 milliards d'euros), en cohérence avec l'évolution du passif net qui n'est que partiellement atténuée par le moindre besoin en fonds de roulement.

Evolution du passif net, de l'endettement financier net et des résultats comptables consolidés de la sécurité sociale depuis 2009

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Passif net au 31/12 (fonds propres négatifs)	- 66,3	- 87,1	- 100,6	- 107,2	- 110,9	-110,7	-109,5	-101,4	-88,5	-77,0	-61,4	-86,7	-93,5
Endettement financier net au 31/12	- 76,3	- 96,0	- 111,2	- 116,2	- 118,0	-121,3	-120,8	-118,0	-102,9	-86,8	-74,6	-110,6	-115,3
Résultat comptable consolidé de l'exercice (régimes de base, FSV, CADES et FRR)	-19,6	-23,9	-10,7	-5,9	-1,6	+1,4	+4,7	+8,1	+12,6	+14,9	+15,4	-22,9	-4,9

II. – Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2021

Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits de l'année 2011 des branches Maladie et Famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive, à compter de 2012, des déficits des années 2011 à 2018 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a étendu cette reprise progressive aux déficits des années 2012 à 2017 des branches Maladie et Famille.

L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a modifié ce schéma et supprimé le plafond annuel de 10 milliards d'euros afin de tenir compte de conditions de financement à moyen et long termes particulièrement favorables. Il a ainsi ouvert la possibilité d'une saturation du plafond de 62 milliards d'euros dès 2016 et a conduit à reprendre un montant total de 23,6 milliards d'euros en 2016, correspondant au transfert de la totalité des déficits de la branche Famille et de la branche Maladie au titre de 2013 et 2014 et de ceux de la branche Vieillesse et du FSV au titre de 2015, ainsi que d'une partie du déficit de la branche Maladie au titre de 2015.

Le plafond de reprise ayant été saturé après les transferts intervenus en 2016, fin 2019, l'ACOSS portait en dette à court terme les déficits des derniers exercices. Son endettement financier brut atteignait 26,9 milliards d'euros au 31 décembre 2019.

Dans le contexte d'accroissement de la dette des régimes de base de sécurité sociale et du besoin de financement de l'ACOSS, l'article 1^{er} de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a prévu un transfert à la CADES d'un montant global de 136 milliards d'euros, organisé en plusieurs étapes.

Dans un premier temps, des versements effectués avant le 30 juin 2021 ont financé, dans la limite de 31 milliards d'euros, les déficits cumulés non repris constatés au

31 décembre 2019 de la branche Maladie du régime général, du FSV, de la branche Vieillesse du régime des non-salariés agricoles et de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL). Le décret n° 2020-1074 du 19 août 2020 et le décret n° 2021-40 du 19 janvier 2021 ont ainsi organisé des transferts de la CADES à hauteur de 20 milliards d'euros en 2020 et de 11 milliards d'euros en 2021.

Dans un second temps, des versements à partir de 2021 ont vocation à financer, dans la limite de 92 milliards d'euros, les déficits cumulés des exercices 2020 à 2023 des branches Maladie, Vieillesse et Famille du régime général, du FSV et de la branche Vieillesse du régime des non-salariés agricoles. Conformément au décret du 19 janvier 2021 précité et au décret n° 2022-23 du 11 janvier 2022, un montant total de 23,8 milliards d'euros a d'ores et déjà été transféré au bénéfice de la branche Maladie et du FSV qui présentaient une situation nette négative fin 2020.

Concernant la situation des branches et régimes en 2021, dans le contexte de pandémie sanitaire, le déficit du régime général atteint 22,8 milliards d'euros et celui du FSV, 1,5 milliard d'euros. Les déficits des branches Maladie et Vieillesse du régime général se sont élevés respectivement à 26,1 et 1,1 milliards d'euros. Par contre, déficitaires en 2020, les branches Famille et Accidents du travail et maladies professionnelles sont redevenues bénéficiaires en 2021, avec des excédents respectivement de 2,9 et 1,2 milliards d'euros. Par ailleurs, le périmètre du régime général s'est élargi en 2021 à la nouvelle branche autonomie dont l'exercice s'est soldé par un excédent de 0,3 milliard d'euros.

Concernant les régimes de base autres que le régime général, seule la CNRACL affiche un déficit en 2021, son résultat ressortant à -1,2 milliard d'euros. La CADES a repris les déficits des exercices 2018 et 2019 de la caisse lors du transfert organisé en janvier 2021.

La branche Vieillesse du régime des exploitants agricoles a de nouveau présenté un bénéfice en 2021, à hauteur de 0,5 milliard d'euros. Le transfert de la CADES en 2020 d'un montant de 3,6 milliards d'euros avait permis de couvrir l'ensemble de ses déficits cumulés depuis 2011 (les déficits des années 2009 et 2010 avaient été repris par la CADES en 2011).

L'excédent de la branche Vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (0,3 milliard d'euros en 2021) progresse de 0,2 milliard d'euros par rapport à 2020, tandis que celui du régime de retraite des professions libérales reste stable (0,1 milliard d'euros en 2021). Légèrement déficitaire en 2020, le régime de base de la caisse nationale des barreaux français dégage un excédent de 0,1 milliard d'euro en 2021. Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.

Les autres régimes présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des branches et régimes intégrés financièrement au régime général (ensemble des branches Maladie des différents régimes de base depuis la mise en œuvre, en 2016, de la protection universelle maladie, branches Vieillesse de base du régime des salariés agricoles depuis 1963 et du régime social des indépendants jusqu'en 2017). Il en est de même des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'Etat (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins) et des régimes d'employeurs équilibrés par ces derniers (fonction publique de l'Etat, industries électriques et gazières). Concernant le régime des mines, les déficits passés cumulés de la branche Maladie avaient été transférés à la CNAM à hauteur de 0,7 milliard d'euros dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

ANNEXE B

RAPPORT DECRIVANT LES PREVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DEPENSES PAR BRANCHE DES REGIMES OBLIGATOIRES DE BASE, LES PREVISIONS DE RECETTES ET DE DEPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES REGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DES DEPENSES D'ASSURANCE-MALADIE POUR LES QUATRE ANNEES A VENIR

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2023-2026.

Le solde des régimes obligatoires de base a connu une dégradation sans précédent en 2020 sous l'effet des dépenses de crise sanitaire et de la récession qui a suivi, atteignant le niveau de -39,7 Md€. Il s'est redressé en 2021 à -24,3 Md€, sous l'effet de la reprise progressive de l'activité et de l'atténuation graduelle des contraintes sanitaires.

La reprise de l'activité économique se poursuit en 2022, emportant une progression marquée des recettes de la sécurité sociale. Les dépenses liées à la crise sanitaire diminueraient sensiblement tandis que le contexte de forte inflation conduirait à une hausse des prestations, notamment à la faveur de la revalorisation anticipée mise en œuvre au 1^{er} juillet 2022 (I). Les comptes de la sécurité sociale demeureraient toutefois fortement dégradés à moyen terme, sous l'effet de recettes durablement affectées par la crise, d'une hausse des dépenses de la branche d'assurance maladie, et de la dégradation des comptes de la branche vieillesse. La trajectoire présentée traduirait également la mise en œuvre des mesures envisagées par le Gouvernement pour le quinquennat (II). La branche vieillesse serait dans une situation de déficits élevés durant les années à venir. La branche maladie présenterait également des déficits élevés, bien que plus réduits, notamment du fait d'un transfert entre la branche famille et la branche maladie dès 2023. La branche famille et la branche AT-MP dégageraient des excédents. Enfin, la nouvelle branche autonomie présenterait une trajectoire excédentaire à moyen terme, reflétant le surcroît de recettes de CSG apporté en 2024, lui permettant de financer dans la durée les dépenses prévues dans le PLFSS (III).

I. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 intervient dans un contexte de poursuite du rebond de l'activité, mais également de forte poussée de l'inflation en lien avec la situation géopolitique et sur les marchés de l'énergie

Après un rebond de l'économie particulièrement marqué en 2021, permettant de rattraper le niveau d'activité d'avant la crise sanitaire, l'invasion russe en Ukraine et ses conséquences ont assombri les perspectives économiques à partir de fin février 2022, en entraînant une forte hausse des prix des matières premières, un rebond des tensions d'approvisionnement et une augmentation de l'incertitude. Le Gouvernement retient une hypothèse de croissance du produit intérieur brut (PIB) de 2,7 % en 2022 et de 1,0 % en 2023, et une forte remontée de l'inflation qui atteindrait 5,4 % au sens de l'indice des prix à la consommation hors tabac (IPCHT) en 2022 et 4,3 % en 2023. A moyen terme, la croissance effective serait supérieure à son rythme potentiel de 1,35 % par an, et atteindrait 1,6 % en 2024, puis 1,7 % en 2025 et 2026, tandis que l'inflation refluerait pour s'établir à 1,75 % par an à cet horizon. La masse salariale du secteur privé, principal déterminant de la progression des recettes, progresserait de 8,6 % en 2022, puis à nouveau de 5,0 % en 2023, avant de revenir progressivement à son rythme tendanciel.

Le tableau ci-dessous détaille les principaux éléments retenus pour l'élaboration des prévisions de recettes et objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe :

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
PIB en volume	1,8 %	-7,8 %	6,8 %	2,7 %	1,0 %	1,6 %	1,7 %	1,7 %
Masse salariale secteur privé*	3,1 %	-5,7 %	8,9 %	8,6 %	5,0 %	3,9 %	3,6 %	3,4 %
Inflation hors tabac	0,9 %	0,2 %	1,6 %	5,4 %	4,3 %	3,0 %	2,1 %	1,75 %
Revalorisations au 1 ^{er} janvier**	0,3 %	1,0 %	0,4 %	3,1 %	2,8 %	4,9 %	3,2 %	2,2 %
Revalorisations au 1 ^{er} avril**	0,5 %	0,3 %	0,2 %	3,4 %	3,7 %	3,6 %	3,2 %	2,2 %
ONDAM	2,7 %	9,4 %	8,7 %	2,2 %	-0,8 %	2,3 %	2,7 %	2,6 %
ONDAM hors Covid	2,7 %	3,3 %	6,3%	5,4 %	3,7 %	2,7 %	2,7 %	2,6 %

* Masse salariale du secteur privé. Hors prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et prime de partage de la valeur ajoutée, la progression serait de 8,4 % en 2022.

** En moyenne annuelle, dont les effets en moyenne annuelle de la revalorisation anticipée au 1^{er} juillet 2022 de 4,0 %.

La trajectoire présentée dans cette annexe repose sur les mesures présentées dans le présent PLFSS ainsi que les mesures envisagées par le Gouvernement pour le quinquennat.

La trajectoire d'Ondam en 2022 intègre 11,5 Md€ de dépenses liées à la crise sanitaire, en net repli par rapport aux 18,3 Md€ enregistrés en 2021. En 2023, une provision de 1 Md€ est prévue à ce titre. La progression de l'Ondam hors crise a par ailleurs été marquée par le Ségur de la santé à partir de 2020. La progression hors dépenses de crise serait ainsi toutefois soutenue, à +5,4 % en 2022 et +3,7 % en 2023, en lien notamment avec la poursuite de la montée en charge du Ségur mais également avec la revalorisation de 3,5 % du point d'indice de la fonction publique intervenue en juillet 2022 et la compensation des effets de l'inflation sur les charges des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux. Ainsi, la construction de l'Ondam pour 2023 intègre 2,2 Md€ d'effets du point d'indice et de l'inflation. La progression tendancielle de l'Ondam, soit avant mesures d'économies, atteindrait 4,4 % l'an prochain, tenant compte, au-delà des effets liés au contexte d'inflation, de la montée en charge des mesures nouvelles dans ce champ, en ville, à l'hôpital comme dans le secteur médico-social, et des économies permises par la maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude. L'atteinte du taux de progression de 3,7 % hors crise sera permise par les mesures de régulation et les économies, s'élevant à un total de 1,7 Md€. Dans une perspective pluriannuelle, le taux de progression de l'Ondam serait ramené à 2,7 % à partir de 2024 et 2,6 % en 2026.

Dans le champ de la famille, la trajectoire intègre sur un horizon pluriannuel la réforme du service public de la petite enfance ainsi que celle du complément de mode de garde et, dès 2022, l'augmentation de l'allocation de soutien familial. Dans le champ de l'autonomie, elle intègre un plan de recrutements d'aides-soignants et d'infirmiers en EHPAD, l'accroissement des moyens consacrés au maintien à domicile avec le développement des SSIAD et la mise en place de temps dédiés au lien social auprès de nos aînés qui bénéficient d'un plan d'aide à domicile, et, dans le champ des retraites, l'objectif d'une élévation progressive de l'âge effectif de départ en retraite.

Le Haut Conseil des finances publiques (HCFP), dans son avis n°2022-4 en date du 21 septembre, relatif aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale, « juge que les prévisions du Gouvernement de croissance (+2,7 %), d'inflation (+5,3 %) et de croissance de la masse salariale (+8,6 % dans les branches marchandes) pour 2022 sont crédibles » et, s'agissant de 2023, que « les prévisions d'inflation (+4,2 %) et de masse salariale dans les branches marchandes (+5,0 %) sont quant à elles plausibles ». S'agissant des recettes, le HCFP juge pour 2022 que les « cotisations sociales croîtraient à législation constante de 6,8 %, soit moins fortement que la masse salariale » et prend note que l'écart provient du dynamisme attendu des allègements généraux mais estime que « le coût supplémentaire de ces allègements semble néanmoins un peu élevé ». Pour 2023, il juge que les « cotisations sociales et prélèvements sociaux apparaissent quant à elles cohérentes avec la progression de leurs assiettes respectives ». Côté dépense, le HCFP souligne pour 2023 « une croissance des dépenses d'assurance maladie (Ondam) – hors dépenses liées à la crise sanitaire – toujours supérieure à celle d'avant la crise sanitaire » et concernant les dépenses de crise que la « provision, qui suppose notamment une chute massive des dépenses de tests (division par 20 par rapport à 2021), risque de se révéler très insuffisante ».

II. Au-delà de ce contexte macroéconomique, la trajectoire financière traduit la normalisation progressive sur le front sanitaire et la mise en œuvre des mesures du quinquennat

Comme lors de la crise économique et financière de 2008-2009, la sécurité sociale a joué un rôle majeur d'amortisseur économique et social, tant en matière de prélèvements que de dépenses. Majoritairement proportionnelles au niveau d'activité, les recettes se sont fortement contractées alors que les dépenses se sont maintenues s'agissant des prestations retraites et famille, dont les déterminants ne sont pas affectés par la crise, et ont fortement progressé pour ce qui concerne la branche maladie.

Après un net rebond en 2021, à +8,0 % sur l'ensemble des ROBSS et du FSV à périmètre constant, les recettes continueraient de progresser de +5,3 % en 2022, portées par la progression de l'emploi et des salaires, dans un contexte de forte inflation produisant ses effets au-delà des règles d'indexation automatique du salaire minimum (+8,6 % de progression de la masse salariale privée). Dans le même temps, les dépenses seraient également dynamiques mais dans une moindre proportion, progressant de 3,9 % en valeur en 2022. Elles seraient contenues par le ralentissement des dépenses sous Ondam du fait de la diminution progressive de l'intensité de la crise sanitaire, mais la progression des prestations serait portée par la revalorisation anticipée au 1^{er} juillet 2022 de +4,0 % des prestations légales. En résultante, le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV diminuerait à nouveau en 2022, de 6,4 Md€, le portant à 17,8 Md€.

En 2023, le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV atteindrait 6,8 Md€, en très nette amélioration par rapport à 2022 (-11,0 Md€). Les dépenses ne progresseraient que de 2,1 %, à la faveur d'une diminution des dépenses sous Ondam du fait de dépenses liées à la crise attendues en net repli, et provisionnées à hauteur de 1 Md€, mais d'une poursuite des effets de l'inflation sur les prestations : à la revalorisation anticipée de 4,0 % de juillet 2022 devrait s'ajouter ainsi, compte tenu de la situation d'inflation, une revalorisation au 1^{er} janvier 2023 pour les retraites au 1^{er} avril pour les autres prestations sociales. Les recettes croîtraient de 4,1 %, soutenues par la masse salariale du secteur privé.

A partir de 2024, à législation inchangée, les prestations continueraient d'être portées par le contexte d'inflation persistant, mais avec un effet retard moyen d'une année pour les pensions et les autres prestations, alors que les recettes réagiraient davantage au contexte contemporain de l'année. Le ralentissement progressif de l'inflation, au rythme d'un point par an environ (de 4,3 % en 2023 à 2,1 % en 2025), participerait ainsi à une dégradation du solde en 2024 et à nouveau en 2025, malgré une progression maîtrisée de l'Ondam. En 2024, le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV se creuserait ainsi, à 8,8 Md€, les recettes (+3,9 %) évoluant légèrement en deçà de la dépense (+4,2 %). En 2025, il atteindrait 12,7 Md€, avec une progression des recettes (+3,1 %), moindre que celle des dépenses (+3,7 %). Le déficit se réduirait à partir de 2026, l'effet du différentiel d'inflation d'une année sur l'autre disparaissant quasiment, et atteindrait 11,8 Md€.

III. D'ici 2026, les branches des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale connaîtraient des évolutions différenciées

La branche maladie connaîtrait une nouvelle résorption de son déficit en 2022, avec un solde atteignant -20,3 Md€, après -26,1 Md€ en 2021. Cette amélioration est à relier à un repli des dépenses sanitaires de crise – 11,5 Md€ après 18,3 Md€ - et à la progression des recettes de la branche, notamment les cotisations sociales et la TVA qui lui est affectée, dans le contexte d'inflation élevée.

A partir de 2023, son solde se redresserait plus nettement, à -6,5 Md€, sous l'effet de dépenses de crise attendues en très nette baisse – 1 Md€ provisionnés. L'amélioration du solde serait par ailleurs soutenue par le transfert pérenne du coût des indemnités journalières liées au congé maternité post-natal, de 2 Md€ en 2023.

La branche autonomie verrait son solde passer en déficit en 2022, à -0,5 Md€ après +0,3 Md€ sous l'effet de l'extension des mesures de revalorisation salariale du Ségur de la santé aux personnels des établissements accueillant des personnes en situation de handicap (accords « Laforcade ») ainsi que des revalorisations issues de la conférence des métiers de l'accompagnement social et du médico-social, mesures financées sous objectif global de dépense. L'instauration d'un tarif plancher et d'une dotation en lien avec la qualité pour les services à domicile au profit des personnes en perte d'autonomie contribuerait aussi à la hausse des dépenses, qui s'établirait à 8,7 % au global, plus marquée que celle de ses recettes (+6,3 %).

En 2023, son solde se creuserait à nouveau, sous l'effet d'un objectif global de dépense porté à respectivement 5,1 % et 5,2 % dans les champs des personnes âgées et des personnes handicapées, atteignant -1,2 Md€.

A partir de 2024, la branche bénéficiera d'une fraction de CSG augmentée de 0,15 point supplémentaires de la part de la CADES, conformément aux dispositions de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie. La CNSA afficherait alors un excédent de 0,9 Md€, qui diminuerait quelque peu par la suite du fait notamment de 50 000 créations de postes à terme en EHPAD, et du financement de temps dédiés au lien social auprès des personnes âgées qui bénéficient d'un plan d'aide à domicile.

S'agissant de la branche AT-MP, son excédent passerait à 2,0 Md€ en 2022 (après 1,3 Md€ en 2021), puis à nouveau à 2,2 Md€ en 2023 et serait croissant à moyen terme, la progression des dépenses étant contenue par la baisse tendancielle liée à la prise en charge de l'amiante.

Le déficit de la branche vieillesse des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du FSV poursuivrait son amélioration engagée en 2021 après le creux enregistré en 2020, et il atteindrait en 2022 le niveau de -1,6 Md€, après -2,6 Md€ en 2021. Cette nouvelle amélioration serait la résultante directe du contexte inflationniste, avec des recettes qui bénéficieraient à plein de la hausse des cotisations en lien avec une très forte progression de la masse salariale privée (+8,6 %), et des dépenses revalorisées en conséquence, mais à un rythme annuel moyen moindre : la revalorisation légale a ainsi été de 1,1 % au 1^{er} janvier 2022, mais compte tenu de la montée de l'inflation, une revalorisation *anticipée* de 4,0 % a été mise en œuvre dès juillet 2022, permettant de porter la revalorisation en moyenne annuelle à 3,1 %.

A partir de 2023, le solde de la branche serait directement affecté par les effets démographiques du vieillissement (augmentation de la taille des générations qui partent à la retraite), et par la dégradation marquée du solde de la CNRACL, mais bénéficierait de l'objectif d'élévation progressive de l'âge effectif de départ sur le quinquennat. Le solde serait également particulièrement sensible au contexte d'inflation, et notamment au ralentissement projeté de l'inflation, avec comme conséquence une progression des recettes en phase avec l'inflation contemporaine de l'année, moindre cependant que l'inflation de l'année précédente dont s'approche le taux de revalorisation appliqué au 1^{er} janvier de l'année. Ainsi, en 2023, les revalorisations de pension liées à la prise en compte de l'inflation porterait la progression des charges de la branche à 4,5 %, contre 4,2 % pour les recettes. Le déficit atteindrait ainsi 2,7 Md€ en 2023, et jusqu'à 13,7 Md€ à l'horizon 2026 de la présente annexe.

La branche famille a renoué avec les excédents dès 2021, à hauteur de 2,9 Md€. En 2022, son excédent se réduirait légèrement, atteignant 2,6 Md€, reflétant le transfert d'une fraction de taxe sur les salaires à la branche maladie décidé en LFSS pour 2022 pour compenser le coût lié aux indemnités journalières dérogatoires pour garde d'enfants (1,0 Md€) supportées par cette dernière.

L'excédent serait moindre en 2023 en raison du transfert de la part du congé maternité post-natal, pour 2,0 Md€, prévu dans le présent projet de loi. De plus, conformément aux engagements du président de la République, l'allocation de soutien familial sera revalorisée de 50 %. L'excédent de la branche diminuerait ainsi de moitié, pour s'établir à 1,3 Md€ en 2023.

A l'horizon 2026, l'excédent diminuerait et s'élèverait à 0,7 Md€, du fait de dépenses portées par l'indexation des prestations légales et de la montée en charge des mesures du quinquennat concernant la branche, s'agissant du complément de mode de garde et du service public de la petite enfance.

Prévisions des recettes, dépenses et soldes des régimes de base et du FSV

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base
(En milliards d'euros)

		2019	2020	2021	2022(p)	2023(p)	2024(p)	2025(p)	2026(p)
Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base									
Maladie	Recettes	216,6	209,8	209,4	221,6	231,8	238,6	244,9	252,0
	Dépenses	218,1	240,3	235,4	241,9	238,3	243,6	249,4	254,6
	Solde	-1,5	-30,5	-26,1	-20,3	-6,5	-4,9	-4,4	-2,6
AT-MP	Recettes	14,7	13,5	15,1	16,2	17,0	17,7	18,4	19,1
	Dépenses	13,6	13,6	13,9	14,2	14,8	15,1	15,5	15,8
	Solde	1,1	-0,1	1,3	2,0	2,2	2,6	2,9	3,3
Famille	Recettes	51,4	48,2	51,8	53,5	56,7	58,4	60,2	62,1
	Dépenses	49,9	50,0	48,9	50,9	55,3	57,7	59,8	61,4
	Solde	1,5	-1,8	2,9	2,6	1,3	0,7	0,5	0,7
Vieillesse	Recettes	240,0	241,2	249,4	258,9	269,8	280,3	289,4	297,7
	Dépenses	241,3	246,1	250,5	261,9	273,3	289,7	303,3	313,7
	Solde	-1,3	-4,9	-1,1	-3,0	-3,5	-9,4	-13,9	-15,9
Branche autonomie	Recettes			32,8	34,9	36,1	40,0	41,0	42,2
	Dépenses			32,6	35,4	37,3	39,1	40,5	41,7
	Solde			0,3	-0,5	-1,2	0,9	0,5	0,5
ROBSS consolidé	Recettes	509,1	499,3	544,2	570,1	593,8	616,8	635,5	654,4
	Dépenses	509,2	536,5	567,0	589,3	601,4	626,9	650,0	668,4
	Solde	-0,2	-37,3	-22,7	-19,2	-7,6	-10,1	-14,4	-14,0

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse
(En milliards d'euros)

Fonds de solidarité vieillesse									
FSV	Recettes	17,2	16,7	17,7	19,3	20,1	21,0	21,8	22,6
	Dépenses	18,8	19,1	19,3	18,0	19,3	19,7	20,0	20,4
	Solde	-1,6	-2,5	-1,5	1,3	0,8	1,3	1,8	2,3

Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

Régimes obligatoires de base et fonds de solidarité vieillesse									
ROBSS + FSV	Recettes	508,0	497,2	543,0	571,7	595,0	618,4	637,6	657,0
	Dépenses	509,7	536,9	567,3	589,6	601,8	627,3	650,3	668,7
	Solde	-1,7	-39,7	-24,3	-17,8	-6,8	-8,8	-12,7	-11,8