

N° 344

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

Enregistré à la Présidence du Sénat le 13 février 2025

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de **financement de la sécurité sociale**, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution en nouvelle lecture, pour **2025**,

Par Mme Élisabeth DOINEAU,

Rapporteure générale,

Sénatrice

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Mouiller, *président* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteure générale* ; Mme Pascale Gruny, M. Jean Sol, Mme Annie Le Houerou, MM. Bernard Jomier, Olivier Henno, Xavier Iacovelli, Mmes Cathy Apourceau-Poly, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Viviane Malet, Annick Petrus, Corinne Imbert, Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mmes Marie-Do Aeschlimann, Christine Bonfanti-Dossat, Corinne Bourcier, Céline Brulin, M. Laurent Burgoa, Mmes Marion Canalès, Maryse Carrère, Catherine Conconne, Patricia Demas, Chantal Deseyne, Brigitte Devésa, M. Jean-Luc Fichet, Mme Frédérique Gerbaud, M. Khalifé Khalifé, Mmes Florence Lassarade, Marie-Claude Lermytte, Monique Lubin, Brigitte Micoulean, M. Alain Milon, Mmes Laurence Muller-Bronn, Solanges Nadille, Anne-Marie Nédélec, Guylène Pantel, M. François Patriat, Mmes Émilienne Poumirol, Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Anne-Sophie Romagny, Laurence Rossignol, Silvana Silvani, Nadia Sollogoub, Anne Souyris, MM. Dominique Théophile, Jean-Marie Vanlerenberghe.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (17^{ème} législ.) : Première lecture : **325, 480 et 487**
Commission mixte paritaire : **638 et T.A. 18**
Nouvelle lecture : **622, 869 et T.A. 49**
Sénat : Première lecture : **129, 130, 138 et T.A. 29** (2024-2025)
Commission mixte paritaire : **168, 169 et T.A. 40** (2024-2025)
Nouvelle lecture : **341** (2024-2025)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	9
AVANT-PROPOS	17
I. UN CONTEXTE FINANCIER ET INSTITUTIONNEL PRÉOCCUPANT	17
A. UN DÉFICIT PUBLIC SANS PRÉCÉDENT HORS PÉRIODE DE CRISE	17
1. <i>Une situation des finances publiques beaucoup plus dégradée que prévu en 2024</i>	<i>17</i>
a) En 2024, un déficit public de 6,0 points de PIB (pour une prévision de 4,4 points de PIB)	17
b) En 2024, un déficit de la sécurité sociale de 18,2 milliards d'euros (pour une prévision de 10,5 milliards d'euros)	17
c) Au niveau de l'ensemble des administrations de sécurité sociale, une situation proche de l'équilibre en 2024 (pour une prévision d'excédent de 17,3 milliards d'euros)	18
2. <i>En 2025, un déficit de la sécurité sociale d'environ 30 milliards d'euros sans mesures correctrices</i>	<i>18</i>
B. UNE DISCUSSION INSTITUTIONNELLEMENT COMPLIQUÉE, QUI A CONDUIT À LA CENSURE DU GOUVERNEMENT ET À L'ADOPTION D'UNE LOI SPÉCIALE.....	19
1. <i>En première lecture, un non-respect des délais constitutionnels.....</i>	<i>19</i>
a) Un non-respect par le Gouvernement de la date limite du premier mardi d'octobre pour le dépôt du texte	19
b) Un non-respect par l'Assemblée nationale de son délai de 20 jours pour l'examen en première lecture	19
2. <i>La censure du Gouvernement sur les conclusions de la CMP.....</i>	<i>19</i>
3. <i>L'adoption d'une loi spéciale, autorisant notamment la sécurité sociale à emprunter</i>	<i>20</i>
II. UN PLFSS DE COMPROMIS QUI N'EST PAS À LA HAUTEUR DES ENJEUX.....	21
A. UN TEXTE DE COMPROMIS QUI PRÉVOIT UNE AGGRAVATION DU DÉFICIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE PAR RAPPORT À SON NIVEAU DE 2024	21
1. <i>Un déficit revu à la hausse lors des versions successives du texte</i>	<i>21</i>
a) Un texte initial prévoyant un déficit de 16 milliards d'euros en 2025 et de près de 20 milliards d'euros en 2028	23
b) Un texte nettement amélioré par le Sénat en première lecture, avec un déficit de « seulement » 15 milliards d'euros en 2025 et 16 milliards d'euros en 2028....	23
c) Un déficit porté par le texte proposé par la commission mixte paritaire (et celui sur lequel le précédent gouvernement a été censuré) à 18,3 milliards d'euros en 2025 et 21,5 milliards d'euros en 2028.....	24
d) Un déficit porté par le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture à 22,1 milliards d'euros en 2025 et 24,1 milliards d'euros en 2028	25
e) Sur la base d'hypothèses moins optimistes, un déficit un peu plus élevé que prévu en 2025, augmentant jusqu'à 35 milliards d'euros en 2028	25
2. <i>Une rupture par rapport aux vingt dernières années</i>	<i>26</i>
3. <i>Des mesures de réduction du déficit ramenées de 15 milliards d'euros dans le texte initial à 9 milliards d'euros.....</i>	<i>27</i>

B. SÉCURISER RAPIDEMENT LE FINANCEMENT DE LA DETTE SOCIALE	30
1. Réaliser rapidement de nouveaux transferts de dette sociale à la Cades	30
2. Se doter d'une trajectoire crédible de réduction du déficit	31
EXAMEN DES ARTICLES	33
• Article liminaire.....	33
PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2024	38
• Article 1 ^{er} Rectification des tableaux d'équilibre	38
• Article 2 Rectification de l'Ondam et des sous-objectifs de l'Ondam	42
• Article 2 bis (supprimé) Diminution du montant Z pour 2024.....	50
DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2025	53
TITRE I ^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE.....	53
• Article 3 Alignement de l'effort contributif des non-salariés agricoles sur celui des travailleurs indépendants	53
• Article 3 bis A (supprimé) Extension des missions du comité de suivi des retraites à la comparaison des situations des Français de l'Hexagone et des Français ultramarins.....	62
• Article 3 quater A Exonération de cotisation d'assurance vieillesse pour les médecins exerçant en situation de cumul emploi-retraite (pour l'année 2025, plafonné et applicable uniquement en zones sous-denses).....	63
• Article 4 Pérennisation de l'exonération en faveur des employeurs agricoles de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi (TO-DE)	65
• Article 4 bis Éligibilité des coopératives d'utilisation de matériel agricole à l'exonération TO-DE.....	70
• Article 4 ter Extension de l'exonération TO-DE aux coopératives agricoles de conditionnement de fruits et légumes	73
• Article 5 Pérennisation de l'exonération en faveur des employeurs agricoles de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi (TO-DE)	75
• Article 5 bis A Maintien de l'abattement pour le calcul des bénéfices issus de la location des gîtes ruraux au sein de l'assiette agricole	80
• Article 5 bis Modification de l'assiette des cotisations et contributions des salariés indépendants	83
• Article 5 ter Application à Mayotte de la réforme de l'assiette sociale pour les travailleurs indépendants non-agricoles et extension d'une habilitation à légiférer par ordonnance	86
• Article 5 quater Rapport sur la réforme de l'assiette sociales des travailleurs indépendants	90
• Article 5 quinquies Extension aux établissements publics de coopération intercommunale de l'exonération de cotisations patronales pour l'emploi d'aides à domicile.....	91
• Article 5 sexies Exonération de cotisations sociales des prestations versées dans le cadre du service civique	93
• Article 6 Réforme des allègements généraux de cotisations patronales	95
• Article 6 bis Alignement du taux de la contribution patronale sur les attributions gratuites d'actions (AGA) sur celui applicable aux <i>stock options</i>	113

• <i>Article 6 ter (supprimé)</i> Extension aux syndicats mixtes « fermés » de l'exonération de cotisations sociales accordée en contrepartie des tâches effectuées au domicile des personnes âgées ou en situation de handicap	115
• <i>Article 6 quater</i> Mutualisation des coûts liés à certaines maladies professionnelles contractées par des bénéficiaires de l'obligation d'emploi de travailleur handicapé	116
• <i>Article 6 quinquies (supprimé)</i> Inclusion en 2026 et 2027 du BTP de Guadeloupe, de Martinique et de La Réunion dans les bénéficiaires du dispositif dit « Lodéom renforcé »	119
• <i>Article 6 sexies</i> Expérimentation durant trois ans de la possibilité pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole d'opter pour que leurs cotisations soient calculées à titre provisionnel sur la base d'une assiette fixée forfaitairement	120
• <i>Article 7</i> Rationalisation des exonérations de cotisations sociales pour les contrats d'apprentissage, les entreprises d'armement maritime, les jeunes entreprises innovantes et les jeunes entreprises de croissance	122
• <i>Article 7 bis A</i> Plafonnement de la rémunération d'un apprenti exonérée de cotisations salariales	134
• <i>Article 7 bis B (supprimé)</i> Contribution de solidarité par le travail en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	136
• <i>Article 7 bis (supprimé)</i> Suppression du critère fiscal d'assujettissement à la CSG et à la CRDS et précision de l'obligation incombant aux bénéficiaires de pensions de vieillesse résidant à l'étranger de justifier annuellement de leur existence par la production d'un certificat de vie délivré par le consulat français	139
• <i>Article 8</i> Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale et avec le budget de l'État (« article tuyau »)	144
• <i>Article 8 bis A</i> Ajustement de l'exclusion par la LFSS 2024 des salariés mis à disposition des entreprises par les groupements d'employeurs du calcul des effectifs des entreprises utilisatrices	153
• <i>Article 8 bis</i> Validation de l'immatriculation Urssaf des entreprises étrangères sans établissement stable en France non agricoles	155
• <i>Article 8 ter</i> Données recueillies dans le cadre de la déclaration sociale nominative (DSN) et du prélèvement à la source pour les revenus autres (Pasrau)	161
• <i>Article 8 quater (supprimé)</i> Élargissement du droit de communication aux organismes du recouvrement pour lutter contre la fraude	165
• <i>Article 8 quinquies</i> Ajustements techniques au dispositif de précompte des cotisations et contributions sociales par les plateformes de mise en relation sur le chiffre d'affaires reversé aux micro-entrepreneurs qui les utilisent	167
• <i>Article 8 sexies (supprimé)</i> Opposabilité des contrôles réalisés par une caisse sur l'ensemble des risques	170
• <i>Article 8 septies (supprimé)</i> Obligation à la charge d'un organisme de sécurité sociale constatant des fraudes aux arrêts de travail d'en informer l'employeur de la personne ayant commis cette fraude	172
• <i>Article 8 octies (supprimé)</i> Habilitation des agents chargés de la lutte contre la fraude à consulter le fichier des passagers aériens dans l'accomplissement de leur mission	174
• <i>Article 8 nonies (supprimé)</i> Annulation automatique de la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations d'un professionnel de santé frauduleux	176
• <i>Article 8 decies (supprimé)</i> Modification des règles applicables aux redressements en cas de récidive en matière de travail dissimulé	178
• <i>Article 8 undecies (supprimé)</i> Étendre le champ d'application du dispositif d'opposition à tiers détenteur à l'ensemble des sommes versées par les Urssaf ou les caisses de sécurité sociale	180

• Article 8 duodecies (supprimé) Renforcement des obligations déclaratives incombant aux employeurs suspectés de recourir à des entreprises éphémères	181
• Article 8 terdecies (supprimé) Communication à l'ensemble des organismes de sécurité sociale et aux services de l'état civil de la décision de suspension d'une pension de retraite consécutive à l'absence de justification de l'existence du retraité concerné	183
• Article 8 quaterdecies (supprimé) Suppression de la possibilité pour les entreprises de se voir délivrer une attestation de paiement des cotisations lorsqu'elles contestent leur montant par recours contentieux.....	184
• Article 8 quindecies (supprimé) Suspension des délais de prescription des procédures de recouvrement de cotisations pendant la procédure de dialogue et de conciliation	186
• Article 9 Clauses de sauvegarde des médicaments et dispositifs médicaux	187
• Article 9 bis A Réduction de l'assiette de la contribution sociale de solidarité pour les répartiteurs pharmaceutiques	207
• Article 9 bis B (supprimé) Améliorer l'information du Parlement sur les dépenses de produits de santé lors de l'examen du PLFSS	210
• Article 9 bis C (supprimé) Suppression de l'exonération de TVA visant les importations de prothèses dentaires par les dentistes ou prothésistes dentaires	211
• Article 9 bis Réforme de la contribution sur les boissons à sucres ajoutés	213
• Article 9 ter A (supprimé) Taxation des publicités en faveur des boissons alcooliques à La Réunion	221
• Article 9 ter B Renforcement de la fiscalité sur les jeux	224
• Article 9 ter C (supprimé) Encadrement commercial et fiscal des sachets de nicotine.....	230
• Article 9 ter D (supprimé) Anticipation de la hausse de prix du paquet de cigarettes	232
• Article 9 ter Extension des remises commerciales aux médicaments biosimilaires et hybrides substituables.....	244
• Article 9 quinquies (supprimé) Mentionner, sous peine de nullité de la procédure, sur l'avertissement ou la mise en demeure adressé au cotisant la faculté de se faire assister d'un conseil	248
• Article 9 sexies (supprimé) Limitation à trois mois de la durée de suspension du délai de prescription des cotisations dans le cadre d'un contrôle	250
• Article 9 septies Mention, parmi les éléments obligatoires dans une contrainte, de l'information que le cotisant a la faculté de se faire assister du conseil de son choix	251
TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	253
• Article 10 Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 4	253
• Article 10 bis Suppression à compter du 1 ^{er} janvier 2027 de la possibilité pour le Gouvernement de plafonner par arrêté la compensation des allègements généraux de cotisations patronales à l'Unédic	256
• Article 11 Tableaux d'équilibre 2025 et FSV	257
• Article 14 Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale	261

**TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR
L'EXERCICE 2025.....270**

TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES270

- **Article 15 Régulation des dépenses dans le champ conventionnel270**
- **Article 15 bis A Définition par les conventions professionnelles d'engagements et d'objectifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance des professionnels de santé285**
- **Article 15 bis B Lutter contre la fraude aux audioprothèses en renforçant les contrôles pesant sur le respect de leurs obligations par les audioprothésistes conventionnés avec l'assurance maladie289**
- **Article 15 bis Réguler les structures de soins non programmés293**
- **Article 15 quater Demande de rapport sur le référentiel des actes innovants hors nomenclature299**
- **Article 16 Extension du champ de l'accompagnement à la pertinence des prescriptions302**
- **Article 16 bis A Amélioration de la coordination entre assurance maladie obligatoire et complémentaires santé en matière de lutte contre la fraude313**
- **Article 16 bis B Sécurisation de la carte Vitale317**
- **Article 16 bis C Réforme du service du contrôle médical de l'assurance maladie321**
- **Article 16 bis D Responsabilisation des patients dans la prise de rendez-vous327**
- **Article 16 bis F Interdiction des plateformes ayant pour objet principal la fourniture d'arrêts de travail téléprescrits332**
- **Article 16 bis Signature des certificats de décès par les infirmiers336**
- **Article 17 Conventonnement des entreprises de taxis avec l'Assurance maladie340**
- **Article 17 bis A Obligation d'équiper de dispositifs de géolocalisation et de systèmes de facturation intégrée les véhicules des transporteurs sanitaires354**
- **Article 17 bis B Dérogation au cadre juridique du transport sanitaire pour les entreprises proposant uniquement une offre de transport pour les personnes à mobilité réduite.....357**
- **Article 17 bis C (supprimé) Demande de rapport sur la prise en charge anonymisée des frais de transport des mineures ou femmes en situation de violence intra-familiale souhaitant avoir recours à l'avortement360**
- **Article 17 bis D (supprimé) Définition des conditions dans lesquelles un assuré retrouve ses droits à la sécurité sociale à son retour sur le territoire français363**
- **Article 17 septies Extension du champ de l'expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes en CPTS366**
- **Article 17 octies Expérimentation de la prise en charge des tests de détection de la soumission chimique370**
- **Article 18 Plafonnement des dépenses d'intérim des personnels non médicaux375**
- **Article 19 Lutter contre les pénuries de produits de santé388**
- **Article 19 bis Obligation de renseigner un logiciel national de suivi des stocks pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur assortie d'un régime de sanctions.....403**
- **Article 19 ter Réduire à un an le délai avant inscription automatique sur le groupe des médicaments biosimilaires substituables407**
- **Article 19 quater (nouveau) Améliorer l'information du Parlement sur les dépenses de produits de santé lors de l'examen du PLFSS412**
- **Article 20 Conditionner la prise en charge de certains dispositifs médicaux numériques à une utilisation effective par le patient417**
- **Article 20 bis Clarification du périmètre de la remise en bon état d'usage430**

- **Article 20 ter Simplification des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements**433
- **Article 21 Modification des paramètres de l'expérimentation relative au régime de financement des établissements accueillant des personnes âgées et dépendantes** 437
- **Article 21 ter Reconnaissance du statut d'infirmier coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**442
- **Article 21 quater Aide exceptionnelle pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées en difficulté financière**444
- **Article 21 sexies (supprimé) Prolonger l'expérimentation relative aux dérogations au droit du travail dans le cadre de prestations de relaying à domicile des proches aidants**447
- **Article 22 Réforme du mode de calcul de la pension de retraite de base des non-salariés agricoles**449
- **Article 23 (supprimé) Décalage de la revalorisation des pensions et prestations d'assurance vieillesse au 1^{er} juillet**.....462
- **Article 23 bis A (nouveau) Précision de l'obligation incombant aux bénéficiaires de pensions de vieillesse résidant à l'étranger de justifier annuellement de leur existence par la production d'un certificat de vie délivré par le consulat français**470
- **Article 24 Mieux prendre en compte le préjudice personnel en consacrant la dualité des prestations d'incapacité permanente de la branche AT-MP**.....473
- **Article 24 bis Renforcement de la procédure de recouvrement des indus et suppression de la réforme du tiers payant concernant le complément de libre choix du mode de garde « structure »**492
- **Article 24 ter Suspension du versement du complément du mode de garde en cas de défaut de paiement du salaire dû à l'assistante maternelle ou à l'employé à domicile**.....495
- **Article 24 quater Adaptation du droit des prestations familiales et extension de l'assurance vieillesse des aidants à Mayotte**498

TITRE II DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES501

- **Article 25 Dotations et transferts des régimes obligatoires de base**501
- **Article 26 Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès**518
- **Article 27 Ondam et sous-Ondam**526
- **Article 29 Objectif de dépenses de la branche vieillesse**538
- **Article 30 Objectifs de dépenses de la branche famille**543
- **Article 31 Objectif de dépenses de la branche autonomie**548
- **Article 32 Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)**.....551

EXAMEN EN COMMISSION (13 FÉVRIER 2025).....555

TRAVAUX DE LA COMMISSION - AUDITIONS565

- **Mmes Zaynab Riet, déléguée générale, et Cécile Chevance, responsable du pôle Offres, de la Fédération hospitalière de France**565
- **Mme Catherine Vautrin, ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, et M. Yannick Neuder, ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins**...581

LA LOI EN CONSTRUCTION597

L'ESSENTIEL

Réunie le 13 février 2025, la commission a examiné en nouvelle lecture le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025, considéré comme adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale.

Estimant qu'il est temps que la France se dote d'une LFSS pour 2025, la commission a proposé au Sénat d'adopter ce texte sans modification.

Elle déplore toutefois le niveau très élevé du déficit prévu pour 2025 ainsi que l'absence de perspective d'amélioration, le Gouvernement lui-même estimant que la situation devrait continuer à se dégrader d'ici au moins 2028.

*

* *

I. UN CONTEXTE FINANCIER ET INSTITUTIONNEL PARTICULIÈREMENT PRÉOCCUPANT

A. UN DÉFICIT PUBLIC SANS PRÉCÉDENT HORS PÉRIODE DE CRISE

Selon le Gouvernement, en 2024, le déficit public serait de 6,0 points de PIB, alors que la prévision associée au projet de loi de finances (PLF) pour 2024 était de 4,4 points de PIB.

Les finances sociales n'échappent pas à ce fort dérapage du déficit, avec **en 2024 un déficit de la sécurité sociale anticipé à 18,2 milliards d'euros, soit 7,7 milliards d'euros de plus que la prévision** de 10,5 milliards d'euros de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024. Ce dérapage provient très majoritairement de recettes inférieures aux prévisions, en particulier dans le cas de la TVA.

Au niveau de l'ensemble des administrations de sécurité sociale (qui intègrent aussi, notamment la Caisse d'amortissement de la dette sociale - Cades -, l'Unédic et les régimes complémentaires de retraite), on enregistrerait en 2024 un léger déficit, à comparer avec une prévision d'excédent de 17,3 milliards d'euros.

B. EN 2025, UN DÉFICIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE D'ENVIRON 30 MILLIARDS D'EUROS SANS MESURES CORRECTRICES

Le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2024 prévoyait un déficit de 28,4 milliards d'euros en 2025 sans mesures nouvelles.

Compte tenu notamment du dérapage de l'Ondam en 2024, en l'absence de mesures le déficit 2025 serait probablement supérieur à 30 milliards d'euros.

C. UNE DISCUSSION INSTITUTIONNELLEMENT COMPLIQUÉE

La procédure d'examen du PLFSS 2025 a été particulièrement complexe (cf. schéma).

Le texte a été déposé en retard du fait de la constitution tardive du gouvernement de Michel Barnier et l'Assemblée nationale n'est pas parvenue, en première lecture, à examiner le texte dans le délai constitutionnel de 20 jours.

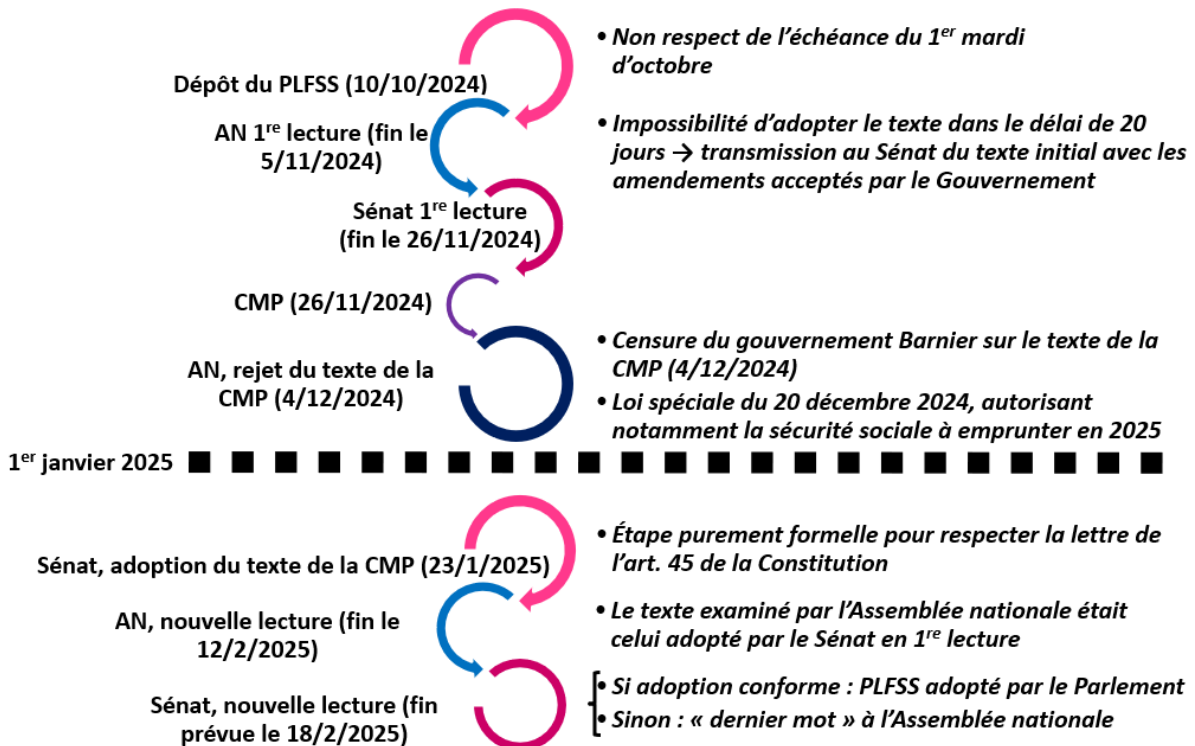
La commission mixte paritaire (CMP) est parvenue à adopter un texte, pour la première fois depuis le PLFSS pour 2011.

Mais le 4 décembre 2024, le Premier ministre ayant engagé la responsabilité du Gouvernement sur le texte de la CMP, le gouvernement Barnier a été censuré, ce qui a amené le Parlement à adopter une « loi spéciale », notamment pour autoriser la sécurité sociale à emprunter.

La discussion se poursuit désormais en nouvelle lecture. A la suite d'un nouveau recours à l'article « 49.3 », le texte est considéré comme adopté par l'Assemblée nationale. Le Sénat examinera le texte en séance publique les 17 et 18 février 2025.

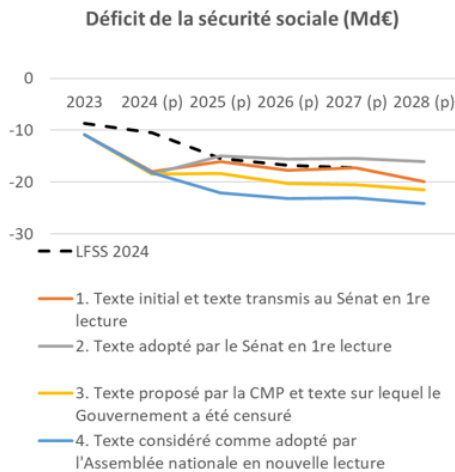
Dans ce contexte, la commission propose au Sénat d'adopter sans modification le texte transmis par l'Assemblée nationale.

Procédure d'examen du PLFSS 2025



II. UN DÉFICIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE SANS PRÉCÉDENT HORS PÉRIODE DE CRISE ET QUI S'AGGRAVERAIT ENCORE D'ICI 2028

A. UN DÉFICIT AGGRAVÉ PAR RAPPORT AU TEXTE INITIAL



Source : Commission des affaires sociales

Le déficit prévisionnel de la sécurité sociale pour les années 2025 à 2028, déjà très élevé en 2024, s'est aggravé de manière continue au cours des versions successives du texte, comme le montre le graphique ci-après.

Le texte initial prévoyait un déficit de 16 milliards d'euros en 2025 et 19,9 milliards d'euros en 2028. Le Sénat, faisant preuve de responsabilité, a ramené le déficit à 15 milliards d'euros en 2025 et 16 milliards d'euros en 2028. Le texte de la CMP (sur lequel le gouvernement Barnier a été censuré) prévoyait un déficit supérieur à celui du texte initial. Il était en effet porté à 18,3 milliards d'euros en 2025 et 21,5 milliards d'euros en 2028. Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture se traduit par une nouvelle augmentation du déficit, désormais estimé par le Gouvernement à 22,1 milliards d'euros en 2025 et 24,1 milliards d'euros en 2028.

B. DES MESURES D'AMÉLIORATION DU SOLDE 2025 RAMENÉES DE 15 À 9 MILLIARDS D'EUROS

Les mesures d'amélioration du solde en 2025, qui s'élevaient à plus de 15 milliards d'euros dans le texte initial, ont été ramenées à moins de 9 milliards d'euros dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale. Le tableau suivant synthétise ces évolutions.

Principales mesures (2025)

<i>En Md€ ; signe positif = amélioration du solde</i>	Initial	Sénat	CMP & censure	AN NL
Mesures réglementaires	8,1	8,1	9,0	6,0
Freinage de l'Ondam	4,9	5,5	6,1	4,3
Taux de cotisation à la CNRACL	2,3	1,7	1,7	1,7
Autres	0,9	0,9	1,2	0
Mesures législatives	7,3	9,7	3,0	2,8
Allègements généraux de cotisations patronales	4,1	3,1	1,6	1,6
Revalorisation des retraites	2,9	2,5	0,0	0
Contribution de solidarité par le travail	0	2,5	0	0
Attributions gratuites d'actions	0	0,5	0,5	0,5
Dossier médical partagé et lutte contre la fraude	0	0,5	0,5	0,5
Réduction de niches sociales (apprentissage...)	0,3	0,1	0,1	0,1
Réforme de la taxe sur les boissons sucrées	0	0,2	0,2	0,2
Réforme de la taxation des jeux (insérée par l'AN en 1 ^{re} lecture)	0	0,2	0,2	0,2
Augmentation de la fiscalité du tabac	0	0,2	0	0
Médicaments biosimilaires	0	0,2	0,2	0,2
Fonds d'urgence Ehpad	0	-0,1	-0,1	-0,3
Concours de la branche autonomie aux départements	0	-0,2	-0,2	-0,2
Total	15,4	17,8	12,0	8,8
Total recettes	7,6	9,4	5,4	4,3
Total dépenses	7,8	8,4	6,6	4,5

AN NL : texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture. CNRACL : Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales. Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ondam : Objectif national des dépenses d'assurance maladie.

Source : Commission des affaires sociales

Le rendement de la réduction des allègements généraux des cotisations patronales, de 4 milliards d'euros dans le texte initial, et que le Sénat proposait de ramener à 3 milliards d'euros, ne serait plus que de **1,6 milliard d'euros**. Le report de la revalorisation des retraites au 1^{er} juillet 2025 (au lieu du 1^{er} janvier), qui devait permettre d'économiser 2,9 milliards d'euros, et que le Sénat proposait de ramener à 2,5 milliards d'euros (en le remplaçant par une revalorisation différenciée en fonction du montant de la retraite), **a été abandonné**.

En outre, le Sénat avait adopté, en première lecture, l'instauration d'une **contribution de solidarité par le travail**, devant permettre de financer la branche autonomie à hauteur de 2,5 milliards d'euros, en augmentant de sept heures la durée annuelle du travail. Cette disposition a toutefois été supprimée dans la suite de la navette.

D'autres mesures du Sénat améliorant le solde subsistent en revanche dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale :

- l'augmentation de la **contribution patronale sur les attributions gratuites d'actions**, qui met en œuvre une recommandation de la Cour des comptes (0,5 milliard d'euros) ;
- l'utilisation obligatoire du **dossier médical partagé** par les professionnels de santé et l'instauration de diverses mesures de lutte contre la fraude (0,5 milliard d'euros) ;
- l'augmentation de la **fiscalité des jeux** (0,2 milliard d'euros), le Sénat ayant en outre renforcé l'augmentation (d'environ 0,2 milliard d'euros) de la **taxe sur les boissons sucrées** réalisée par l'Assemblée nationale en première lecture ;
- dans le cas des médicaments biologiques, une plus grande facilité pour le pharmacien de substituer au médicament prescrit un **médicament biosimilaire**¹ (0,2 milliard d'euros).

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale conserve en outre diverses mesures de soutien aux acteurs de la sécurité sociale et aux collectivités territoriales :

- la prorogation du **fonds d'urgence pour les Ehpad**, pour un montant de 0,1 milliard d'euros dans le texte adopté par le Sénat, et que le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale porte à 0,3 milliard d'euros ;
- une réforme des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux **départements**, qui permet de garantir un niveau de compensation des dépenses de prestation de compensation du handicap (PCH) et d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au moins égal à celui réalisé en 2024, pour un coût estimé à 0,2 milliard d'euros ;
- un **étalement sur quatre ans** (au lieu de trois) de la hausse de douze points du taux de cotisation employeur à la **Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)**, de nature réglementaire mais mentionné dans le rapport annexé, pour un coût de 0,5 milliard d'euros en 2025.

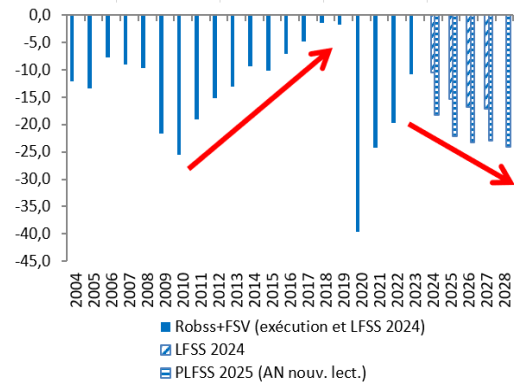
¹ Un médicament biosimilaire est l'équivalent d'un médicament générique pour un médicament biologique.

C. UNE RUPTURE PAR RAPPORT AUX VINGT DERNIÈRES ANNÉES

Malgré les efforts consentis, le niveau très élevé du déficit prévu pour 2025 et les années suivantes, sans précédent hors période de crise, marque une rupture par rapport aux vingt dernières années (cf. graphique).

Tel est d'autant plus le cas que des hypothèses moins optimistes de croissance du PIB et de dépenses d'assurance maladie¹ conduiraient en 2028 à un déficit d'environ 35 milliards d'euros – soit, alors même que la France ne traverserait aucune crise particulière, un niveau intermédiaire entre celui de la crise financière de 2009 et celui de la crise sanitaire.

Solde des régimes obligatoires de base et du fonds de solidarité vieillesse (Md€)



D. SÉCURISER RAPIDEMENT LE FINANCEMENT DE LA DETTE SOCIALE

En l'état actuel du droit, aucun transfert de dette supplémentaire à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) n'est possible.

En conséquence, les déficits de la sécurité sociale s'accumuleraient à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acosse, également dénommé Urssaf-Caisse nationale). S'ils devaient être autour de 30 milliards d'euros par an, cela pourrait, à brève ou moyenne échéance, mettre en danger le financement de la sécurité sociale.

En effet, l'Acosse ne peut s'endetter qu'à court terme, ce qui lui impose de se financer quotidiennement sur les marchés. Ainsi, en 2020, au début de la crise sanitaire, du fait du blocage des marchés financiers, l'Acosse n'est plus parvenue à se financer sur les marchés, ce qui a amené à mettre en place un financement d'urgence impliquant la Caisse des dépôts et consignations, pour pouvoir payer les pensions. Comme le souligne la Cour des comptes, le financement des déficits par l'Acosse se fait « dans des conditions qui pourraient mettre en risque le versement des prestations ».

L'article 13 du PLFSS, qui porte d'un an à deux ans l'échéance maximale de la dette de l'Acosse, ne remet pas cette situation en cause.

¹ Hypothèses : croissance de l'Ondam de 3,5 % (au lieu de 3,4 % en 2025 et 2,9 % ensuite) et croissance du PIB de 0,75 % en 2025 et 1,25 % ensuite (au lieu de 0,9 % en 2025, 1,4 % en 2026, 1,5 % en 2027, 1,5 % en 2028).

Il importe donc de réaliser rapidement de nouveaux transferts de dette à la Cades.

Il faudrait pour cela repousser l'échéance de 2033 actuellement fixée pour l'amortissement de la dette sociale, ce qui ne peut être fait que par une loi organique.

Un tel report ne serait toutefois acceptable que s'il était accompagné d'une trajectoire crédible de réduction du déficit.

AVANT-PROPOS

I. UN CONTEXTE FINANCIER ET INSTITUTIONNEL PRÉOCCUPANT

A. UN DÉFICIT PUBLIC SANS PRÉCÉDENT HORS PÉRIODE DE CRISE

1. Une situation des finances publiques beaucoup plus dégradée que prévu en 2024

a) *En 2024, un déficit public de 6,0 points de PIB (pour une prévision de 4,4 points de PIB)*

Selon les dernières prévisions associées au projet de loi de finances (PLF) pour 2025, en 2024 le déficit et la dette de l'ensemble des administrations publiques auraient été de respectivement 6,0 et 112,7 points de PIB.

Après celui de l'automne 2023 pour l'année 2023, il s'agit d'un nouvel échec grave de prévision (découlant d'un optimisme structurel des gouvernements successifs, et des difficultés à prévoir les recettes dans le contexte économique actuel). En effet, les prévisions pour 2024 associées au PLF et au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024 étaient de respectivement 4,4 points de PIB et 107,6 points de PIB.

b) *En 2024, un déficit de la sécurité sociale de 18,2 milliards d'euros (pour une prévision de 10,5 milliards d'euros)*

Cet échec de prévision pour 2024 concerne également la sécurité sociale (Robss¹ et FSV²).

Alors que le déficit prévu par la LFSS 2024 était de 10,5 milliards d'euros, selon les dernières prévisions associées au PLFSS 2025, il serait finalement de 18,2 milliards d'euros.

Comme la Cour des comptes le souligne dans sa communication³ d'octobre 2024 aux deux commissions des affaires sociales, cette erreur de prévision est sans précédent hors contexte de crise.

¹ Régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

² Fonds de solidarité vieillesse.

³ « La dégradation de la prévision du déficit attendu en 2024 [...] est d'une ampleur inédite hors contexte de crise. [...] Dans la dernière décennie, hors les deux années de crise sanitaire, un dépassement de la prévision initiale d'une telle ampleur est sans précédent » (*Cour des comptes, La situation financière de la sécurité sociale – un déficit devenu structurel malgré les mesures envisagées pour 2025, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2024*).

Elle provient de l'effet cumulé de la surévaluation des recettes de 2023, de facteurs propres aux recettes de 2024 (en particulier en ce qui concerne les recettes de TVA) et d'un nouveau dérapage des dépenses dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

c) Au niveau de l'ensemble des administrations de sécurité sociale, une situation proche de l'équilibre en 2024 (pour une prévision d'excédent de 17,3 milliards d'euros)

Selon le texte initial du PLFSS 2025 comme selon les dernières prévisions associées au PLFSS 2025, le solde de l'ensemble des administrations de sécurité sociale (Asso)¹ aurait été quasiment nul en 2024.

Selon le plan budgétaire et structurel à moyen terme (PSMT) de l'automne 2024, cela aurait correspondu à un léger déficit, de 0,6 milliard d'euros.

À titre de comparaison, la loi de programmation des finances publiques (LFPF) de décembre 2023 prévoyait un excédent de 17,3 milliards d'euros.

L'écart, d'environ 18 milliards d'euros, se répartirait entre environ un tiers pour la sécurité sociale et un tiers pour les régimes complémentaires de retraite, l'excédent de l'Unédic étant en outre inférieur de près de 3 milliards d'euros à la prévision.

Dans le tome I de son rapport sur le PLFSS 2024, la commission avait déploré, outre l'optimisme des prévisions de solde pour la sécurité sociale, « *des prévisions elles aussi optimistes dans le cas de l'Unédic et des régimes complémentaires de retraite* ».

2. En 2025, un déficit de la sécurité sociale d'environ 30 milliards d'euros sans mesures correctrices

Le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2024 prévoyait un déficit de 28,4 milliards d'euros en 2025 sans mesures nouvelles.

Compte tenu notamment du dérapage de l'Ondam en 2024², en l'absence de mesures le déficit 2025 devrait être supérieur à 30 milliards d'euros.

¹ Qui, on le rappelle, comprennent notamment, outre la sécurité sociale, les régimes complémentaires de retraite, l'assurance chômage et la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

² Selon le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, l'Ondam 2024 a dérapé de 2 milliards d'euros par rapport à la LFSS 2024, du fait notamment d'une progression plus dynamique que prévu des dépenses de soins de ville, en particulier au titre des indemnités journalières, des actes des médecins spécialistes et des médicaments nets des remises, et d'un coût prévisionnel plus élevé que prévu de 0,3 milliard des dépenses liées à la covid-19.

B. UNE DISCUSSION INSTITUTIONNELLEMENT COMPLIQUÉE, QUI A CONDUIT À LA CENSURE DU GOUVERNEMENT ET À L'ADOPTION D'UNE LOI SPÉCIALE

1. En première lecture, un non-respect des délais constitutionnels

a) Un non-respect par le Gouvernement de la date limite du premier mardi d'octobre pour le dépôt du texte

Le PLFSS pour 2025 a été déposé à l'Assemblée nationale le 10 octobre 2024, soit neuf jours après l'échéance organique du premier mardi d'octobre (soit, en 2024, le mardi 1^{er} octobre).

Cela s'explique par le délai de constitution du nouveau gouvernement¹.

b) Un non-respect par l'Assemblée nationale de son délai de 20 jours pour l'examen en première lecture

L'article 47-1 de la Constitution prévoit que « si l'Assemblée nationale ne s'est pas prononcée en première lecture dans le délai de vingt jours après le dépôt d'un projet, le Gouvernement saisit le Sénat qui doit statuer dans un délai de quinze jours ».

Le point de départ du délai étant la lettre du Gouvernement récapitulant les annexes du projet de loi, datée du 16 octobre, le délai expirait le 5 novembre à minuit.

L'Assemblée n'ayant alors pas achevé l'examen du texte, le Gouvernement, conformément à l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale, a saisi le Sénat du texte initial, modifié par les amendements votés par l'Assemblée nationale et acceptés par lui.

2. La censure du Gouvernement sur les conclusions de la CMP

Après l'adoption du texte par le Sénat, une commission mixte paritaire (CMP), réunie le 27 novembre 2024, est parvenue à élaborer un texte commun sur les dispositions restant en discussion.

Le 2 décembre 2024, lors de l'examen des conclusions de la CMP par l'Assemblée nationale, le Premier ministre, conformément à l'article 49 alinéa 3 de la Constitution, a engagé la responsabilité du Gouvernement sur le texte de la CMP, modifié par quelques amendements de celui-ci (se limitant à des coordinations, en particulier s'agissant des articles de chiffres, et à des corrections d'erreurs matérielles).

¹ Le Premier ministre a été nommé le 5 septembre 2024.

Deux motions de censure ont été déposées, l'une par la gauche, l'autre par le groupe Rassemblement national. Elles ont été examinées le 4 décembre. La première ayant été adoptée, la seconde n'a pas été mise aux voix.

En conséquence, conformément à l'article 50 de la Constitution, le Premier ministre a remis au Président de la République la démission du Gouvernement, le 5 décembre.

La censure du Gouvernement se traduisait par :

- le rejet, par l'Assemblée nationale, du texte proposé par la CMP ;
- l'impossibilité matérielle qu'une LFSS pour 2025 soit promulguée au 1^{er} janvier 2025.

3. L'adoption d'une loi spéciale, autorisant notamment la sécurité sociale à emprunter

Juridiquement, le rejet des conclusions de la CMP par l'Assemblée nationale le 4 décembre 2024 ne constituait pas un rejet du PLFSS par le Parlement. Comme l'article 45 de la Constitution le prévoit en cas de non-adoption des conclusions de la CMP, le Gouvernement avait la faculté de reprendre la procédure au stade de la nouvelle lecture - ce qu'il a choisi de faire.

Le tableau ci-après synthétise les règles constitutionnelles et organiques applicables au PLF et au PLFSS si le Parlement ne se prononce pas dans le délai constitutionnel ou si le texte ne peut être promulgué avant le début de l'exercice.

Règles applicables en cas de non-respect du délai constitutionnel d'examen ou de l'échéance du 1^{er} janvier

	PLF	PLFSS
Si le Parlement ne se prononce pas dans le délai constitutionnel		
<i>Délai</i>	<i>Art. 47 C et 40 Lolf : 70 jours</i>	<i>Art. 47-1 C : 50 jours</i>
<i>Procédure</i>	<i>Art. 47 C et 40 Lolf : possible mise en œuvre par ordonnance</i>	<i>Art. 47-1 C : possible mise en œuvre par ordonnance</i>
Si le texte ne peut être promulgué avant le début de l'exercice	Art. 47 C et 45 Lolf : autorisation de percevoir les impôts (1 ^{re} partie PLF ou loi spéciale) et ouverture par décret des services votés	<ul style="list-style-type: none">• Pas de procédure prévue par les textes• Domaine exclusif de la LFSS : autorisation de recourir à l'emprunt

C : Constitution.

Source : Commission des affaires sociales

Au lendemain de la censure du précédent gouvernement, on se trouvait à la fois dans chacune des deux situations : le Parlement était dans l'impossibilité de se prononcer dans le délai constitutionnel de 50 jours et le texte ne pouvait être promulgué au début de l'exercice.

S'agissant de l'impossibilité du Parlement de se prononcer dans le délai constitutionnel de 50 jours, selon la lettre de l'article 47-1 de la Constitution, le Gouvernement avait la faculté (mais pas l'obligation) de mettre en œuvre le PLFSS par ordonnance¹, ce qui était évidemment impossible compte tenu du contexte. Il a donc décidé de poursuivre la procédure d'examen du texte, comme le lui permettait l'article 45 de la Constitution.

Toutefois, il convenait également de faire face à l'urgence, alors que ni la loi de finances, ni la LFSS ne pouvaient être promulguées avant le début de l'exercice 2025. Si la Constitution prévoyait une procédure dans le cas du PLF, tel n'était pas le cas dans celui du PLFSS. Or, en l'absence de LFSS, la sécurité sociale n'aurait pu emprunter (et donc verser certaines prestations), son autorisation de recourir à l'emprunt relevant du domaine exclusif des LFSS². Conformément à un avis du Conseil d'État³, la solution retenue, tirant sa validité du principe constitutionnel de « *continuité de la vie nationale* », a consisté à inclure cette autorisation dans la loi spéciale⁴ prévue dans le cas de la loi de finances.

II. UN PLFSS DE COMPROMIS QUI N'EST PAS À LA HAUTEUR DES ENJEUX

A. UN TEXTE DE COMPROMIS QUI PRÉVOIT UNE AGGRAVATION DU DÉFICIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE PAR RAPPORT À SON NIVEAU DE 2024

1. Un déficit revu à la hausse lors des versions successives du texte

Comme le montre le graphique ci-après, le déficit prévisionnel de la sécurité sociale pour les années 2025 à 2028, déjà très élevé en 2024, s'est aggravé de manière continue au cours des versions successives du texte.

¹ Selon l'article 47-1 de la Constitution, « si le Parlement ne s'est pas prononcé dans un délai de cinquante jours, les dispositions du projet peuvent être mises en œuvre par ordonnance ».

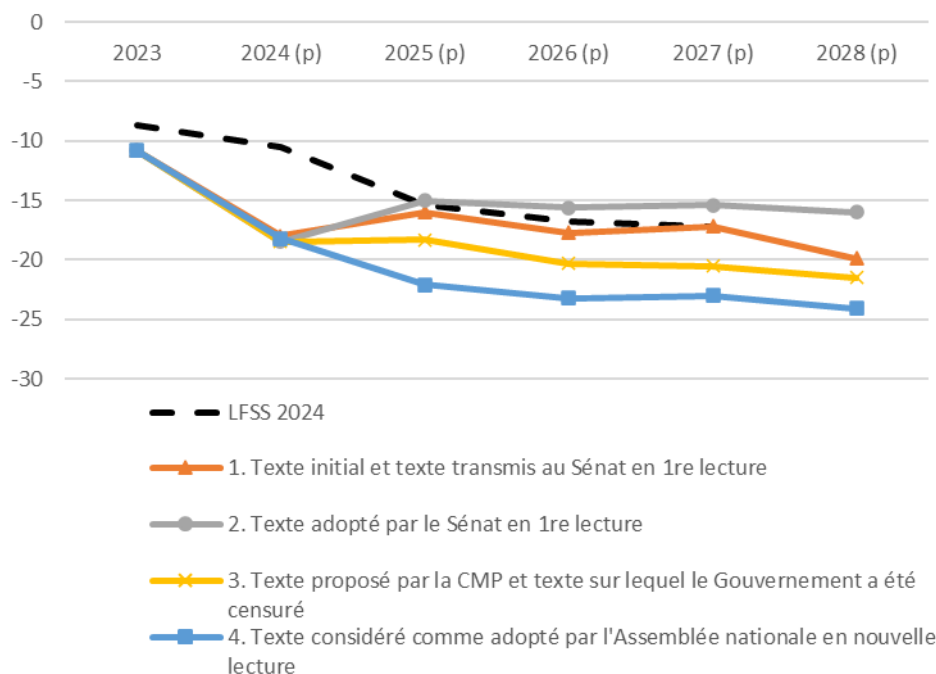
² L'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale prévoit que la LFSS de l'année « arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources ». L'article L.O. 111-3-4 précité fait partie de la subdivision du code de la sécurité sociale relative aux « dispositions obligatoires » des LFSS, qui sont aussi des dispositions exclusives (c'est-à-dire ne pouvant figurer dans un autre texte).

³ Conseil d'État, Avis relatif à l'interprétation de l'article 45 de la Lolf, pris pour l'application du quatrième alinéa de l'article 47 de la Constitution, n° 40 908, 9 décembre 2024.

⁴ Loi n° 2024-1188 du 20 décembre 2024 spéciale prévue par l'article 45 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

Solde de la sécurité sociale (Robss + FSV) : prévision des versions successives du texte

(en milliards d'euros)



	2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)
Texte initial et texte transmis par le Gouvernement au Sénat						
Recettes	600,0	625,3	645,4	663,6	684,3	702,5
Dépenses	610,7	643,4	661,5	681,4	701,6	722,4
Solde	-10,8	-18,0	-16,0	-17,7	-17,2	-19,9
Texte adopté par le Sénat en première lecture						
Recettes	600,0	624,8	646,5	665,8	686,1	706,2
Dépenses	610,7	643,4	661,5	681,4	701,5	722,2
Solde	-10,8	-18,5	-15,0	-15,6	-15,4	-16,0
Texte proposé par la CMP* et texte sur lequel le précédent gouvernement a été censuré						
Recettes	600,0	624,8	642,6	660,5	680,6	700,4
Dépenses	610,7	643,4	660,9	680,8	701,1	721,9
Solde	-10,8	-18,5	-18,3	-20,3	-20,5	-21,5
Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture						
Recettes	600,0	624,7	644,3	662,2	682,6	702,5
Dépenses	610,7	642,9	666,4	685,4	705,6	726,6
Solde	-10,8	-18,2	-22,1	-23,2	-23,0	-24,1

FSV : Fonds de solidarité vieillesse. Robss : régime obligatoire de base de sécurité sociale.

* Conformément à l'usage, la CMP n'a pas actualisé cet article pour prendre en compte les conséquences des modifications proposées par ailleurs, laissant au Gouvernement le soin de le faire dans la suite de la navette. Les montants indiqués ici sont ceux du texte sur lequel le précédent gouvernement a été censuré.

Source : Commission des affaires sociales, d'après les textes indiqués

a) Un texte initial prévoyant un déficit de 16 milliards d'euros en 2025 et de près de 20 milliards d'euros en 2028

Pour la première fois, la LFSS 2024 ne prévoyait pas de réduction du déficit sur la période de programmation, alors même que le niveau du déficit était sans précédent hors période de crise. La commission s'était alors fortement opposée à ce qui pouvait apparaître comme l'abandon de toute ambition de réduction du déficit.

Dans le cas du texte initial du PLFSS 2025, même si formellement le déficit prévu pour 2027 était inchangé (à 17,2 milliards d'euros), la prévision était un peu plus dégradée que celle de la LFSS 2024. Par ailleurs, le déficit prévisionnel pour 2028 (19,9 milliards d'euros) était plus élevé que celui pour 2024 (18 milliards d'euros).

Le texte transmis au Sénat par le Gouvernement maintenait cette projection inchangée.

b) Un texte nettement amélioré par le Sénat en première lecture, avec un déficit de « seulement » 15 milliards d'euros en 2025 et 16 milliards d'euros en 2028

Le Sénat a adopté 242 amendements, inséré 68 articles additionnels et supprimé 3 articles.

Il a en particulier modifié :

- l'article 6, réformant les allègements généraux de cotisations patronales. Il a neutralisé la réduction des allègements au niveau du Smic, qui selon les estimations disponibles aurait détruit environ 50 000 emplois. Le rendement net de la mesure pour l'ensemble des administrations publiques, de 4 milliards d'euros par an dans le texte initial, a ainsi été ramené à 3 milliards d'euros en 2025. Il a toutefois été préservé dans le cas des exercices postérieurs, le point de sortie étant avancé à 2,05 Smic (contre 3 Smic dans le texte initial) ;

- l'article 23, relatif à la revalorisation des pensions de retraite. Alors que le texte initial prévoyait une revalorisation de toutes les retraites au 1^{er} juillet (et non au 1^{er} janvier comme actuellement), le texte adopté par le Sénat prévoyait une revalorisation différenciée : toutes les retraites devaient être revalorisées au 1^{er} janvier, les « petites retraites » (inférieures ou égales à 1 500 euros bruts par mois) faisant l'objet d'une revalorisation supplémentaire au 1^{er} juillet (les taux de revalorisation devant être fixés par décret).

Le Sénat a en outre inséré un article 7 bis B, augmentant de sept heures la durée annuelle du travail et instaurant une contribution de solidarité par le travail pour financer la branche autonomie.

Alors que le déficit prévu pour 2025 par le texte initial était de 16 milliards d'euros, il était ramené à 15 milliards d'euros dans le texte du Sénat.

Le déficit prévu pour 2028, de 19,9 milliards d'euros dans le texte transmis, n'était plus que de 16 milliards d'euros dans le texte du Sénat. Cette amélioration de près de 4 milliards d'euros venait du fait que les mesures « coûteuses » du Sénat étaient très majoritairement temporaires¹, alors que les mesures du Sénat améliorant le solde étaient en totalité pérennes².

c) Un déficit porté par le texte proposé par la commission mixte paritaire (et celui sur lequel le précédent gouvernement a été censuré) à 18,3 milliards d'euros en 2025 et 21,5 milliards d'euros en 2028

La CMP s'est réunie le 27 novembre 2024. Pour la première fois depuis le PLFSS pour 2011, elle est parvenue à adopter un texte.

Ce texte a conduit à revoir le déficit à la hausse.

En particulier, dans le cas de l'article 6 :

- la CMP en a ramené le rendement à seulement 1,6 milliard d'euros en 2025 ;

- dans le cas des exercices postérieurs, elle a prévu que le Gouvernement pouvait librement fixer par décret le niveau des allègements au niveau du Smic. Elle a en outre à nouveau fixé le seuil de sortie à 3 Smic.

Par ailleurs, la CMP a supprimé l'article 7 bis B, instaurant une contribution de solidarité par le travail.

Au total, les mesures législatives tendant à améliorer le solde, d'environ 10 milliards d'euros dans le texte du Sénat, ont été ramenées à environ 6 milliards d'euros³.

¹ Sur les 2,5 milliards d'euros de « mesures du Sénat » (y compris mesures réglementaires) dégradant le solde, 1,7 milliard d'euros étaient temporaires : réduction du gain sur les allègements généraux (1 milliard d'euros, mais seulement en 2025), étalement de la hausse de taux de la CNRACL (0,6 milliard d'euros en 2025 et rien à partir de la quatrième année), fonds d'urgence en faveur des Ehpad (0,1 milliard d'euros).

Les mesures dégradant le solde de manière pérenne coûtaient 0,8 milliard d'euros : 0,4 milliard d'euros pour la revalorisation différenciée des retraites, 0,2 milliard d'euros pour l'augmentation des concours de la CNSA aux départements, 0,2 milliard d'euros pour le maintien de l'exonération des apprentis de CSG et de CRDS.

² Les mesures améliorant le solde (près de 5 milliards d'euros) étaient toutes pérennes : contribution de solidarité par le travail (2,5 milliards d'euros), freinage de la trajectoire de l'Ondam (0,6 milliard d'euros), fiscalité comportementale (0,6 milliard d'euros), attributions gratuites d'actions (0,5 milliard d'euros), obligation d'utiliser le dossier médical partagé et mesures de lutte contre la fraude (0,5 milliard d'euros), économies sur les médicaments biosimilaires (0,2 milliard d'euros).

³ La réduction du rendement des mesures, de 4,2 milliards d'euros, provenait des allègements généraux pour 1,5 milliard d'euros (rendement de la mesure ramené de 3,1 milliards d'euros dans le texte du Sénat à 1,6 milliard d'euros dans celui de la CMP), de la suppression de la contribution de solidarité par le travail pour 2,5 milliards d'euros et de la suppression de l'augmentation de la fiscalité du tabac pour 0,2 milliard d'euros.

La CMP a précisé l'article 23, en fixant le taux de revalorisation des pensions à 0,8 % au 1^{er} janvier 2025, et en prévoyant qu'une revalorisation complémentaire des « petites retraites » au 1^{er} juillet 2025 devait permettre une revalorisation globale de 1,6 % au titre de 2025.

Conformément à l'usage, la CMP n'a pas actualisé les articles de chiffres. Cette actualisation a été faite par le précédent gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité, avant d'être censuré. Ce texte prévoyait un déficit de 18,3 milliards d'euros en 2025 et 21,5 milliards d'euros en 2028.

d) Un déficit porté par le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture à 22,1 milliards d'euros en 2025 et 24,1 milliards d'euros en 2028

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture porte le déficit de la sécurité sociale à 22,1 milliards d'euros en 2025 et 24,1 milliards d'euros en 2028.

Dans le cas de 2025, l'augmentation du déficit prévisionnel par rapport au texte de la CMP est de près de 4 milliards d'euros, ce qui est inférieur à la diminution des mesures nettes de réduction du déficit entre ces deux textes, de près de 6 milliards d'euros. Cela semble notamment découler d'hypothèses plus optimistes pour l'évolution spontanée des recettes (*cf. infra*).

e) Sur la base d'hypothèses moins optimistes, un déficit un peu plus élevé que prévu en 2025, augmentant jusqu'à 35 milliards d'euros en 2028

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale peut sembler optimiste, en raison des hypothèses retenues pour la croissance du PIB et les dépenses entrant dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Ainsi, comme la rapporteure générale l'a souligné dans le tome I du rapport sur le texte initial du PLFSS 2025, des hypothèses un peu moins optimistes¹ conduiraient, par rapport aux hypothèses retenues par le texte initial, à un déficit supérieur d'environ 2 milliards d'euros en 2025 et 12 milliards d'euros en 2028.

¹ Croissance du PIB en volume : 0,75 % en 2025 et 1,25 % ensuite (contre en 2025 1,1 % selon le texte initial et 0,9 % selon le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale et, dans toutes les versions du texte, 1,4 % en 2026, 1,5 % en 2027, 1,5 % en 2028). Croissance de l'Ondam en valeur : 3,5 % par an (contre en 2025 2,8 % selon le texte initial et 3,4 % selon le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale et, dans toutes les versions du texte, 2,9 % ensuite).

Toutefois, dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, certaines de ces hypothèses sont plus réalistes que dans le texte initial¹.

Au total, le déficit résultant du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale pourrait être légèrement supérieur à la prévision en 2025 et atteindre en 2028 environ 35 milliards d'euros.

2. Une rupture par rapport aux vingt dernières années

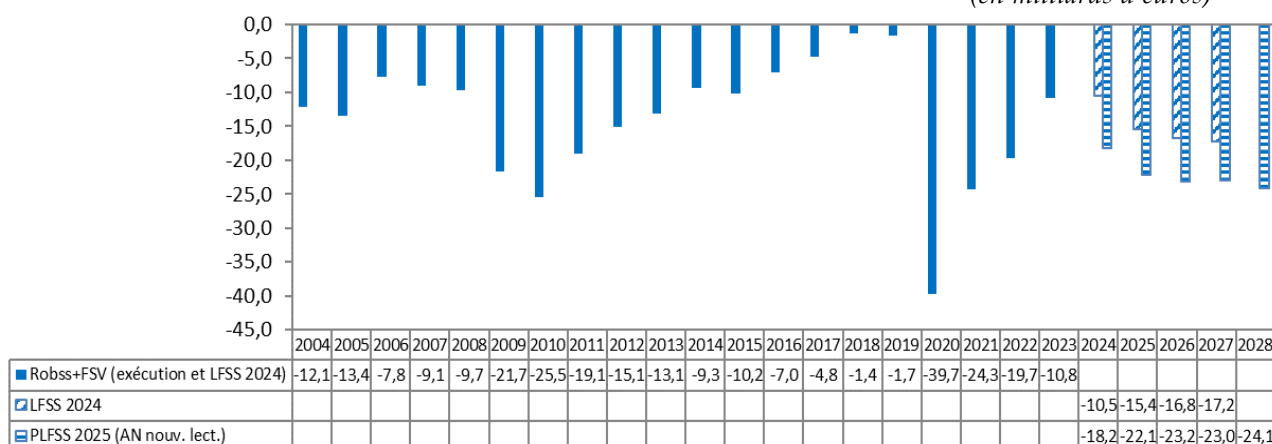
Le graphique ci-après permet de mettre en perspective la projection du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale.

Même en supposant que cette projection soit vérifiée, il s'agirait d'une rupture par rapport à ce qui, par comparaison, pourrait sembler une relative maîtrise du déficit ces vingt dernières années.

Comme on l'a indiqué, cette projection repose sur des hypothèses optimistes, un déficit de 35 milliards d'euros en 2028 pouvant sembler plus réaliste, sans nouvelles mesures. Ce serait, alors même que la France ne traverserait aucune crise particulière, un niveau intermédiaire entre celui de la crise financière de 2009 et celui de la crise sanitaire.

Solde de la sécurité sociale (Robss + FSV) : exécution et prévision

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales, d'après les LFSS et le PLFSS 2025

¹ En particulier s'agissant de la prévision de croissance du PIB en 2025 (ramenée de 1,1 % à 0,9 %) et de la prévision de croissance de l'Ondam en 2025 (portée de 2,8 % à 3,4 %).

3. Des mesures de réduction du déficit ramenées de 15 milliards d'euros dans le texte initial à 9 milliards d'euros

Le tableau ci-après synthétise les principales mesures prévues pour 2025.

Leur impact net sur le solde de la sécurité sociale serait revu à la baisse d'environ 3 milliards d'euros par rapport au texte de la CMP (et de 9 milliards d'euros par rapport au texte du Sénat et de 7 milliards d'euros par rapport au texte initial).

Comme dans le texte initial, les mesures se répartiraient à peu près également entre recettes et dépenses.

Si les mesures réglementaires seraient analogues à celles initialement prévues (6 milliards d'euros, contre 8,1 milliards d'euros), les mesures législatives seraient divisées par plus de 2 (passant de 7,3 milliards d'euros à 2,8 milliards d'euros).

Principales mesures prévues pour 2025

(en milliards d'euros)

Un montant positif indique une amélioration du solde, un montant négatif une dégradation du solde	Première lecture		Texte proposé par la CMP	Nouvelle lecture (Assemblée)
	Texte initial ³	Texte Sénat		
Principales mesures réglementaires améliorant le solde	8,1	8,1	9,0	6,0
Freinage de la trajectoire de l'Ondam (« dépenses au titre des soins de ville, des produits de santé et des établissements sanitaires et médico sociaux ») ^{1,2}	4,9	5,5	6,1	4,3
dont maîtrise des prix des produits de santé, et des volumes	1,4	ND	ND	ND
dont ticket modérateur	1,1	ND	ND	ND
dont optimisations des achats à l'hôpital	0,7	ND	ND	ND
dont indemnités journalières (baisse du plafond)	0,6	ND	ND	ND
dont gage de la hausse des taux de la CNRACL pour les employeurs de la FPT ¹	1,1	ND	ND	ND
dont « effort supplémentaire de 600 millions d'euros sur le médicament qui sera contractualisé avec les industries de santé » ²		0,6	0,6	0,6
dont « 600 millions d'euros de mesures complémentaires de modération de la dépense et d'efficacité, qui devront notamment être documentées par des mesures réglementaires » ²			0,6	0,0
Hausse de 4 points du taux de cotisation à la CNRACL	2,3	1,7	1,7	1,7
Hausse des taux de l'évaluation forfaitaire de l'avantage en nature relative aux véhicules de fonction	0,3	0,3	0,3	0,0
Accord sur les cotisations de retraite des travailleurs transfrontaliers	0,3	0,3	0,3	0,0
Fusion des sections hors Ondam – recettes fiscales indéterminées	0,3	0,3	0,3	ND
« Élargir l'assiette soumise à cotisation et à écrêter les niches socio-fiscales » ²			0,2	0,0
« Mesures d'efficacité dans la gestion des organismes de sécurité sociale » ²			0,1	0,0
Principales mesures législatives améliorant ou dégradant le solde	7,3	9,7	3,0	2,8
Reprofilage des allègements généraux (art. 6)	4,1	3,1	1,6	1,6
Revalorisation des retraites (art. 23)	2,9	2,5	0,0	0,0
Contribution de solidarité par le travail (art. 7 bis B)		2,5	0,0	0,0
Attributions gratuites d'actions (art. 6 bis)		0,5	0,5	0,5
Obligation d'utiliser le dossier médical partagé et mesures contre la fraude (art. 8 bis, 16 bis E, etc.)		0,5	0,5	0,5
Réduction de niches sociales (contrats d'apprentissage, entreprises d'armement maritime, jeunes entreprises innovantes) (art. 7)	0,3	0,1	0,1	0,1
Réforme de la taxe sur les boissons sucrées (art. 9 bis)		0,2	0,2	0,2
Réforme de la fiscalité des jeux (art. 9 ter B)		0,2 ³	0,2	0,2
Augmentation de la fiscalité sur le tabac (art. 9 ter D)		0,2	0,0	0,0
Économies sur les médicaments biosimilaires (art. 9 ter)		0,2	0,2	0,2
Fonds d'urgence pour les Ehpad (art. 21 quater)		-0,1	-0,1	-0,3
Départements (PCH et APA) (art. 20 ter)		-0,2	-0,2	-0,2
Total	15,4	17,8	12,0	8,8
Recettes	7,6	9,4	5,4	4,3
Dépenses	7,8	8,4	6,6	4,5

¹ Les économies globales indiquées pour l'Ondam sont celles du rapport annexé au PLFSS (article 14 du PLFSS). Elles diffèrent de celles figurant dans l'annexe 3 au PLFSS (1,6 milliard d'euros pour le texte initial), qui, comme le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, intègre certaines mesures « habituelles » dans la croissance spontanée ; et de celles figurant dans le rapport économique, social et financier (Resf) annexé au PLF (3,8 milliards d'euros), « 1,1 Md€ d'économies sur l'Ondam ayant vocation », selon la direction de la sécurité sociale, « à gager la hausse de taux CNRACL de 2025 pour les employeurs de la FPT [fonction publique territoriale] ».

² Expressions figurant dans le rapport annexé (article 14 du PLFSS).

³ La réforme de la fiscalité des jeux résulte d'une modification apportée en première lecture par l'Assemblée nationale et main tenue dans le texte transmis au Sénat.

Dans le cas des économies sur l'Ondam (réglementaires), le Premier ministre a indiqué que l'augmentation du ticket modérateur (devant rapporter 1,1 milliard d'euros pour les consultations médicales selon le texte initial, cet objectif ayant ensuite été ramené à 0,6 milliard d'euros pour les consultations médicales et 0,4 milliard d'euros pour les médicaments) « *ne sera pas reprise* ». Les organismes d'assurance complémentaire devraient toutefois être mis à contribution pour un montant analogue. Cette mesure, qui pourrait figurer en première partie du PLFSS 2026, n'est pas incluse dans la trajectoire du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale¹.

En conséquence notamment de ces moindres économies, la croissance de l'Ondam serait de 3,4 % selon le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale (et non plus 2,6 %).

Lors de son audition par la commission le 5 février 2025, la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles a confirmé que le Gouvernement prévoyait toujours de baisser le plafond des indemnités journalières versées par l'assurance maladie en cas d'arrêt de travail².

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale confirme que, comme demandé par le Sénat, la hausse de douze points du taux de cotisation employeur à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), de nature réglementaire, se fera en quatre années, et non trois comme prévu initialement.

Dans le cas de la refonte des allègements généraux de cotisations patronales, le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale prévoit que malgré l'adoption tardive du PLFSS, elle entre bien en vigueur au 1^{er} janvier 2025. Cela permet d'atteindre le rendement de 1,6 milliard d'euros résultant du texte de la CMP.

La revalorisation différenciée des retraites, qui devait rapporter 2,5 milliards d'euros (contre 2,9 milliards d'euros pour le report de six mois de la revalorisation prévu par le texte initial), n'est plus d'actualité, la revalorisation ayant eu lieu normalement au 1^{er} janvier 2025. L'article correspondant a donc été supprimé.

La contribution de solidarité par le travail, insérée par le Sénat et qui devait rapporter 2,5 milliards d'euros en année pleine, ne figure pas dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale. La rapporteure générale considère toutefois que le financement de la protection sociale, en

¹ Selon le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, « dans la mesure où les organismes complémentaires ont procédé, pour 2025, à des hausses de cotisation en anticipation des hausses de ticket modérateur et que ces hausses n'ont pas été réalisées, le Gouvernement a annoncé son intention d'augmenter la contribution de ces acteurs. Cette mesure viendra abonder les recettes de la branche Maladie mais n'est toutefois pas intégrée à la présente trajectoire car elle devra être portée dans un autre vecteur législatif ».

² L'indemnité serait plafonnée à 1,4 Smic, et non 1,8 comme aujourd'hui, pour un gain estimé à 0,4 milliard d'euros.

particulier de la dépendance, passe nécessairement par une augmentation de la durée du travail. Elle s'efforcera de faire vivre le débat à ce sujet.

Dans le cas de la fiscalité comportementale, le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale conserve les augmentations de la taxe sur les boissons sucrées et de la fiscalité sur les jeux, insérées par le Sénat, dans leur version proposée par la CMP¹. L'augmentation de la fiscalité du tabac est en revanche supprimée.

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale confirme que, conformément aux apports du Sénat, une réforme des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux départements permettra de garantir un niveau de compensation des dépenses de prestation de compensation du handicap (PCH) et d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au moins égal à celui réalisé en 2024, pour un coût estimé à 0,2 milliard d'euros. Par ailleurs, il porte l'aide exceptionnelle en faveur des Ehpad, de 0,1 milliard d'euros dans le texte adopté par le Sénat, à 0,3 milliard d'euros.

B. SÉCURISER RAPIDEMENT LE FINANCEMENT DE LA DETTE SOCIALE

1. Réaliser rapidement de nouveaux transferts de dette sociale à la Cades

En l'état actuel du droit, aucun transfert de dette supplémentaire à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) n'est possible. Ainsi, à droit inchangé, selon l'annexe 2 au PLFSS pour 2025, la dette portée par la Cades atteindrait 137,9 milliards d'euros en 2024, puis diminuerait jusqu'à son amortissement, actuellement prévu pour 2032 selon le scénario figurant à l'annexe 3 du PLFSS.

En conséquence, les déficits de la sécurité sociale s'accumuleraient à l'Acoss. S'ils devaient être de 20 ou 30 milliards d'euros par an, cela pourrait, à brève ou moyenne échéance, mettre en danger le financement de la sécurité sociale.

En effet, selon l'article L. 139-3 du code de la sécurité sociale, l'Acoss ne peut s'endetter qu'à court terme (un an au maximum), ce qui lui impose de se financer quotidiennement sur les marchés. Ainsi, en 2020, au début de la crise sanitaire, du fait du blocage des marchés financiers, l'Acoss n'est plus parvenue à se financer sur les marchés, ce qui a amené à mettre en place un financement d'urgence impliquant la Caisse des dépôts et consignations, pour pouvoir payer les pensions. Comme le souligne la Cour des comptes,

¹ Les actions de sponsoring au bénéfice des fédérations ou des clubs sportifs ont simplement été exclues de l'assiette de la taxe sur la publicité en faveur des jeux d'argent et de hasard.

le financement des déficits par l'Acoss se fait « *dans des conditions qui pourraient mettre en risque le versement des prestations* »¹.

L'article 13 du PLFSS, qui porte d'un an à deux ans l'échéance maximale de la dette de l'Acoss, ne remet pas cette situation en cause².

Il importe donc de sécuriser rapidement le financement de la dette sociale.

2. Se doter d'une trajectoire crédible de réduction du déficit

Il est donc nécessaire de se doter d'une trajectoire crédible de réduction du déficit et de réaliser de nouveaux transferts de dette à la Cades.

Cela impliquerait de repousser l'échéance de 2033 actuellement fixée pour l'amortissement de la dette sociale, ce qui ne peut être fait que par une loi organique.

¹ *Cour des comptes, La situation financière de la sécurité sociale – un déficit devenu structurel malgré les mesures envisagées pour 2025, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2024.*

² *Il s'agit en effet de permettre à l'Acoss de s'endetter effectivement à un an, ce qui pour des raisons techniques n'est pas possible avec la limite actuelle d'un an. L'article 13 prévoit ainsi que la durée moyenne pondérée doit être « inférieure ou égale à un an ».*

EXAMEN DES ARTICLES

Article liminaire

Cet article présente, pour l'exercice en cours et pour l'année à venir, l'état des prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément aux dispositions de la loi organique du 14 mars 2022.

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

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

L'intégration de cet article liminaire dans la LFSS a été souhaitée par le législateur organique.

En effet, si le Parlement, au moment de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, ne peut se prononcer, pour l'essentiel, que sur les mesures ayant un effet sur les régimes obligatoires de base (Robss), les organismes ou des organismes concourant à leur financement (FSV), à l'amortissement de leur dette (Cades) ou à la mise en réserve de recettes à leur profit (FRR), c'est bien le champ plus large des administrations de sécurité sociale (Asso) qui est considéré par l'Insee dans le calcul des comptes des administrations publiques (selon les concepts de la comptabilité nationale), et utilisé pour l'application du pacte de stabilité et de croissance.

Au demeurant, l'État accorde sa garantie de droit ou de fait à plusieurs organismes et régimes situés en dehors du périmètre des Robss.

C'est pourquoi, à défaut d'élargir formellement le périmètre des LFSS, comme l'avait proposé le Sénat¹, le législateur organique a souhaité que le Parlement dispose d'une vision financière globale des administrations de sécurité sociale au moment de l'examen des lois de financement, tant par

¹ Voir notamment la proposition de loi organique n° 492 (2020-2021) tendant à renforcer le pilotage financier de la sécurité sociale et à garantir la soutenabilité des comptes sociaux de M. Jean-Marie Vanlerenberghe et le rapport du Sénat n° 825 (2020-2021) sur la proposition de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

la création de nouvelles annexes relatives à l'assurance chômage, aux régimes complémentaires de retraite et aux établissements de santé que par la création de cet article liminaire.

Sur le fond, les prévisions de cet article, dans sa rédaction initiale, sont retracées dans le tableau ci-après.

Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2024 et 2025 au sens de la comptabilité nationale (version initiale du présent article)

(en points de produit intérieur brut)

	2024	2025
Recettes	26,6	26,7
Dépenses	26,6	26,4
Solde	0,0	0,2

Source : Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025

Prises dans leur ensemble, les Asso, dont les dépenses et les recettes représentent plus d'un quart du PIB, auraient donc présenté, selon le Gouvernement, un excédent nul en 2024 et de 0,2 point de PIB en 2025.

Les administrations de sécurité sociale (Asso)

Les administrations de sécurité sociale regroupent les régimes d'assurance sociale et les organismes dépendant des assurances sociales (principalement les hôpitaux à financement public) (Odass).

Les régimes d'assurance sociale comprennent principalement :

- le régime général ;
- divers fonds : Fonds de solidarité vieillesse (FSV), mais aussi Fonds commun pour les accidents du travail (FCAT), Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), Service social d'allocation aux personnes âgées (Saspa), Fonds de compensation des organismes de sécurité sociale (FCOSS), etc. ;
- les autres régimes de base des salariés (régimes spéciaux d'entreprises et d'établissements publics, salariés agricoles, etc.) ;
- les régimes des non-salariés (dont la mutualité sociale agricole) ;
- l'Unédic ;
- les régimes complémentaires d'assurance vieillesse des salariés (Agirc-Arrco, etc.) ;
- depuis un reclassement effectué en 2011 par l'Insee, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) et le Fonds de réserve des retraites (FRR), jusqu'alors considérés comme des organismes divers d'administration centrale (Odac).

Les organismes dépendant des assurances de sécurité sociale (Odass), qui dépendent des administrations de sécurité sociale, comprennent :

- les hôpitaux de l'assistance publique, ainsi que les hôpitaux privés financés par la dotation globale hospitalière (attribuée par les caisses de sécurité sociale) ;
- les œuvres sociales intégrées aux organismes de sécurité sociale (œuvres sociales de la Cnaf, écoles d'infirmiers) ;
- France Travail.

En 2024 comme en 2025, l'écart entre le déficit de la sécurité sociale et l'excédent global des administrations de sécurité sociale devait essentiellement provenir de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) et de l'Unédic.

L'hypothèse d'un fort excédent des régimes complémentaires de retraites, dont la commission avait souligné l'irréalisme à l'occasion de l'examen du PLFSS 2024, était abandonnée.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

Le tableau ci-après synthétise les versions successives du présent article.

Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2024 et 2025 au sens de la comptabilité nationale

(en points de produit intérieur brut)

	2024	2025
Texte initial et texte transmis au Sénat		
Recettes	26,6	26,7
Dépenses	26,6	26,4
Solde	0,0	0,2
Texte adopté par le Sénat		
Recettes	26,6	26,6
Dépenses	26,6	26,4
Solde	0,0	0,2
Texte proposé par la CMP* et texte sur lequel le Gouvernement a été censuré le 4 décembre 2024		
Recettes	26,6	26,5
Dépenses	26,6	26,5
Solde	0,0	0,1
Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture		
Recettes	26,6	26,7
Dépenses	26,6	26,8
Solde	0,0	-0,1

* Conformément à l'usage, la CMP n'a pas actualisé cet article pour prendre en compte les conséquences des modifications proposées par ailleurs, laissant au Gouvernement le soin de le faire dans la suite de la navette. Les montants indiqués ici sont ceux du texte sur lequel le précédent gouvernement a été censuré.

Source : Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025

A. Les modifications adoptées en première lecture

Le Gouvernement a transmis cet article au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

À l'initiative du Gouvernement, et avec un avis favorable de la commission, le Sénat a ramené les prévisions de recettes de 2025 de 26,7 points de PIB à 26,6 points de PIB. Compte tenu des arrondis, cette modification était sans impact sur le solde.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La CMP a proposé de retenir le texte du Sénat. En effet, l'usage est que son texte ne tire pas les conséquences, dans ses articles de chiffres, des modifications apportées aux autres articles, ce soin étant laissé au Gouvernement dans la suite de la navette.

Toutefois le texte sur lequel le précédent Gouvernement a été censuré le 4 décembre 2024 avait bien été actualisé pour prendre en compte ces modifications. Il affichait pour 2025 un excédent ramené à 0,1 point de PIB, en diminution de 0,1 point de PIB par rapport au texte adopté par le Sénat en première lecture.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture prévoit pour 2025 un déficit prévisionnel de 0,1 point de PIB, en dégradation de 0,3 point de PIB (soit près de 10 milliards d'euros) par rapport au texte initial comme par rapport au texte adopté par le Sénat en première lecture.

Le Gouvernement indique que cette dégradation provient de l'actualisation des prévisions macroéconomiques et de l'abandon de certaines mesures tendant à améliorer le solde.

À titre de comparaison, le déficit prévisionnel de la seule sécurité sociale (régimes obligatoires de base et Fonds de solidarité vieillesse) en 2025, de 16 milliards d'euros dans le texte initial, passerait à 22,1 milliards d'euros, ce qui représente une dégradation de « seulement » 6 milliards d'euros. La prévision actualisée du Gouvernement semble donc également supposer une dégradation du solde des autres administrations de sécurité sociale.

III - La position de la commission

Dans son avis du 29 janvier 2025 sur le PLF et le PLFSS¹, le Haut Conseil des finances publiques souligne que l'objectif de déficit public du Gouvernement repose notamment sur « *des hypothèses macroéconomiques un peu optimistes* » et sur « *une forte maîtrise des dépenses d'assurance-maladie qui doivent être étayées par des mesures plus efficaces que celles qui ont été déployées jusqu'à présent* ».

On rappelle toutefois que le présent article est purement prévisionnel.

Par ailleurs, l'article liminaire est une disposition obligatoire des LFSS (article L.O. 111-3-2 du code de la sécurité sociale). Son absence susciterait un risque d'inconstitutionnalité de l'ensemble du PLFSS.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Haut Conseil des finances publiques, Avis n° HCFP - 2025 - 1 relatif à l'amendement des projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour l'année 2025, 29 janvier 2025.

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2024

Article 1^{er}

Rectification des tableaux d'équilibre

Cet article a pour objet de rectifier pour 2024, exercice en cours lors du dépôt du présent projet de loi, les tableaux d'équilibre, par branche, des régimes obligatoires de base, ainsi que le tableau d'équilibre du Fonds de solidarité vieillesse.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément à la loi organique du 14 mars 2022.

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

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

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

2° Rectifie les objectifs de dépenses, par branche, de ces régimes [...] ;

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

A. La rectification des tableaux d'équilibre

Le présent article comprend deux tableaux, le premier pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss), le deuxième pour le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Depuis la LFSS 2023, cette partie rectificative ne comporte plus de tableau spécifique au régime général de sécurité sociale, conformément au nouveau cadre organique qui focalise les votes du Parlement sur l'ensemble des régimes obligatoires de base.

Le déficit y compris FSV, de 10,8 milliards d'euros en 2023, augmenterait fortement en 2024, pour atteindre, selon la version initiale de cet article, 18,0 milliards d'euros.

B. La rectification de l'objectif d'amortissement de la Cades

Le présent article révisé légèrement l'**objectif d'amortissement de la dette sociale** par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) fixé par la LFSS 2023. Cet objectif s'établirait à **15,99 milliards d'euros**, au lieu de 16 milliards d'euros en LFSS 2024.

Cette révision à la baisse symbolique s'explique par le fait que, comme la Cades l'a indiqué à la rapporteure générale, l'amortissement devrait être un peu en dessous de l'objectif de 16 milliards d'euros, du fait de recettes légèrement inférieures aux prévisions.

C. La confirmation de l'absence de recettes affectées au FRR ou mises à disposition du FSV

Comme prévu par la LFSS 2024, les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont nulles, de même que les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

Le tableau ci-après synthétise les versions successives de l'équilibre de la sécurité sociale prévu par le présent article.

Prévisions de recettes, de dépenses et de solde des Robss et du FSV pour 2024

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Texte initial et texte transmis au Sénat			
Maladie	239,0	253,6	-14,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	16,7	16,0	0,7
Vieillesse	287,4	293,7	-6,3
Famille	58,3	57,9	0,4
Autonomie	40,9	40,0	0,9
Toutes branches (hors transferts entre branches)	624,2	643,0	-18,9
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	625,3	643,4	-18,0
Texte adopté par le Sénat en première lecture, texte proposé par la CMP, texte sur lequel le Gouvernement a été censuré le 4 décembre 2024			
Maladie	238,6	253,6	-15,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	16,7	16,0	0,7
Vieillesse	287,4	293,7	-6,3
Famille	58,3	57,9	0,4
Autonomie	40,9	40,0	0,9
Toutes branches (hors transferts entre branches)	623,7	643,0	-19,4
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	624,8	643,4	-18,5
Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture			
Maladie	238,0	253,3	-15,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	16,7	16,1	0,6
Vieillesse	287,6	293,6	-6,0
Famille	58,4	57,9	0,5
Autonomie	41,1	39,9	1,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	623,6	642,6	-19,0
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	624,7	642,9	-18,2

Robss : régimes obligatoires de base de sécurité sociale. FSV : Fonds de solidarité vieillesse.

Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les textes indiqués

A. Les modifications adoptées en première lecture

Le Gouvernement a transmis cet article au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

Avec un avis favorable de la commission, le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement réduisant d'environ 0,5 milliard d'euros les recettes de la branche maladie en 2024, augmentant à due concurrence le déficit de la branche maladie. De même, pour la sécurité sociale dans son ensemble, les recettes étaient réduites de 0,5 milliard d'euros et le déficit accru de 0,5 milliard d'euros.

Le déficit de la sécurité sociale a donc été revu à la hausse, passant de 18 à 18,5 milliards d'euros.

Selon l'objet de l'amendement, il s'agissait de « *tenir compte de l'impact financier de perspectives moins dynamiques qu'anticipé s'agissant des recettes de remises sur les médicaments et, d'autre part, de rentrées fiscales supplémentaires au titre de la taxe sur la valeur ajoutée* ».

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'adopter cet article sans modification par rapport à la version du Sénat.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale retient une estimation du déficit 2024 intermédiaire entre celles du texte initial (18 milliards d'euros) et du texte adopté par le Sénat (18,5 milliards d'euros), de 18,2 milliards d'euros.

Par rapport au texte adopté par le Sénat, les recettes sont revues à la baisse (- 0,1 milliard d'euros), de même que les dépenses (- 0,5 milliard d'euros), suscitant globalement (du fait des arrondis) une réduction du déficit de 0,3 milliard d'euros.

III - La position de la commission

Le présent article est une disposition obligatoire des LFSS (article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale). Son absence susciterait un risque d'inconstitutionnalité de l'ensemble du PLFSS.

Par ailleurs en ce mois de février 2025, le déficit de la sécurité sociale en 2024 est connu avec une bonne précision.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 2 Rectification de l'Ondam et des sous-objectifs de l'Ondam

Cet article fixe le montant rectifié de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2024 ainsi que ceux de ses sous-objectifs.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

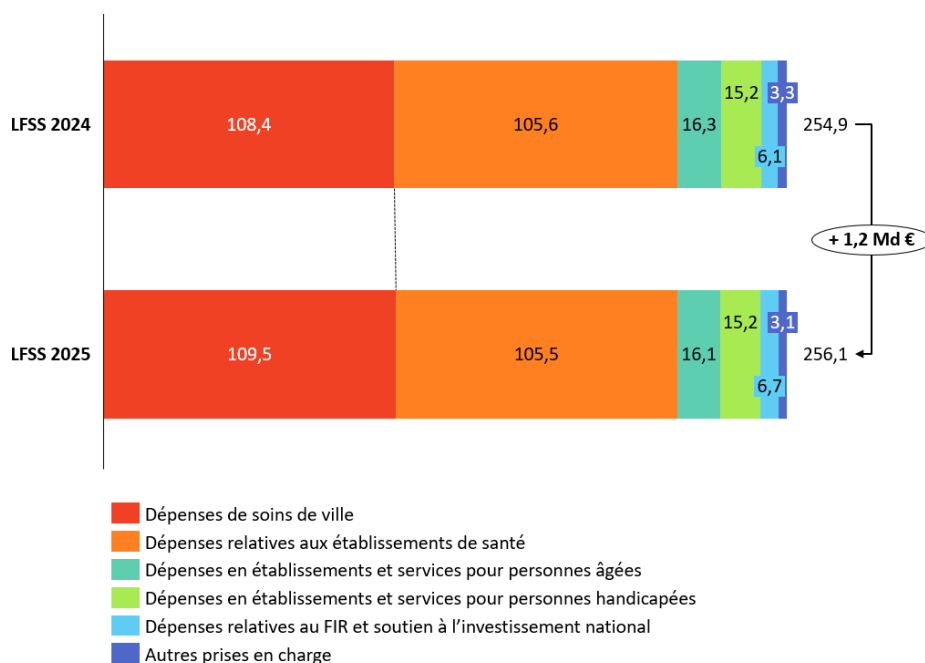
A. 2024 entérine un nouveau dépassement de l'Ondam, d'une ampleur plus limitée que les années précédentes

• La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 a fixé le montant de l'Ondam à **254,9 milliards d'euros pour 2024**.

Ce montant est **rehaussé à 256,1 milliards d'euros** par la LFSS pour 2025, soit **de 1,2 milliard d'euros**. Cette montant majoré représente une progression de l'Ondam de **3,3 %** à périmètre constant par rapport à 2023.

Comparaison des prévisions votées et révisées pour l'Ondam 2024 (LFSS pour 2024 / LFSS pour 2025)

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales, données du PLFSS 2025

- Le dépassement du montant de l'Ondam est constaté à hauteur¹ :
 - de **plus d'un milliard d'euros sur le sous-objectif relatif aux soins de ville** ;
 - de 0,2 milliard d'euros sur le sous-objectif relatif aux établissements de santé ;
 - de 0,3 milliard d'euros par des dépenses liées à la gestion de la covid-19, principalement au titre des achats de vaccins et des dépenses de dépistage.

Le cumul de ces dépassements est compensé par **une moindre dépense constatée de 0,2 milliard d'euros**, en raison d'une révision à la baisse de la trajectoire des dépenses du Ségur de la santé. **Répartition du dépassement prévisionnel de l'Ondam 2024 par sous-objectif**

¹ Les montants présentés prennent en compte la mobilisation des mises en réserve de début d'année.

(en milliards d'euros)

	Montant prévisionnel en LFSS pour 2024 (en Mds €)	Montant rectifié en LFSS pour 2025 (en Mds €)	Taux de dépassement	Taux de progression de l'Ondam 2023 / 2024
Total (hors dépenses de crise)	254,9	256,1	0,47 %	3,4 %
Dépenses de soins de ville	108,4	109,5	1 %	4,3 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	105,3	105,5	0,2 %	2,9 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	16,3	16,1	- 1,2 %	3,9 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,2	15,2	0 %	3,4 %
Dépenses relatives au FIR et au soutien national à l'investissement	6,5	6,7	3,1 %	3,1 %
Autres prises en charge	3,3	3,2	- 3 %	- 5,9 %

NB : en 2024, les dépenses engendrées par les mesures de revalorisation des indemnités de permanence des soins et du travail de nuit et de week-end ont été transférées du sous-objectif relatif aux établissements de santé (2^e sous-objectif) vers le Fonds d'intervention régional (FIR) (5^e sous-objectif). Cette opération, qui porte sur un montant de 0,4 milliard d'euros, modifie donc les montants de référence initialement fixés par la LFSS pour 2024 pour ces deux sous-objectifs.

Source : Commission des affaires sociales, d'après les données de l'annexe 5 au PLFSS

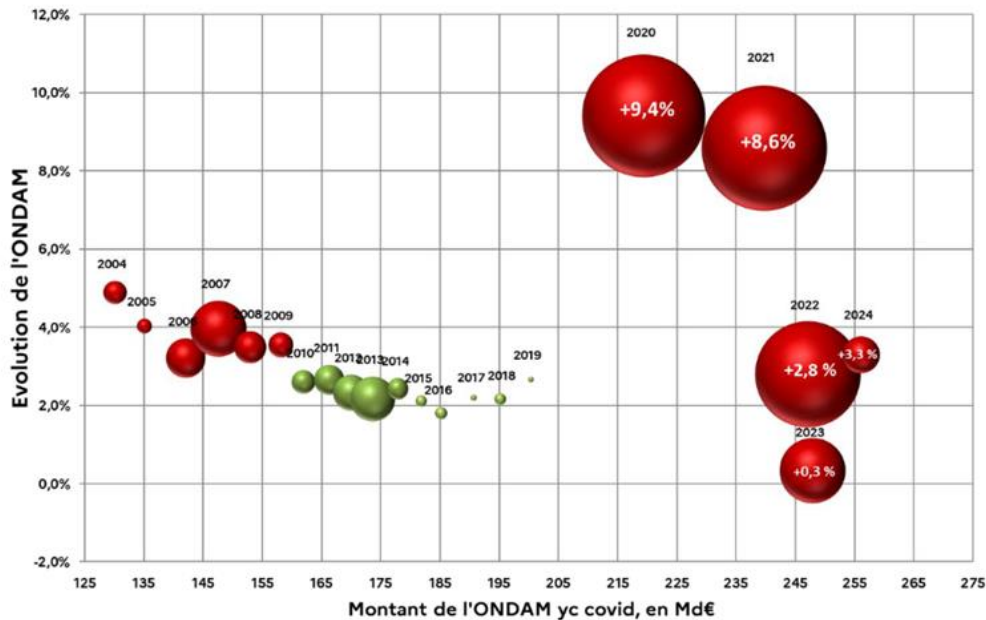
• **2024 entérine un nouveau dépassement de l'Ondam pour la quatrième année consécutive depuis 2020, hors contexte de crise désormais.**

La période de 2020 à 2024 a été marquée par divers événements exceptionnels, au premier rang desquels figure la crise sanitaire de la covid-19. Dans ce contexte, l'Ondam a connu une progression inédite, passant de 200,2 milliards d'euros en 2019 à 256,1 milliards d'euros en 2024.

L'envolée des dépenses s'explique donc par la crise sanitaire, notamment les campagnes de vaccination et de dépistage, ainsi que par les mesures de soutien à l'attractivité des établissements de santé dans le cadre du Ségur de la santé. Le contexte inflationniste très marqué à partir de 2022 a fortement renchéri le coût de ces mesures. En 2023, le niveau exceptionnel de l'inflation a encore pesé dans le dépassement de l'objectif de dépenses, conjugué aux mesures de revalorisation salariales ciblées dans la fonction publique et de soutien à l'attractivité des établissements. Le dépassement du

sous-objectif relatif aux soins de ville a également contribué au dépassement enregistré.

Taux de croissance et dépassements de l'Ondam par année, 2014-2024



Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté en milliards d'euros et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille de la bulle représente l'ampleur du dépassement (en rouge) ou de la sous-exécution (en vert), par rapport à la LFSS initiale. Ainsi, en 2024, les dépenses totales dans le champ de l'ONDAM atteindraient 256,1 Md€, soit une évolution à périmètre constant de 3,3%.

Source : Annexe 5 au PLFSS 2025

B. Des dynamiques de dépenses inégales selon les sous-objectifs

• Le dynamisme des dépenses de soins de ville est principalement porté par un effet volume, à hauteur de 930 millions d'euros, décomposé entre :

- les **indemnités journalières**, qui présentent un dépassement en volume de 0,5 milliard d'euros par rapport à l'objectif de la LFSS pour 2024, du fait d'une accélération des indemnités de longue durée et de la forte progression des indemnités pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;

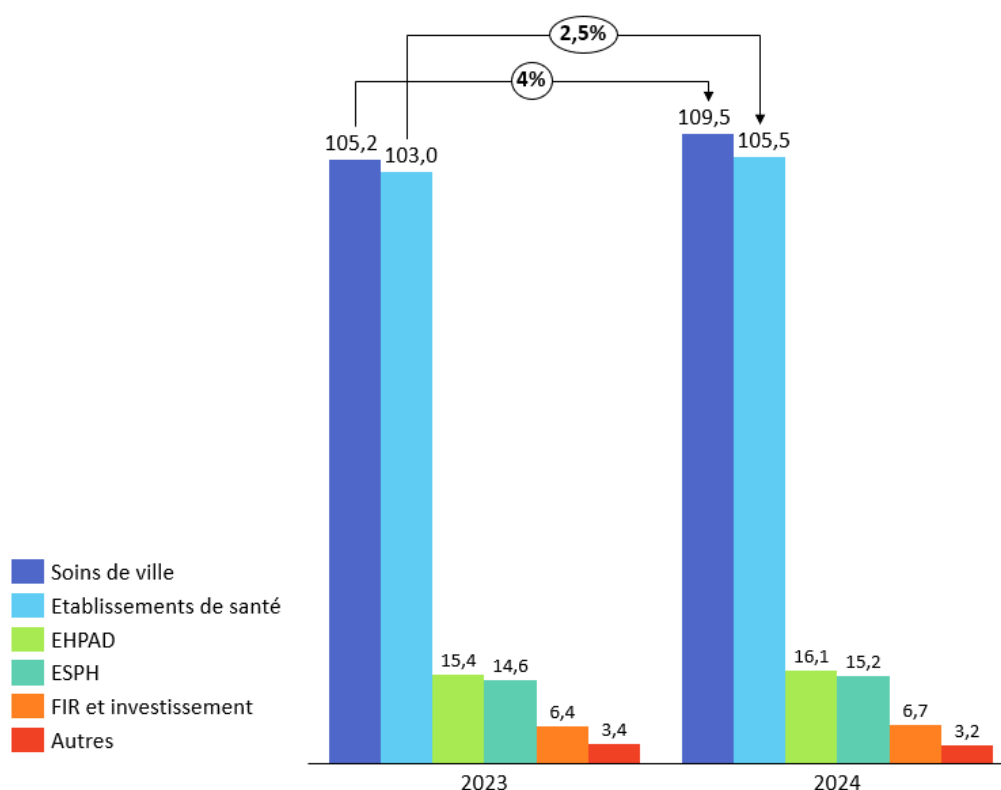
- les honoraires des médecins spécialistes (+ 0,2 milliard d'euros) ;

- les produits de santé et notamment, les dispositifs médicaux (+ 0,2 milliard d'euros).

Au global, les **dépenses de soins de ville progresseraient de 4 % en 2024** par rapport à la base actualisée de 2023.

Progression de l'Ondam entre 2023 et 2024

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales, données du PLFSS 2025¹

• **Le sous-objectif relatif aux établissements de santé présente un dépassement de 0,2 milliard d'euros**, en raison :

- d'une consolidation de la reprise d'activité plus dynamique que les prévisions (+ 0,3 milliard d'euros sur la part tarif MCO) ;
- de dépenses liées à l'activité non régulée (+ 0,1 milliard d'euros) et à la prise en charge du vaccin Beyfortus (+ 0,1 milliard d'euros) ;
- d'une moindre dépense estimée à 0,3 milliard d'euros sur la liste en sus brute.

Au global, les dépenses des établissements de santé progresseraient de 2,5 % en 2024 par rapport à la base actualisée de 2023.

¹ Le graphique présente la progression de l'OndaM entre 2023 et 2024 sur la base des données rectifiées pour l'OndaM 2023. En 2023, le sous-objectif relatif aux soins de ville s'établit finalement à 105,2 milliards d'euros contre 105 milliards d'euros selon la LFSS pour 2024, et le sous-objectif relatif aux établissements de santé s'établit à 103 milliards d'euros contre 102,5 milliards d'euros selon la LFSS pour 2024.

Évolution de l'activité des établissements de santé en 2023 et 2024¹

Après une chute brutale en 2020 (- 10,9 % en nombre de séjours), les établissements de santé ont retrouvé un niveau d'activité supérieur à celui d'avant la crise à partir de 2023 (+ 4,3 % par rapport à 2019).

Cette reprise d'activité apparaît toutefois contrastée selon les secteurs. En effet, l'activité des établissements privés a en réalité dépassé le niveau de 2019 dès 2022 et ce dynamisme retrouvé s'est fortement confirmé en 2023. En moyenne, entre 2019 et 2023, le nombre de séjours dans les établissements de santé privés a augmenté de 1,9 % par an. Les établissements publics de santé n'ont en revanche bénéficié d'une reprise d'activité qu'à compter de 2023, avec une croissance de 3,7 % du nombre de leurs séjours.

L'activité des établissements de santé, tous secteurs confondus, est également marquée par la forte progression de l'ambulatoire par rapport à l'hospitalisation complète, qui se traduit par une moindre progression du volume économique des établissements, comparativement à la croissance de leur activité. En 2023, le volume économique de l'activité restait ainsi inférieur de 2,3 % par rapport à 2019.

Les tendances observées sur le premier semestre de l'année 2024 confirment une reprise d'activité à un niveau supérieur aux prévisions, en particulier dans le secteur public. À fin août, l'activité du secteur public serait en hausse de 4 % par rapport à la même période en 2019². Ce dynamisme pourrait relever d'un effet de rattrapage par rapport à la reprise plus précoce du secteur privé.

- Les **dépenses relatives au Fonds d'intervention régional (FIR) et au soutien national à l'investissement** enregistrent un dépassement de 0,2 milliard d'euros, à champ constant, en raison du décalage de la date d'extinction du plan d'aide à l'investissement (PAI) dans le cadre du Ségur immobilier.

- Les **dépenses correspondant aux sous-objectifs du secteur médicosocial** (3^e et 4^e sous-objectifs) **et aux autres prises en charge** (6^e sous-objectif) sont globalement conformes aux prévisions établies. Sur le champ « personnes âgées », les crédits mis en réserve en début d'année et non mobilisés participent à l'effort de rectification de l'Ondam pour 2024.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

- En première lecture, le Gouvernement a transmis cet article au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

¹ Les données citées dans l'encadré sont issues du rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2024.

² Réponse de la Fédération hospitalière de France (FHF) au questionnaire transmis par la rapporteure.

- **Au Sénat, le Gouvernement a déposé un amendement (n° 1343) rehaussant le montant de l’Ondam pour 2024 à 256,9 milliards d’euros.**

Cet abondement de 800 millions d’euros visait à tirer les conséquences de nouvelles données faisant état d’un montant estimé sur les remises de médicaments très inférieur à celui anticipé. Selon le Gouvernement, l’écart à la prévision s’établirait en réalité à 1,2 milliard d’euros, mais serait neutralisé à hauteur de 400 millions d’euros par le mécanisme de la clause de sauvegarde.

- **Au terme de cette évolution, l’Ondam rectifié pour 2024 présente donc un dépassement de 2 milliards d’euros par rapport au montant inscrit en LFSS pour 2024.**

Le sous-objectif relatif aux soins de ville s’établit finalement à 110,1 milliards d’euros – soit près de 700 millions d’euros supplémentaires – et le sous-objectif relatif aux établissements de santé s’établit à 105,6 milliards d’euros.

Une nouvelle fois, le dépassement constaté porte donc principalement sur le sous-objectif relatif aux soins de ville et révèle une incapacité récurrente à piloter ces dépenses, alors même que **la Cour des comptes appelait à une « impérative reprise en main » du pilotage de l’Ondam dès 2024¹.**

Le dépassement du sous-objectif relatif aux établissements de santé, plus limité, s’explique par la reprise d’activité dynamique observée dans les hôpitaux au cours de l’année 2024. Cette évolution constitue un signal positif et encourageant, malgré la poursuite de la dégradation de la situation financière des établissements de santé depuis 2020, et particulièrement, des hôpitaux publics. En 2024, la Fédération hospitalière de France (FHF) anticipe un déficit cumulé de 3,5 milliards d’euros pour les établissements publics de santé, hors activités médico-sociales. En 2023, ce déficit s’élevait à 1,8 milliard d’euros.

Les déséquilibres financiers auxquels font face les établissements de santé ont conduit à une aggravation sans précédent de leur situation, alimentée par un renchérissement continu de leurs charges structurelles, en particulier les revalorisations salariales du Ségur de la santé depuis 2020 et un niveau élevé d’inflation plusieurs années consécutives. À ce propos, le comité d’alerte sur le respect de l’Ondam indique que *« le déficit des établissements publics de santé constitue un point de fuite majeur de l’Ondam »².*

- **Souhaitant marquer sa préoccupation quant à un juste niveau de financement des établissements de santé, la commission a porté un sous-amendement (n° 1356) à l’amendement du Gouvernement dans un**

¹ Cour des comptes, rapport annuel sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale, mai 2024.

² Avis du comité d’alerte sur l’évolution des dépenses de l’assurance maladie, daté du 26 juillet 2024.

contexte d'incertitude quant au dégel éventuel des crédits mis en réserve à hauteur de 410 millions d'euros sur le champ MCO¹.

L'adoption par le Sénat de ce sous-amendement a conduit à modifier la ventilation de l'Ondam pour 2024 en majorant de 200 millions d'euros son deuxième sous-objectif, et en minorant de 100 millions d'euros chacun des cinquième et sixième sous-objectifs, pour ne pas augmenter le montant total de l'Ondam.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'adopter cet article dans sa version issue du Sénat, avec une modification rédactionnelle portant sur l'intitulé du cinquième sous-objectif.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture **fixe le montant de l'Ondam pour 2024 à 256,9 milliards d'euros.**

Il retient une ventilation des dépenses entre sous-objectifs correspondant à l'amendement du Gouvernement adopté en première lecture au Sénat (n° 1343), pour tenir compte du niveau des dépenses effectivement constatées et de la suppression de l'article 2 bis (maintien du seuil de déclenchement envisagé pour la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux). En revanche, il ne reprend pas le sous-amendement porté par la rapporteure générale en première lecture (n° 1356). Enfin, il intègre la modification rédactionnelle validée par la commission mixte paritaire.

III - La position de la commission

Le calendrier d'examen du PLFSS en nouvelle lecture ne permet pas à la commission de proposer une évolution du montant de l'Ondam pour 2024.

Constatant par ailleurs que le Gouvernement a pris acte de la nécessité de soutenir la situation des établissements de santé grâce à un desserrement du deuxième sous-objectif de l'Ondam en 2025, la commission entérine le montant des dépenses constatées en 2024 pour chacun des sous-objectifs.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Lors des auditions, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) avait que ce dégel paraissait peu probable, dans un contexte de sur-exécution du deuxième sous-objectif de l'Ondam.

Article 2 bis (supprimé)
Diminution du montant Z pour 2024

Cet article, inséré en première lecture au Sénat à l'initiative de la commission des affaires sociales, vise à réduire de 2,31 à 2,26 milliards d'euros le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux pour 2024, afin de tenir compte de l'exclusion de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) de l'assiette de la clause portée par le présent PLFSS.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

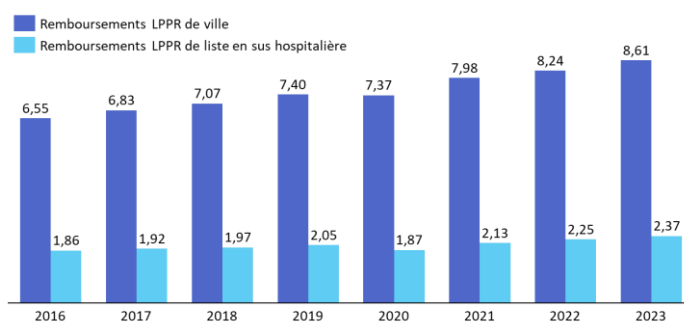
I – Le dispositif proposé : réduire le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux pour tenir compte de l'exclusion de la TVA

A. La clause de sauvegarde des dispositifs médicaux constitue un mécanisme de régulation des dépenses jusque-là jamais déclenché

- Les données disponibles font état d'un **dynamisme retrouvé des dépenses de dispositifs médicaux**.

D'après le Comité économique des produits de santé (CEPS), en 2023, les dépenses brutes de l'assurance maladie pour les produits et prestations inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR)¹ s'élevaient à 10,98 milliards d'euros, en augmentation de 4,7 % sur un an².

Montants remboursés sur la LPPR par l'assurance maladie (2016-2023)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données CEPS (2024)

La croissance des dépenses relatives aux produits et prestations de la LPPR semble marquer une **accélération dans la période récente**. Alors que, selon le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2024, les remboursements de dispositifs médicaux auraient augmenté de 4,2 % par an en moyenne entre 2019 et 2023, ils pourraient croître de 6,4 % entre 2023 et 2024³.

¹ Cette nomenclature rassemblant les dispositifs médicaux à usage individuel, produits de santé autres que les médicaments et les prestations associées est prévue par l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

² Rapport annuel d'activité du CEPS pour 2023, décembre 2024, pp. 101 et 102.

³ Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024, p. 76.

- Divers **outils de régulation** permettent de maîtriser l'évolution des dépenses de l'assurance maladie au titre des produits et prestations de la LPPR.

Le Gouvernement fixe annuellement, d'abord, des objectifs d'économie par **baisses de prix** permettant le respect de l'Ondam voté. D'après le CEPS, ainsi, les révisions tarifaires ont permis de réaliser, en 2023, environ 75 millions d'euros d'économies¹. Pour 2025, le Gouvernement affiche un objectif de baisse de prix sur les dispositifs médicaux de 200 millions d'euros dans les annexes au PLFSS déposé².

Une **clause de sauvegarde des dispositifs médicaux**³ a, par ailleurs, été créée par la LFSS pour 2020⁴, sur le modèle de celle applicable aux médicaments. Celle-ci ne s'applique, toutefois, qu'aux dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie et distribués dans les établissements de santé au titre de la liste en sus ainsi que, depuis 2022, les dispositifs médicaux pris en charge à titre transitoire⁵. Lorsque les remboursements de l'assurance maladie au titre de ces dispositifs médicaux, minorés des remises consenties par les industriels, dépassent un montant Z fixé annuellement en LFSS, une contribution égale à 90 % de la différence entre ces deux montants est mise à la charge des exploitants. Cette contribution est répartie entre les entreprises assujetties au prorata des remboursements constatés au titre des produits et prestations qu'elles exploitent.

Si la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux n'a jamais joué depuis sa création⁶, la probabilité de son déclenchement semble toutefois avoir crû ces dernières années.

B. Le dispositif proposé : une diminution du seuil de déclenchement de la clause pour 2024 afin de tenir compte de l'exclusion de la TVA de l'assiette du dispositif

- L'article 9 du présent PLFSS révisé l'assiette de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux pour en exclure la taxe sur la valeur ajoutée (TVA). D'après le Gouvernement, cette exclusion est « *d'autant plus nécessaire que le taux de TVA est variable selon les modalités d'inscription des dispositifs médicaux (5,5 % ou 20 %)* »⁷ et peut, en conséquence, avoir des conséquences sur la répartition de la clause entre entreprises.

¹ Rapport annuel d'activité du CEPS pour 2023, op. cit., pp. 96.

² Annexe n° 5 « Ondam et dépenses de santé » au PLFSS pour 2025 déposé, p. 31.

³ Les règles régissant le déclenchement, la liquidation et le recouvrement de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux sont plus précisément décrites dans le commentaire de l'article 9 du présent PLFSS.

⁴ Article 23 de la loi n° 2019 1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

⁵ Article L. 165-1-5 du code de la sécurité sociale.

⁶ Rapports annuels d'activité du CEPS au titre des années 2020 à 2023.

⁷ Annexe n° 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi » au PLFSS pour 2025 déposé, p. 63.

L'exclusion de la TVA étant applicable dès la liquidation de la clause de sauvegarde 2024, elle a pour effet de réduire le montant des remboursements pris en compte dans le calcul de la clause et, si le montant Z demeure inchangé, de réduire la probabilité d'un déclenchement ou le montant de la contribution due.

- Pour tenir compte de cet effet, l'article 2 *bis*, adopté par le Sénat en première lecture à l'initiative de la commission des affaires sociales, visait à réduire de 50 millions d'euros le montant Z pour 2024.

À cet effet, il modifiait l'article 28 de la LFSS pour 2024¹ afin d'y substituer au montant Z de 2,31 milliards d'euros initialement fixé, celui de 2,26 milliards d'euros.

Le montant Z fixé par la LFSS pour 2024 enregistrait une progression de 4,5 % en comparaison à l'année précédente et intégrait, en effet, la TVA assise sur les dispositifs médicaux concernés. L'exclusion de la TVA aurait dû conduire, à montant hors taxes de remboursement constant, à réduire ce montant de 140 millions d'euros.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'**adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.**

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, le Gouvernement a retenu un amendement de suppression du rapporteur général, Thibault Bazin.

III - La position de la commission

Dans la mesure où le présent PLFSS n'a pas pu être adopté avant le 31 décembre 2024, la commission ne juge désormais plus pertinent de modifier les conditions de calcul de la clause de sauvegarde pour 2024 et, en particulier, son seuil de déclenchement. En conséquence, la commission a favorablement accueilli la suppression de cet article.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

¹ Article 28 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2025

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

Article 3

Alignement de l'effort contributif des non-salariés agricoles sur celui des travailleurs indépendants

Cet article complète la réforme de la pension de retraite de base des non-salariés agricoles afin d'en aligner le mode de calcul sur le régime général, qui figure à l'article 22 du présent projet de loi. Il aligne les taux de cotisations d'assurance vieillesse et les plafonds applicables aux non-salariés agricoles sur ceux applicables aux travailleurs indépendants, tout en conservant les spécificités du régime que sont l'assiette triennale et l'annualisation des cotisations.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I – Le dispositif proposé : l'alignement de l'effort contributif des non-salariés agricoles sur celui des travailleurs indépendants, dans une recherche de convergence entre les régimes

A. Le droit existant : l'effort contributif des non-salariés agricoles varie selon leur statut et repose principalement sur le chef d'exploitation

L'affiliation au régime des non-salariés des professions agricoles est ouverte aux personnes non salariées réalisant des activités dites « agricoles » réalisées dans des entreprises et des exploitations *ad hoc*, dont la liste figure à l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime. Il s'agit notamment d'activités d'élevage et de travaux agricoles ou forestiers.

1. Le régime des non-salariés agricoles comprend différents statuts

Les travailleurs non-salariés agricoles se répartissent entre différents statuts qui reflètent la nature de leur activité agricole, et permettent ainsi d'offrir une protection sociale aux membres de la famille travaillant sur l'exploitation.

Les différents statuts des non-salariés agricoles

- **Le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole**¹, qui dirige et met en valeur une exploitation ou une entreprise dont l'importance atteint l'un des critères de l'activité minimale d'assujettissement, à savoir :

1° la superficie mise en valeur est au moins égale à la surface minimale d'assujettissement, fixée par arrêté préfectoral pour chaque département et chaque type de culture ;

2° dans le cas où la condition fixée au 1° ne peut être appréciée, le temps de travail nécessaire à la conduite de l'activité doit être au moins égal à 1 200 heures par an ;

3° pour les cotisants exploitant $\frac{1}{4}$ de la surface minimale d'assujettissement ou travaillant entre 150 et 1 200 heures par an sans avoir fait valoir leurs droits à la retraite, le revenu professionnel doit être au moins égal à l'assiette forfaitaire applicable aux cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité, soit 800 Smic horaire ;

- **l'aide familial** est une personne âgée d'au moins 16 ans, ascendant, descendant, frère, sœur ou allié du même degré du chef d'exploitation agricole, ou de son conjoint, qui vit sur l'exploitation et participe à sa mise en valeur sans être salarié ;

- **le conjoint collaborateur** : ce statut a été créé en 1999 afin de permettre aux personnes mariées, pacsées ou vivant en concubinage avec un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant une activité non rémunérée sur l'exploitation et l'entreprise, de bénéficier d'une protection sociale au même titre que les aides familiaux, en contrepartie de cotisations sociales relativement faibles. Depuis le 1^{er} janvier 2022, ce statut est limité à 5 ans, durée au terme de laquelle le conjoint devrait opter entre le statut de co-exploitant ou de salarié ;

- **l'associé d'exploitation** s'entend d'une personne non salariée, âgée de 18 ans révolus et de moins de 35 ans, descendant, frère, sœur ou allié du même degré du chef d'exploitation agricole ou de son conjoint, qui a pour activité principale la participation à la mise en valeur de l'exploitation². Les personnes bénéficiant de ce statut depuis le 18 mai 2005 sont également soumises à une durée maximale de 5 ans, au terme de laquelle ils doivent opter pour le statut de co-exploitant ou de salarié.

2. L'effort contributif varie selon le statut des non-salariés agricoles, ce qui justifie qu'ils n'aient pas tous accès à toutes les composantes de la pension de retraite ni aux minima de pension

Le régime des non-salariés agricoles comprend 4 types de cotisations d'assurance vieillesse, qui reflètent l'architecture complexe de la pension de retraite, composée d'une partie de retraite forfaitaire et d'une partie de retraite proportionnelle, auxquelles s'ajoute une pension de retraite complémentaire obligatoire.

¹ Articles L. 722-4 et suivants du code rural et de la pêche maritime.

² Article L. 321-6 du code de la sécurité sociale.

Actuellement, les différents statuts des non-salariés agricoles se répartissent l'effort contributif de manière inégale, ce qui justifie qu'ils n'aient pas tous accès aux différentes composantes de la pension de retraite listées ci-dessus.

En effet, la **retraite forfaitaire** est réservée aux non-salariés agricoles exerçant cette activité à **titre principal ou exclusif**. Elle est ouverte au chef d'exploitation ou d'entreprise, au conjoint collaborateur, ainsi qu'à l'aide familial. Elle est financée par une cotisation d'assurance vieillesse individuelle (AVI) qui applique un taux forfaitaire de 3,32 % à une assiette comprise entre 800 Smic horaire (y compris en cas de revenus inférieurs à ce seuil minimum) et le plafond de la sécurité sociale (Pass).

Tous les cotisants à la **retraite forfaitaire** sont ainsi assurés de bénéficier d'un montant minimal de pension de 288,48 euros par mois au 1^{er} janvier 2024 pour une carrière complète, et ce même lorsqu'ils ont des revenus inférieurs à 800 Smic horaire.

La **retraite proportionnelle, calculée selon un barème de points**, est quant à elle financée par deux cotisations d'assurance vieillesse agricole (Ava) que sont :

- une cotisation **plafonnée à un taux de 11,5 %**, assise sur une assiette comprise entre 600 Smic horaire et le plafond de la sécurité sociale. **Les chefs d'exploitation ou d'entreprise, le conjoint collaborateur et l'aide familial, y compris ceux exerçant à titre secondaire**, y sont soumis ;

- une cotisation **déplafonnée à un taux de 2,24 %¹**, assise sur une assiette comprenant la totalité du revenu agricole, avec un minimum de 600 Smic, qui s'applique aux seuls chefs d'exploitation ou d'entreprise.

Enfin, la **retraite complémentaire** repose également sur un barème de points, acquis par cotisation assise sur un taux de 4 % appliquée aux revenus professionnels selon une assiette minimale fixée à 1820 Smic horaire pour les chefs d'exploitation et 1200 Smic horaire pour les membres de la famille (conjoints, aides familiaux).

¹ Cette cotisation est actuellement fixée à un taux de 2,24 % mais selon les données figurant en annexe 9 du PLFSS pour 2025, ce taux serait de 2,36 % au 1^{er} janvier 2026.

**Modalités de calcul des cotisations d'assurance vieillesse
dues au titre de l'activité des travailleurs non-salariés agricoles**

Taux applicables au 1^{er} janvier 2026

Cotisation	Assiette				Taux
	Chef d'exploitation à titre principal ou exclusif	Chef d'exploitation à titre secondaire	Conjoint collaborateur et aide familial à titre principal ou exclusif	Conjoint collaborateur et aide familial à titre secondaire	
Assurance vieillesse individuelle (retraite forfaitaire)	Revenus professionnels du chef d'exploitation, avec une assiette minimale égale à 800 Smic, jusqu'au montant du Pass	Néant	Revenus professionnels du chef d'exploitation, avec une assiette minimale égale à 800 Smic, jusqu'au montant du Pass	Néant	3,32 %
Assurance vieillesse agricole (retraite proportionnelle) plafonnée	Revenus professionnels, avec une assiette minimale égale à 600 Smic, jusqu'au montant du Pass	Revenus professionnels, avec une assiette minimale égale à 600 Smic, jusqu'au montant du Pass	Assiette forfaitaire égale à 400 Smic	Assiette forfaitaire égale à 400 Smic	11,55 %
Assurance vieillesse agricole (retraite proportionnelle) déplafonnée	Revenus professionnels, avec une assiette minimale égale à 600 Smic	Revenus professionnels, avec une assiette minimale égale à 600 Smic	Néant	Néant	2,36 %
Taux de cotisations de retraite de base cumulé	17,23 %	13,91 %	14,87 %	11,5 %	

Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après l'annexe 9 du PLFSS pour 2025

B. Le droit proposé : un alignement progressif de l'effort contributif sur celui des travailleurs indépendants en contrepartie de nouveaux droits

Dans le cadre de la réforme du mode de calcul de la pension de retraite de base des non-salariés agricoles programmée par le Parlement au 1^{er} janvier 2026 au terme de la loi dite « Dive », le Gouvernement a fait le choix de retenir un scénario de convergence vers les régimes alignés. Il prévoit à l'article 22 du présent projet de loi de fusionner les parts forfaitaire et proportionnelle de la pension de retraite des non-salariés agricoles, en une pension de retraite de base calculée selon les 25 meilleures années de revenu (cf. commentaire de l'article 22).

1. L'alignement du taux de cotisation et de l'assiette minimale participe de la réforme du mode de calcul de la retraite de base figurant à l'article 22

Cette convergence entre les régimes, qui a vocation à faciliter le calcul de la retraite des polypensionnés, qui représentent 85 % des non-salariés agricoles, s'étend également au taux des cotisations et plafonds applicables, comme le préconisait le rapport remis au Parlement par l'Igas et le conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux (CGAAER) le 30 janvier 2024.

La réforme du mode de calcul de la retraite de base des non-salariés agricoles prévue à l'article 22 a pour effet, pour les années cotisées à compter du 1^{er} janvier 2026, de supprimer les pensions de retraite forfaitaire et proportionnelle pour les remplacer par une pension unique. Cela se traduira par la suppression des cotisations d'assurance vieillesse de base AVA et AVI et la création d'une cotisation d'assurance vieillesse unifiée, assise sur une assiette minimale harmonisée.

L'unification de l'effort contributif donnera lieu à une harmonisation des droits : le bénéfice des minima de pension que sont la pension majorée de référence (PMR) et le complément différentiel de points de retraite complémentaire (CD de RCO) sera étendu aux non-salariés exerçant leur activité à titre secondaire. En effet, ces derniers n'y ont pas accès à droit constant eu égard au fait qu'ils ne cotisent qu'à la retraite proportionnelle et à la retraite complémentaire obligatoire.

Selon les estimations transmises par la direction de la sécurité sociale, cet alignement progressif de l'effort contributif génèrera des recettes de 19,4 millions d'euros en 2026, 25,7 millions d'euros en 2027 et 31,9 millions d'euros en 2028.

Conformément aux recommandations du rapport de l'Igas et du CGAAER, deux spécificités agricoles auxquelles la profession reste très attachée sont toutefois conservées :

- l'assiette triennale, qui permet de lisser les revenus sur une assiette glissante de trois ans ;

- **l'annualisation des cotisations**, au titre de laquelle un exploitant en activité au 1^{er} janvier d'une année est tenu de cotiser pour l'année entière. Elle garantit aux non-salariés agricoles de valider automatiquement quatre trimestres par an.

2. Les différents statuts des non-salariés agricoles seront désormais soumis à un taux de cotisation unique et à une assiette minimale harmonisée

Le taux de cotisation de la retraite de base des travailleurs indépendants est de **17,15 % sur la part de l'assiette inférieure ou égale au plafond annuel de la sécurité sociale** et de **0,72 % sur la totalité du revenu**¹. L'assiette minimale applicable est de **450 Smic horaire**.

La convergence vers ces paramètres se traduira par la **fusion des cotisations d'assurance vieillesse de base AVI et AVA**, conséquence de la suppression des parts forfaitaire et proportionnelle de la retraite de base qu'elles financent, en une **seule cotisation de retraite de base**.

Le 5^o du I de l'article 3 précise que cette cotisation sera due par les **chefs d'exploitation ou d'entreprise exerçant à titre principal ou secondaire, au titre de leur activité propre**, et sera calculée pour partie sur la part de l'assiette inférieure ou égale au plafond annuel de la sécurité sociale, et pour partie sur la totalité de l'assiette.

Elle sera également due par les **chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole** au titre de **l'activité principale ou secondaire de chaque membre de la famille** (conjoint collaborateur et aide familial) participant à la mise en valeur de son exploitation ou de son entreprise.

Selon les éléments transmis par le Gouvernement, le taux de cotisation d'assurance vieillesse de base, défini de façon réglementaire, va augmenter pour l'ensemble des non-salariés agricoles, pour atteindre un taux unique de **17,87 %**, aligné sur celui des travailleurs indépendants.

La répartition inégale de l'effort contributif actuelle explique que les différents statuts de non-salariés agricoles verront leurs taux de cotisations évoluer différemment.

• **Le deuxième alinéa du 5^o du I de l'article 3 prévoit que les taux de cotisation applicables aux cotisations dues par les chefs d'exploitation seront identiques à ceux applicables aux travailleurs indépendants.**

Les chefs d'exploitation seront ainsi soumis à un taux de cotisation de **17,87 % sur la part de l'assiette inférieure ou égale au plafond de la sécurité sociale et à un taux de 0,72 % sur la totalité du revenu**. Cela équivaut à une hausse de l'effort contributif de **0,64 point** pour ceux exerçant à titre **principal** et de **3,96 points** pour ceux exerçant à titre **secondaire**.

¹ Il s'agit des taux fixés au 1^{er} janvier 2025 par l'article 3 du décret n° 2024-688 du 5 juillet 2024.

• Le quatrième alinéa du 5° du I de l'article 3 porte le taux de cotisation des aides familiaux et conjoints collaborateurs au niveau égal à la somme des cotisations plafonnées et déplafonnées des chefs d'exploitation.

Les membres de la famille exerçant une activité agricole à titre exclusif ou principal, qui n'étaient jusqu'alors pas soumis à l'AVA déplafonnée, vont voir leur taux de cotisation augmenter de **3 points**.

• Les membres de la famille exerçant une activité agricole à titre secondaire, qui n'étaient pas redevables de l'AVI ni de l'AVA déplafonnée, vont voir leur taux de cotisation augmenter de **6,32 points**.

Scénario d'évolution du taux de cotisation des non-salariés agricoles au 1^{er} janvier 2029

Cotisation	Assiette				Taux
	Chef d'exploitation à titre principal ou exclusif	Chef d'exploitation à titre secondaire	Conjoint collaborateur et aide familial à titre principal ou exclusif	Conjoint collaborateur et aide familial à titre secondaire	
Fusion de l'AVI (retraite forfaitaire) et de l'AVA (retraite proportionnelle) plafonnée et déplafonnée	Revenus professionnels du chef d'exploitation, avec une assiette minimale égale à 600 SMIC				17,87 % sous le Pass et 0,72 % au-delà
Hausse du taux de cotisations de retraite de base	+ 0,64 point	+ 3,96 points	+ 3 points	+ 6,32 points	

Source : D'après l'annexe 9 du PLFSS pour 2025

Selon l'étude d'impact, cette hausse de cotisation concernera **69 % des chefs d'exploitation** et se traduira par une **augmentation annuelle moyenne de 190 euros**, soit environ 15 euros par mois.

Le III de l'article 3 prévoit que cet alignement se fera toutefois de manière progressive jusqu'au 1^{er} janvier 2029 pour les chefs d'exploitation et d'entreprise exerçant à titre secondaire, ainsi que pour les collaborateurs d'exploitation et les membres de la famille qui subiront les majorations les plus importantes.

Ce même III prévoit en revanche que cet alignement entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2026 pour les chefs d'exploitation et d'entreprise exerçant à titre principal pour lesquels la marche à gravir est moins haute.

Alignement progressif du taux de cotisation de retraite de base

	Chef d'exploitation à titre principal ou exclusif	Chef d'exploitation à titre secondaire	Conjoint collaborateur et aide familial à titre principal ou exclusif	Conjoint collaborateur et aide familial à titre secondaire
Taux au 1 ^{er} janvier 2026 sans la réforme	17,23 %	13,91 %	14,87 %	11,55 %
2026	17,87 %	14,87 %		13,05 %
2027		15,87 %		14,55 %
2028		16,87 %		
2029		17,87 %		

Source : D'après l'annexe 9 du PLFSS pour 2025

Enfin, les 6° et 8° du I de l'article 3 prévoient le maintien à titre transitoire du droit existant en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

L'assiette de calcul des non-salariés agricoles ultramarins fait actuellement l'objet d'une réforme à laquelle le Gouvernement a été habilité à procéder par ordonnance aux termes de l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. **Le II de l'article 3 étend cette habilitation à la présente réforme.**

Les 1°, 2°, 3° et 4° du I procèdent à des modifications légistiques de « toilettage » et de précision.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

1. Le texte transmis au Sénat

Le Gouvernement a transmis au Sénat cet article modifié par un amendement rédactionnel adopté par l'Assemblée nationale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté cet article sans modification.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'adopter cet article après y avoir opéré quelques modifications rédactionnelles.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

L'Assemblée nationale a repris le texte de la commission mixte paritaire modifié par trois amendements rédactionnels et de coordination.

III - La position de la commission

La commission se félicite de la mise en œuvre de la réforme de la pension de retraite de base des non-salariés agricoles selon les 25 meilleures années de la durée d'assurance, portée à l'article 22 et dont participe le présent article.

Elle partage la volonté de simplification du système de pension de retraite de base des non-salariés agricoles, qui se traduit notamment par la fusion des pensions de retraite forfaitaire et proportionnelle en une pension de retraite de base unique. Cette fusion s'accompagne logiquement d'une simplification des cotisations d'assurance vieillesse.

Si la commission approuve l'objectif de convergence entre les régimes porté par le présent article, elle n'en reste pas moins **sensible à la hausse significative de l'effort contributif des non-salariés agricoles exerçant à titre secondaire** qui sera induite par l'alignement des taux de cotisation sur ceux des travailleurs indépendants.

La contrepartie de cette hausse importante de cotisations consiste en **l'extension du bénéfice des minima de pension que sont la PMR et le CD de RCO aux non-salariés agricoles exerçant à titre secondaire.**

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 3 bis A (supprimé)

Extension des missions du comité de suivi des retraites à la comparaison des situations des Français de l'Hexagone et des Français ultramarins

Cet article, inséré en première lecture au Sénat, vise à étendre les missions du comité de suivi des retraites en complétant le contenu de l'avis annuel qu'il est tenu de rendre, par analyse comparée de la situation des assurés résidant en France métropolitaine et de ceux résidant dans des collectivités régies par l'article 73 de la Constitution.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit existant : le comité de suivi des retraites est tenu de rendre un avis annuel dont le contenu est prévu par la loi

Le **comité de suivi des retraites (CSR)** est un **comité d'experts**, composé de deux hommes et de deux femmes nommés pour 5 ans, et d'un président nommé en conseil des ministres.

Ses missions sont définies à l'article **L. 114-2 du code de la sécurité sociale**. Il est ainsi tenu de rendre **annuellement (le 15 juillet) un rapport s'appuyant sur les travaux du Conseil d'orientation des retraites (Cor)**, au sein duquel il doit :

- alerter le Gouvernement s'il estime que le système de retraite français s'éloigne de ses objectifs¹ et analyser la fiabilité des indicateurs retenus par le Cor, qu'il peut préconiser de modifier s'il l'estime nécessaire ;

- analyser la situation comparée des hommes et des femmes au regard de l'assurance vieillesse ;

- analyser l'évolution du pouvoir d'achat des retraités ;

- examiner si le montant des majorations de pensions assurant un revenu minimum de pension aux salariés du régime général, travailleurs indépendants et salariés du régime agricole est égal à 85 % du Smic.

B. Le dispositif proposé : compléter le contenu de l'avis annuel rendu par le Cor afin qu'il compare la situation des Français de l'Hexagone et des collectivités régies par l'article 73 de la Constitution

L'**article 3 bis A**, introduit par un amendement déposé par Audrey Bélim et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, a été adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement.

Il a pour objet de compléter les dispositions du II de l'article L. 114-2 précité, qui énumèrent le contenu de l'avis annuel que le CSR est tenu de rendre, par un alinéa ainsi rédigé : « *Analysant la situation comparée des Français*

¹ Les objectifs du système de retraite français figurent au II de l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale.

de la France métropolitaine et des Français des collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, en tenant compte des différences de montants de pension, de la durée d'assurance respective, de l'impact des écarts de niveaux du salaire minimum de croissance et des années de cotisations des travailleurs indépendants en particulier les artisans et commerçants sur les écarts de pensions. »

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de **supprimer cet article** au motif que le CSR se prononce sur les données contenues dans le rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites, lesquelles ne distinguent pas les données relatives aux Français selon leur lieu de résidence.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend **la suppression de cet article.**

III - La position de la commission

Si la commission des affaires sociales partage la préoccupation de l'auteur de l'article relative au niveau de revenus et à la qualité de vie des Français vivant dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, elle constate néanmoins que le CSR ne disposera pas des données statistiques suffisantes à exercer la mission qui lui est confiée par l'article 3 bis A.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 3 quater A

Exonération de cotisation d'assurance vieillesse pour les médecins exerçant en situation de cumul emploi-retraite (pour l'année 2025, plafonné et applicable uniquement en zones sous-denses)

Cet article, inséré en première lecture au Sénat, vise à exonérer les médecins libéraux en situation de cumul emploi-retraite de cotisations d'assurance vieillesse au titre de l'année 2025

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

L'article 3 quater A, introduit par un amendement du Gouvernement, a été adopté avec l'avis favorable de la commission.

Il a pour objet de prévoir une exonération de l'ensemble des cotisations vieillesse des médecins libéraux exerçant en situation de cumul

emploi-retraite au titre de l'année 2025, à la condition que leurs revenus non salariés soient inférieurs à un plafond fixé par décret. Cette mesure vise à lutter contre la désertification médicale.

Il reprend à ce titre un dispositif déjà mis en œuvre à l'article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Le plafond de revenus pour être éligible à ce dispositif avait été fixé à 80 000 euros.

L'article 3 *quater* A se distingue toutefois de l'article 13 précité en ce qu'il prévoit expressément que cette exonération est applicable dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, dites zones « sous-denses » et classées comme telles par l'agence régionale de santé.

Par dérogation aux dispositions introduites par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale du 14 avril 2023 réformant les retraites, les médecins éligibles à ce dispositif d'exonération ne pourront pas bénéficier de nouveaux droits à pensions.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article avec quelques modifications rédactionnelles.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale **contient cet article modifié** par un amendement déposé par le rapporteur général de la commission des affaires sociales, et qui a pour effet de **restreindre le bénéfice de l'exonération de cotisations aux seuls médecins ayant liquidé leurs pensions de vieillesse personnelles avant le premier jour du mois suivant la publication de la présente loi.**

III - La position de la commission

La commission des affaires sociales partage la préoccupation de l'Assemblée nationale qui est **d'éviter tout effet d'aubaine pour des médecins en fin de carrière, qui seraient incités à recourir à cette situation de cumul emploi-retraite pour bénéficier d'une telle exonération, au lieu de continuer leur activité.** La commission a été sensibilisée par la caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf), qui est la caisse de retraite complémentaire des médecins libéraux, sur le fait que les gains de revenus résultant de l'exonération de cotisations pourraient les amener à réduire leur temps médical.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 4

Pérennisation de l'exonération en faveur des employeurs agricoles de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi (TO-DE)

Cet article propose de pérenniser l'exonération de cotisations employeur pour l'emploi d'un travailleur saisonnier agricole, cette exonération dérogatoire au droit commun devant prendre fin au 31 décembre 2025. Il vise en outre à relever de 1,20 à 1,25 Smic le plafond de rémunération octroyant une exonération totale.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. L'état du droit : une exonération en faveur des employeurs de TO-DE devenue temporaire

1. Le mécanisme de l'exonération

Déjà ancien, le principe d'une exonération spécifique de cotisations sociales pour l'emploi de travailleurs saisonniers agricoles permet de soutenir la compétitivité des employeurs agricoles ; le travail saisonnier représente en effet plus de 30 % des heures travaillées du salariat agricole¹.

La loi du 1^{er} février 1995 de modernisation de l'agriculture² a ainsi introduit pour la première fois un dispositif de réduction de taux de cotisations d'assurances sociales dues au titre des travailleurs saisonniers agricoles, calculée sur le salaire réel. Auparavant, les cotisations de ces salariés agricoles étaient calculées sur une base forfaitaire prévue par arrêté qui permettait peu ou prou une exonération de moitié³.

Codifié à l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime, **ce dispositif d'exonération concerne toutes les cotisations et contributions à la charge de l'employeur** : cotisation à la sécurité sociale, à l'assurance-chômage, au régime complémentaire agricole, contribution solidarité autonomie (CSA) et contribution au fonds national d'aide au logement (Fnal).

¹ *Projet annuel de performances, programme 381, p. 6.*

² *Article 62 de la loi n° 95-95.*

³ *Avis n° 188 (1994-1995) de la commission des affaires sociales du Sénat de Bernard Seillier, déposé le 21 décembre 1994.*

Champs d'application de l'exonération TO-DE

En vertu des articles L. 741-16 et L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, l'exonération de cotisations et de contributions sociales s'applique pour l'emploi d'un travailleur réalisant des tâches temporaires liées au cycle de la production animale et végétale. Sont ainsi comprises les tâches :

- réalisées au sein des exploitations de culture et d'élevage de quelque nature qu'elles soient, ainsi qu'au sein des exploitations de dressage, d'entraînement et haras ;

- correspondant à des travaux forestiers, à l'exclusion de l'activité elle-même des entreprises de travaux forestiers ;

- réalisées dans des établissements de conchyliculture et de pisciculture ;

- s'apparentant à des activités de pêche maritime à pied professionnelle ;

- participant des activités de transformation, de conditionnement et de commercialisation de produits agricoles lorsque ces activités, accomplies sous l'autorité d'un exploitant agricole, constituent le prolongement direct de l'acte de production.

Les employeurs ne peuvent bénéficier de cette exonération que pour **une durée inférieure ou égale à 119 jours ouvrés par année civile** pour un même salarié¹.

Le mécanisme de l'exonération a évolué à plusieurs reprises et, notamment, lors de la refonte des allègements généraux opérée par l'article 8 de la LFSS pour 2019² en contrepartie de la suppression du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE). Le texte initial de cet article 8 prévoyait une suppression pure et simple du régime d'exonération liée à l'emploi des TO-DE au profit du renforcement des allègements généraux. La discussion parlementaire a toutefois permis de maintenir ce régime spécifique pour un temps avant le basculement vers les allègements généraux.

Il convient également de noter que les employeurs de TO-DE bénéficient des réductions de 1,8 point de la cotisation famille et de 6 points de la cotisation maladie (dénommées « bandeau famille » et « bandeau maladie ») jusqu'à 3,5 Smic et 2,5 Smic respectivement prévues aux articles L. 241-2-1 et L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale.

Le dispositif tel qu'il est actuellement en vigueur prévoit ainsi **une réduction globale de 38,96 points de cotisations patronales pour les rémunérations allant jusqu'à 1,2 Smic** – ce seuil était de 1,25 Smic avant la LFSS pour 2019. **Au-delà de 1,2 Smic, l'exonération suit une pente, dont le coefficient de dégressivité est prévu par décret³, pour s'annuler, comme les allègements de droit commun, à 1,6 Smic.** Au-delà de ce seuil, seules les

¹ Article D. 741-58 du code rural et de la pêche maritime.

² Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

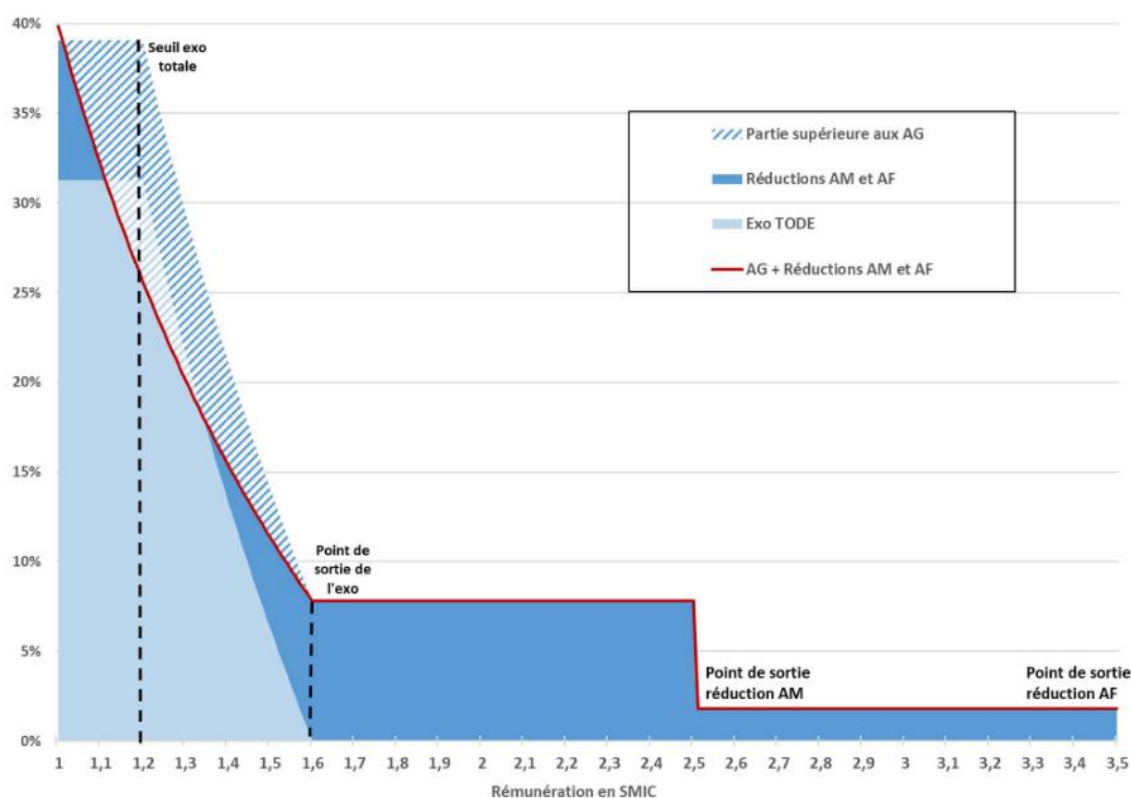
³ Article D. 741-60 du code rural et de la pêche maritime.

deux réductions proportionnelles famille et maladie s'appliquent à l'emploi d'un TO-DE.

En conséquence, et ainsi que le montre le graphique ci-après, **l'exonération spécifique TO-DE est, jusqu'à 1,6 Smic, un régime plus favorable aux employeurs agricoles que le régime de droit commun des allègements généraux.**

Enfin, les exploitants agricoles salariant des TO-DE peuvent, sur le fondement du second alinéa du VI de l'article L. 741-16 précité, choisir de bénéficier des allègements dégressifs de droit commun dans le cas où la période d'emploi du saisonnier agricole dépasse la durée maximale de 119 jours par année civile¹.

Taux de l'exonération TO-DE selon la rémunération



Source : Annexe 5 au PLFSS pour 2021

Selon les informations transmises à la rapporteure générale par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), **ce dispositif bénéficiait en 2023 à plus de 69 541 exploitations agricoles pour 913 943 contrats concernés.** Le salaire moyen versé aux saisonniers agricoles (1,14 Smic) et la durée moyenne plutôt courte (21 jours) rendent l'exonération totale dans la plupart des cas. En comparaison, l'étude d'impact indique

¹ La CCMSA ne dispose toutefois pas de données sur la proportion d'exploitants agricoles optant pour les allègements généraux.

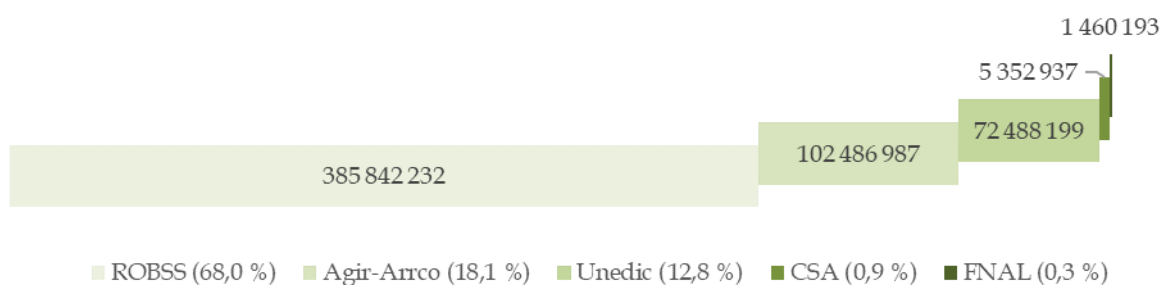
qu'à 1,14 Smic l'exonération par les allègements généraux, dans leur version en vigueur, ne serait que de 67 %.

2. Un dispositif en sursis depuis 2019

La LFSS pour 2019 a maintenu l'exonération spécifique liée aux TO-DE jusqu'au 1^{er} janvier 2021, date à laquelle l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime devait être abrogé. La LFSS pour 2020¹ a repoussé cette abrogation au 1^{er} janvier 2023. Enfin, la LFSS pour 2023 a accordé un nouveau délai avant l'abrogation en repoussant la fin de l'exonération au 1^{er} janvier 2026.

Selon la CCMSA, ce dispositif d'exonération a minoré les recettes de cotisations et contributions sociales de 567,6 millions d'euros en 2023, répartis à 68 % sur le champ des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. Conformément au VII de l'article L. 741-16 précité, ces moindres recettes sont compensées par le budget de l'État, en l'occurrence par les programmes budgétaires 149 et 381.

Répartition des exonérations TO-DE en 2023 selon le risque couvert (en euros)



Source : Commission des affaires sociales, d'après les données CCMSA

B. Le dispositif proposé : une pérennisation et un relèvement du seuil pour le bénéficiaire d'une exonération totale

- Le présent article propose - au II - de **pérenniser le dispositif d'exonération TO-DE** en supprimant la disposition de l'article 8 de la LFSS pour 2019 qui porte l'abrogation de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime. L'étude d'impact anticipe **une moindre recette de 606 millions d'euros pour 2026**, pesant sur les dépenses de l'État.

- D'autre part, le I de l'article vise à **relever de 1,20 à 1,25 Smic le plafond de rémunération octroyant une exonération totale à l'employeur. Ce relèvement est rendu applicable à compter du 1^{er} mai 2024**. Il est à noter que l'augmentation de ce seuil conduit à revenir au niveau en vigueur avant la LFSS pour 2019.

¹ Article 16 de la loi n° 2020 1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Selon l'étude d'impact, l'incidence financière de cette mesure serait de 14 millions d'euros en 2024 et 18 millions d'euros en année pleine pour 2025. 88 000 contrats supplémentaires par an pourraient ainsi donner droit à une exonération totale de cotisations patronales.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

1. Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

Le Gouvernement a transmis au Sénat cet article modifié par deux amendements adoptés par l'Assemblée nationale, en application de l'article LO. 111-7 du code de la sécurité sociale.

- L'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement, identique à deux amendements des députés Didier Le Gac et Marc Fesneau, **visant à éviter que la réforme des allègements généraux, prévue à l'article 6 de la présente LFSS, ait une incidence sur le régime d'exonération TO-DE.**

La liste des cotisations et contributions concernées par l'exonération spécifique TO-DE est en effet identique à celle prévue pour les allègements dégressifs à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale. Alors que l'assiette des allègements dégressifs serait réduite à deux reprises en 2025 et 2026 par une minoration de la cotisation d'assurance vieillesse (de 2 points au 1^{er} janvier 2025 et 2 points supplémentaires au 1^{er} janvier 2026), le **a**) du 1^o du I du présent article permet que cette assiette, pour le dispositif TO-DE, soit figée dans sa version en vigueur au 1^{er} janvier 2024.

En l'absence de ces dispositions de neutralisation, la direction de la sécurité sociale indique ainsi que **le surplus de cotisations à acquitter, à partir de 2026, pour un employeur versant le salaire moyen de 1,14 Smic à un saisonnier agricole serait de 80 euros par mois.** L'incidence globale positive pour les finances publiques de cette moindre exonération serait de 80 millions d'euros par année¹.

- Enfin, le **III** du présent article, issu d'un amendement du député Yannick Monet, vise à demander un rapport au Gouvernement, avant le 1^{er} juillet 2025, sur les évolutions du travail saisonnier agricole et l'amélioration des droits des travailleurs concernés.

2. La modification apportée par le Sénat

Le Sénat a adopté l'article modifié par un amendement de la commission supprimant la demande de rapport comprise au **III** du présent article.

¹ Ce surplus est à diviser par deux pour 2025.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'intégrer au présent article les dispositions comprises à l'article 4 *bis* visant à rendre éligibles les coopératives d'utilisation de matériel agricole (Cuma) à l'exonération TO-DE, ainsi qu'à l'article 4 *ter* qui propose d'étendre cette exonération aux coopératives agricoles de conditionnement des fruits et légumes qui embauchent des saisonniers agricoles. Ces trois articles modifient en effet le même article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime.

Le texte de la CMP procédait également à des améliorations rédactionnelles.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale a retenu un amendement du député Jérôme Guedj qui ajoute un **IV** au sein du présent article, lequel vise à demander un rapport au Gouvernement comportant une évaluation de l'exonération de cotisations sociales pour l'emploi d'un travailleur saisonnier agricole.

III - La position de la commission

Si la rapporteure générale regrette la réintroduction d'une demande de rapport, elle ne peut que souhaiter l'entrée en vigueur rapide des dispositions bienvenues prévues au présent article.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 4 bis

Éligibilité des coopératives d'utilisation de matériel agricole à l'exonération TO-DE

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, propose d'étendre le périmètre du dispositif d'exonération TO-DE aux coopératives d'utilisation de matériel agricole (Cuma).

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. L'état du droit

L'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime prévoit le dispositif d'exonération pour l'emploi des saisonniers agricoles (TO-DE) décrit ci-avant dans le commentaire de l'article 4. Aux termes de cet article, le bénéfice de cette exonération est ouvert aux « *employeurs relevant du régime*

de protection sociale des professions agricoles ». Sont ainsi concernés tant les exploitants agricoles que les groupements d'employeurs agricoles, y compris si ces derniers comportent des membres – coopératives ou entreprises – qui ne sont pas éligibles en propre au dispositif d'exonération TO-DE¹.

Au chapitre des exceptions à cette souplesse d'éligibilité, **le V du même article L. 741-16 exclut expressément du bénéfice de l'exonération les coopératives d'utilisation du matériel agricole (Cuma) mettant des salariés à la disposition de leurs adhérents.**

Les coopératives d'utilisation du matériel agricole

Appartenant à la catégorie des sociétés de coopératives agricoles, régies par les articles L. 521-1 et suivants du code rural et de la pêche maritime, les Cuma ont **pour finalité la mise à disposition de leurs adhérents des moyens nécessaires à leurs exploitations agricoles (machines agricoles, hangars, salariés, etc.)**. En application de l'article R. 522-1 du même code, elles doivent réunir comme membres au moins quatre chefs d'exploitation – qu'ils soient des personnes morales ou des personnes physiques. Environ un agriculteur sur deux est adhérent d'une des 12 500 Cuma recensées en France.

Les Cuma ont comme vocation première de permettre une mutualisation de matériel. Toutefois, un besoin croissant des agriculteurs a conduit le législateur en 2006² à autoriser les Cuma à mettre à disposition de leurs adhérents des salariés, comme le font les groupements d'employeurs. D'abord limitée à une masse salariale définie par décret³, cette mise à disposition n'est plus plafonnée depuis la loi dite « Travail » de 2016⁴ et son décret d'application⁵.

En contrepartie de l'octroi de cette activité de mise à disposition par les Cuma, le législateur en 2006 a introduit les dispositions précitées du V de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime afin de favoriser le salariat d'emploi permanent et non pas de saisonniers agricoles.

¹ Cet assouplissement est issu de l'article 13 de la loi n° 2010-237 du 9 mars 2010 de finances rectificative pour 2010.

² La loi d'orientation agricole n° 2006-11 du 5 janvier 2006.

³ L'article D. 521-4 du code rural et de la pêche maritime, aujourd'hui abrogé, disposait que la mise à disposition de salarié se faisait dans un plafond de 30 % puis de 49 % de la masse salariale totale de la Cuma.

⁴ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

⁵ Décret n° 2016-1402 du 18 octobre 2016.

B. Le droit proposé

En première lecture, le Gouvernement a transmis au Sénat cet article inséré par douze amendements parlementaires identiques¹ en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

Le présent article vise à abroger le V de l'article L. 741-16 précité afin d'élargir aux Cuma le périmètre de l'exonération pour l'emploi des TO-DE.

Selon les informations transmises par le Gouvernement, cette mesure représente, comme incidence financière, des moindres recettes de six millions d'euros par an.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. L'examen au Sénat en première lecture

En première lecture, le Sénat a adopté le présent article sans modification.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

Pour des raisons légistiques, la commission mixte paritaire a proposé de supprimer cet article en cohérence avec la rédaction de l'article 4 qui intégrait les dispositions d'abrogation du V de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale a retenu un amendement de la députée Danièle Brulebois (EPR) qui propose une rédaction globale de l'article.

Au lieu d'abroger l'interdiction faite aux Cuma de se voir appliquer l'exonération, il est proposé de mentionner expressément que ces coopératives bénéficient des dispositions de l'article L. 741-16 précité prévoyant le dispositif TO-DE.

III - La position de la commission

La rédaction retenue dans le texte transmis au Sénat en nouvelle lecture ne modifie nullement la portée du présent article 4 *bis*.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Amendements de M. Monnet, M. Potier, Mme Hamelet, M. Le Gac, M. Buchou, M. Fabrice Brun, Mme Duby-Muller, Mme Brulebois, M. Lepers, Mme Laporte, M. Neuder et M. Mandon.

Article 4 ter
**Extension de l'exonération TO-DE aux coopératives agricoles
de conditionnement de fruits et légumes**

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, vise à étendre l'exonération TO-DE pour l'emploi de saisonniers agricoles aux coopératives agricoles qui se consacrent au conditionnement de fruits et légumes.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. L'état du droit

En vertu de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime, le dispositif d'exonération de cotisation dit TO-DE¹ s'applique en cas d'emploi de saisonniers agricoles pour des tâches temporaires liées au cycle de la production animale et végétale « *et aux activités de transformation, de conditionnement et de commercialisation de produits agricoles lorsque ces activités, accomplies sous l'autorité d'un exploitant agricole, constituent le prolongement direct de l'acte de production* ».

Cette condition d'accomplissement des activités sous l'autorité d'un exploitant agricole exclue dès lors les coopératives de transformation, conditionnement et commercialisation du dispositif, ainsi que le confirme le ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche dans une réponse du 10 août 2010 à une question écrite², postérieure à assouplissement permis par la loi précitée du 9 mars 2010 de finances rectificative pour 2010³.

L'article L. 521-1 du code rural et de la pêche maritime définit les sociétés coopératives agricoles par leur objet de permettre « *l'utilisation en commun par des agriculteurs de tous moyens propres à faciliter ou à développer leur activité économique, à améliorer ou à accroître les résultats de cette activité* ». Les coopératives agricoles qui se consacrent au conditionnement des fruits et légumes sont mentionnées au 1° du I de l'article 1451 du code général des impôts qui les exonère de cotisation foncière des entreprises.

Plusieurs raisons expliquent ce maintien des coopératives agricoles de conditionnement des fruits et légumes à l'écart du périmètre de l'exonération. D'une part, il s'agirait, selon la même réponse du ministère, de « *ne pas créer de distorsion de concurrence entre les coopératives agricoles et les entreprises de l'agroalimentaire exerçant les mêmes activités* ». D'autre part, selon la ministre Astrid Panosyan-Bouvet, lors de l'examen au Sénat du PLFSS pour 2025,

¹ Cf. le commentaire de l'article 4 pour une description du dispositif.

² Question écrite du député Michel Dieffenbacher n° 82763, JO du 10/08/2010, page 8742.

³ Cf. le commentaire de l'article 4 bis.

« les coopératives agricoles ont vocation [...] à embaucher des salariés de manière pérenne et favoriser ainsi l'emploi permanent »¹.

B. Le dispositif initialement proposé

Le présent article a été inséré par le Sénat en première lecture par un amendement de Laurent Duplomb (LR). **Il vise à inclure dans le périmètre de l'exonération les coopératives agricoles qui se consacrent au conditionnement de fruits et légumes**, sans que ne soit applicable la condition d'exercice des activités sous l'autorité d'un chef d'exploitation agricole.

Ainsi que l'a rappelé le président de la commission lors des débats sur l'examen de cet amendement, l'activité de production et de conditionnement des fruits et légumes « *subit une concurrence internationale complète – il suffit de considérer les chiffres de production en la matière – et les entreprises concernées embauchent certes des emplois permanents, mais également beaucoup de travailleurs saisonniers, en raison de la forte saisonnalité de leur activité* ».

Ces dispositions avaient déjà été adoptées par le Sénat à l'occasion du PLFSS pour 2024².

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire (CMP) a proposé de supprimer le présent article en raison de son intégration à l'article 4.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité, le Gouvernement a retenu un amendement du rapporteur général Thibault Bazin reprenant les ajustements rédactionnels proposés par la CMP à l'article 4. Il s'agit d'améliorer la désignation des coopératives agricoles de conditionnement des fruits et légumes concernées.

III - La position de la commission

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ *Compte rendu intégral des débats, séance du 19 novembre 2024.*

² *Article 10 sexies H supprimé dans la suite de la navette.*

Article 5

Pérennisation de l'exonération en faveur des employeurs agricoles de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi (TO-DE)

Cet article vise à permettre aux jeunes agriculteurs, âgés de 18 à 40 ans au moment de leur affiliation, de cumuler les bénéfices de l'exonération partielle de cotisation octroyée aux jeunes agriculteurs et de la réduction de taux de cotisation octroyée à tous les travailleurs indépendants et chefs d'exploitation agricole.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

1. Une exonération partielle de cotisations en faveur des jeunes agriculteurs

Jusqu'en 2000, une exonération partielle de cotisations existait sur le fondement d'un décret de 1985 au bénéfice des jeunes agriculteurs âgé de 21 à 35 ans. La LFSS pour 2000¹ a inscrit au niveau législatif le principe de cette exonération partielle et a élargi l'intervalle d'âges éligibles en fixant les bornes à 18 ans et 40 ans². L'inscription de ce dispositif au niveau législatif s'accompagnait d'un relèvement³ des taux d'exonération⁴.

Codifiée à l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime, **cette exonération partielle de cotisation d'assurance maladie, invalidité et maternité, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse de base s'applique pour une durée de cinq années civiles, au bénéfice des agriculteurs âgés de 18 à 40 ans au moment de leur affiliation au régime agricole⁵.**

¹ Article 8 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000.

² Rapport n° 58 (1999-2000), tome IV, fait par Charles Descours, au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 9 novembre 1999.

³ Cette hausse était motivée par la réduction des taux de droit commun, en contrepartie de la création de la CSG, réduisant l'avantage comparatif des jeunes agriculteurs par rapport à leurs confrères.

⁴ Également déterminés par la loi jusqu'à la codification des dispositions en 2000.

⁵ Des ajustements à ces âges sont possibles dans des conditions prévues à l'article D. 731-51 du code rural et de la pêche maritime.

Le taux de réduction est déterminé par décret¹ et décroît au cours des cinq années :

	Taux de réduction
1^{ère} année de réduction	65 %
2^e année	55 %
3^e année	35 %
4^e année	25 %
5^e année	15 %

Selon la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), 45 703 jeunes agriculteurs bénéficiaient de cette exonération partielle en 2023.

Répartition des jeunes agriculteurs bénéficiant de l'exonération partielle selon l'année

1^{ère} année	2^e année	3^e année	4^e année	5^e année
10 513	9 716	8 469	9 678	8 327
23 %	21 %	19 %	19 %	18 %

Source : Commission des affaires sociales, d'après l'annexe 9

Il convient par ailleurs de noter que cette exonération peut être cumulée avec l'exonération de cotisations sociales accordée durant douze mois en cas de début d'activité de création ou de reprise d'exploitation agricole².

2. Une réduction progressive des taux de droit commun pour les exploitants agricoles

La LFSS pour 2018³ a accru la **réduction des taux de cotisation famille pour les travailleurs indépendants⁴ et les non-salariés agricoles⁵**. Ce taux est désormais nul pour les chefs d'exploitation dont les revenus d'activité sont inférieurs à 110 % du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass), dont le montant est fixé à 46 368 euros en 2024. Leur taux est ensuite progressif jusqu'au seuil de 3,10 % pour un revenu d'activité supérieur à 140 % du Pass⁶ (voir graphique *infra*).

¹ Article D. 731-52 du code rural et de la pêche maritime.

² Prévue à l'article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale.

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

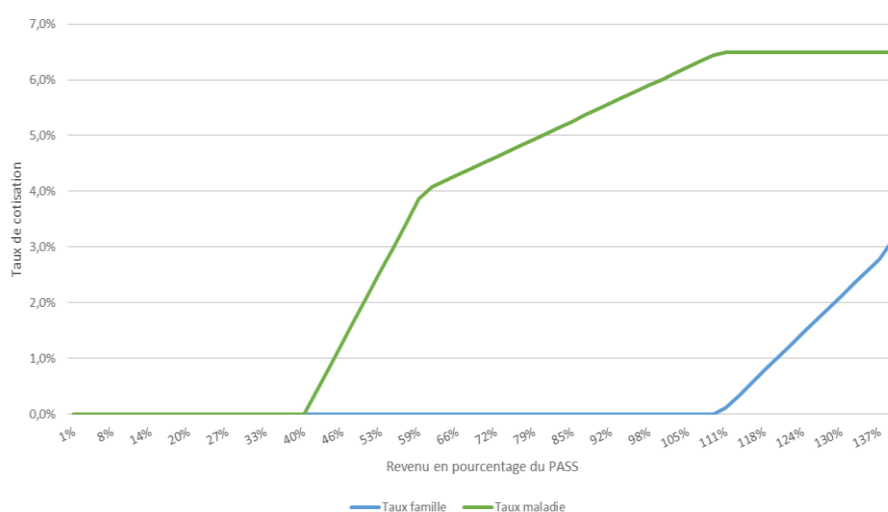
⁴ Article L. 613-1 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime.

⁶ Article D. 613-1 du code de la sécurité sociale.

La loi du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat¹ a **renforcé la progressivité du taux de la cotisation maladie** (voir graphique *infra*). Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2022, le taux de cotisation maladie est nul pour les non-salariés agricoles dont le revenu est inférieur à 40 % du Pass (18 547 euros). La cotisation maladie est encore réduite entre ce seuil et 60 % du Pass (27 821 euros) où elle atteint un taux de 4,0 %. Puis, elle augmente progressivement pour atteindre le taux de 6,5 % à partir d'un revenu équivalent à 110 % du Pass (51 005 euros).

Évolution du taux des cotisations maladie et famille en fonction du revenu des chefs d'exploitation agricole bénéficiant des réductions de droit commun



Source : Direction de la sécurité sociale

En application du dernier alinéa de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale et du II de l'article L. 621-3 du même code, **ces deux réductions peuvent être conjointement appliquées mais ne sont pas cumulables avec un autre dispositif de réduction ou d'abattement** à l'exception de l'exonération déjà mentionnée de début d'activité de création ou de reprise d'entreprise.

Depuis la loi précitée du 16 août 2022, les jeunes agriculteurs éligibles au dispositif d'exonération, décrit plus en amont, disposent d'un droit d'option² entre leur dispositif *ad hoc* et ces réductions de taux de droit commun. Leur choix de revenir à un taux réduit de droit commun s'exprime auprès des caisses de mutualité sociale agricole de manière définitive³. Selon les informations transmises par la CCMSA à la rapporteure générale, seuls 5 %

¹ Article 3 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.

² Codifié au deuxième alinéa de l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime.

³ Les modalités de ce droit d'option sont prévues à l'article D. 731-51 du code rural et de la pêche maritime.

des jeunes agriculteurs éligibles auraient renoncé à l'exonération spécifique au profit de la réduction de droit commun en 2023.

B. Le dispositif proposé

Le présent article vise à permettre aux jeunes agriculteurs de bénéficier des réductions de droit commun et de leur exonération spécifique. Pour cela :

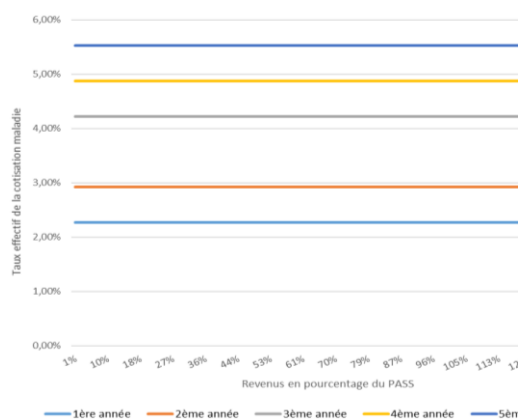
- le I ajoute au sein des articles L. 613-1 et L. 621-3 du code de la sécurité sociale la mention de l'exonération en faveur des jeunes agriculteurs à la liste des dispositifs pouvant être cumulés avec la réduction de cotisations famille et maladie ;

- le II supprime la mention au droit d'option entre les deux dispositifs, rendu inutile.

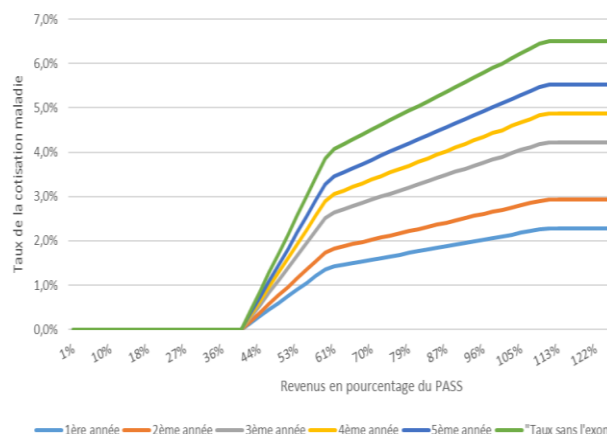
En effet, ainsi que l'indique l'annexe 9 au PLFSS, l'absence de cumul entre ces réductions de taux et cette exonération partielle, dégressive au cours du temps, conduit à ce que **des jeunes agriculteurs versent, notamment les 4^e et 5^e années d'application de leur exonération, un montant de cotisations famille et maladie supérieur aux autres non-salariés agricoles.**

Selon l'annexe 9 au PLFSS, l'incidence financière de cette mesure est une perte de 25 millions d'euros pour la sécurité sociale compensée par l'État.

Taux de la cotisation maladie des bénéficiaires de l'exonération JA sous le régime actuel



Évolution du taux de la cotisation maladie des bénéficiaires de l'exonération JA avec cumul exonération JA et réduction de droit commun du taux

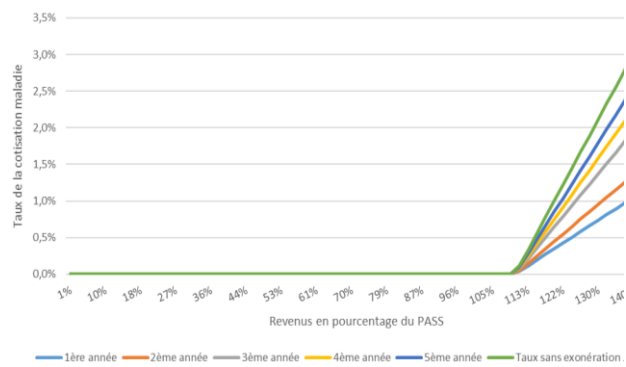


Source : Direction de la sécurité sociale

Taux de la cotisation famille des bénéficiaires de l'exonération JA sous le régime actuel



Évolution du taux de la cotisation famille des bénéficiaires de l'exonération JA avec un cumul de l'exonération JA et de la réduction de droit commun du taux



Source : Direction de la sécurité sociale

Ainsi que le montrent les graphiques ci-dessus, **le cumul des deux dispositifs permettrait aux jeunes agriculteurs disposant d'un revenu inférieur à 140 % du Pass de verser un montant moindre de cotisations et contributions sociales, quel que soit le régime actuel le plus avantageux pour eux - exonération JA ou taux réduits.**

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

Le Gouvernement a transmis cet article au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

Le Sénat a adopté l'article sans modification.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'adopter l'article sans modification.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale a retenu deux amendements du rapporteur général Thibault Bazin. Le premier est d'ordre rédactionnel. Le second vise à rendre applicable l'article à compter des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2025 afin que les jeunes agriculteurs bénéficient de ce cumul sur une année pleine en 2025 ainsi qu'il était prévu initialement.

III - La position de la commission

La rapporteure générale se réjouit de la promulgation à venir de cet article, conformément aux engagements pris par le Gouvernement¹, et de son application rétroactive au 1^{er} janvier 2025.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 5 bis A

Maintien de l'abattement pour le calcul des bénéfices issus de la location des gîtes ruraux au sein de l'assiette agricole

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, propose de maintenir les abattements, dans le cadre du régime micro-bénéfices industriels et commerciaux, pour la prise en compte au sein de l'assiette sociale agricole des bénéfices issus de la location des gîtes ruraux tel qu'ils préexistent à la loi du mardi 19 novembre 2024 visant à renforcer les outils de régulation des meublés de tourisme à l'échelle locale.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. La proposition de loi

Les non-salariés agricoles peuvent exercer des activités d'hébergement dans des structures d'accueil touristique sur l'exploitation agricole, considérées dès lors comme des prolongements de l'activité agricole et dont les revenus sont déclarés dans l'assiette sociale agricole². En application de l'article D. 722-4 du code rural et de la pêche maritime, « sont considérées comme structures d'accueil touristique celles permettant d'effectuer des locations de logement en meublé, des prestations d'hébergement en plein air, des prestations de loisirs ou des prestations de restauration ».

Certains exploitants agricoles, soumis au régime des micro-entreprises pour leurs bénéfices industriels et commerciaux (BIC), déclarent leurs revenus au sein de l'assiette sociale en appliquant les abattements fiscaux prévus à l'article 50-0 du code général des impôts.

La loi du 19 novembre 2024 visant à renforcer les outils de régulation des meublés de tourisme à l'échelle locale³ a réduit ces abattements applicables, dans le cadre du régime micro-BIC, aux bénéfices issus de la location de meublés de tourisme. Cette modification s'applique aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2025. De la sorte, l'assiette sur laquelle sont

¹ Conférence de presse de Gabriel Attal, Premier ministre, sur la crise agricole, le 21 février 2024.

² Article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime et article L. 731-14 du code de la sécurité sociale.

³ Loi n°2024-1039.

assises les cotisations sociales des exploitants agricoles concernés s'en trouverait affectée, des revenus jusqu'alors exclus y étant intégrés.

Les abattements applicables dans le cadre du régime micro-BIC

En application de l'article 50-0 du code général des impôts modifié par l'article 7 de la loi précitée du 19 novembre 2024, les revenus issus de la location des meublés de tourisme et les chambres d'hôte font l'objet d'un abattement de 50 % dans la limite de 77 700 euros de revenus locatifs annuels (contre auparavant 71 % dans la limite de 188 700 euros).

Les revenus issus des meublés non classés sont quant à eux abattus de 30 % sous le seuil de 15 000 euros (contre 50 % dans la limite de 77 700 euros).

En outre, la réforme de l'assiette sociale agricole, introduite par la LFSS pour 2023¹, qui s'applique au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2026, prévoit, en application des articles L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime et L. 136-3 du code de la sécurité sociale, que cette assiette fait l'objet d'un abattement de 26 %. Ce même article L. 136-3, au IV, permet toutefois de déclarer les revenus au sein de l'assiette sociale en appliquant les mêmes modalités de calcul que pour l'assiette micro-BIC.

B. Le dispositif initialement proposé

Cet article a été inséré par le Sénat en première lecture par un amendement de Frédérique Espagnac ayant reçu un avis de sagesse de la commission, et un avis défavorable du Gouvernement.

Le présent article visait à exonérer les non-salariées des professions agricoles de cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité et des cotisations de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole pour leurs revenus issus des activités de location de meublés de tourisme et soumis au régime micro-BIC.

Ainsi que le soulignait le président de la commission lors des débats en séance publique, si l'adoption de la proposition de loi n'était pas sans incidence sur l'assiette sociale, le dispositif de l'amendement méritait toutefois d'être retravaillé dans le cadre de la commission mixte paritaire afin « *d'opérer [cette] coordination entre la proposition de loi et le PLFSS* »².

¹ Article 18 de la loi n°2023-1250 du 26 décembre 2023.

² Compte rendu intégral des débats, Séance du 19 novembre 2024.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire (CMP) a réécrit le présent article en remplaçant le dispositif d'exonération des cotisations sociales des non-salariés agricoles par un **rétablissement des abattements attachés aux revenus issus de la location de gîtes ruraux dans leur version préexistant à la loi du 19 novembre 2024**.

Pour cela, la rédaction issue de la CMP vise à créer un article L. 731-14-1 A du code rural et de la pêche maritime dérogeant à l'article L. 731-14 du même code, lequel renvoie à l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale. Il s'appliquerait au calcul des cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2025.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, le Gouvernement a retenu deux amendements identiques du rapporteur général Thibault Bazin et de Paul-André Colombani visant à réécrire le présent article dans la rédaction issue de la CMP. Le texte prévoit toutefois que les dispositions seront applicables au calcul des cotisations et des contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2026 – et non plus 2025. La dérogation introduite s'appliquerait donc concomitamment à l'entrée en vigueur de la réforme de l'assiette sociale agricole.

III - La position de la commission

Cet article a été introduit au Sénat, considérant que l'incidence sur l'assiette sociale agricole de la loi du 19 novembre 2024 méritait quelques ajustements. Toutefois, la rapporteure générale partage l'idée que le principe d'une exonération n'est pas souhaitable alors que, pour les chefs d'exploitation agricole, les revenus locatifs issus des gîtes ruraux sont partie intégrante des bénéfices agricoles.

La rapporteure générale souscrit donc au maintien, proposé par la CMP et réintroduit dans le texte transmis au Sénat, des abattements préexistants à la loi du 19 novembre 2024 pour l'assiette sociale afin d'éviter toute augmentation des cotisations et contributions.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 5 bis

**Modification de l'assiette des cotisations
et contributions des salariés indépendants**

Cet article, figurant dans le texte transmis au Sénat en première lecture, propose, dans la continuité de la réforme portée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, de modifier l'assiette des cotisations et contributions de différentes catégories de travailleurs indépendants.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif transmis au Sénat

A. L'état du droit

1. Les travailleurs indépendants : une population hétérogène dont la protection sociale suppose des règles spécifiques

• Les travailleurs indépendants constituent une **catégorie très hétérogène**, qui regroupe différentes populations exerçant dans de nombreux secteurs d'activité et sous des formes et statuts juridiques variables. Cette spécificité se traduit par un grand nombre de régimes de sécurité sociale auxquels ils peuvent être affiliés : régime général depuis 2020¹, mutualité sociale agricole (MSA), Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), Caisse Nationale des barreaux français (CNBF), etc.

Il est cependant possible de distinguer parmi **les travailleurs indépendants les exploitants agricoles, les dirigeants non-salariés qui regroupent à la fois les micro entrepreneurs et les entrepreneurs individuels de droit commun et les dirigeants assimilés salariés**². De même, cette diversité s'est longtemps retrouvée dans la construction de l'assiette de cotisations sociales (bénéfice total de l'entreprise pour les indépendants non micro entrepreneurs en EURL, revenu versé au gérant en SARL, chiffre d'affaires déclaré pour les micro entrepreneurs, rémunération brute versée pour les dirigeants assimilés salariés) ainsi que dans les modalités de calcul des prélèvements sociaux.

Ces différentes catégories de travailleurs indépendants partagent une communauté de situation vis-à-vis de la sécurité sociale, dans la mesure où, **assumant à la fois la charge du financement du régime côté employeur et salarié, ils bénéficient de taux de cotisations moindres en contrepartie d'une protection sociale plus limitée.**

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

² Ceux-ci se partagent traditionnellement entre gérants de SARL/EURL, les dirigeants de SA/SAS/SASU et les autres dirigeants assimilés salariés (SNC, GIE).

2. Une réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants déjà prévue dans la LFSS pour 2024

• **L'article 18 de la LFSS pour 2024¹** est venu réformer l'assiette sociale des travailleurs indépendants, notamment en unifiant les assiettes des cotisations et des contributions sociales. Pour les indépendants « classiques », c'est-à-dire hors micro entrepreneurs², **il existait en effet deux assiettes distinctes pour les cotisations sociales et pour la CSG et la CRDS.** L'articulation de ces deux assiettes, parfois qualifiée de « *doublément circulaire* », était particulièrement complexe et limitait la prévisibilité des futurs revenus pour les travailleurs indépendants. De fait, la définition de l'assiette des cotisations sociales, ou revenu net fiscal, revenait à retrancher ces mêmes cotisations sociales au revenu super-brut ainsi que la part fiscalement déductible de la CSG – contribution elle-même dépendante du niveau des cotisations sociales.

Dorénavant, **pour les travailleurs indépendants non agricoles, les cotisations et contributions sociales doivent être calculées sur la base du revenu professionnel diminué des frais et charges professionnels autres que les cotisations et contributions sociales, auquel doit être déduit un abattement de 26 %** – dans une fourchette de 1,76 % à 130 % du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass)³. **Un rapprochement équivalent a été opéré pour les travailleurs indépendants agricoles.**

B. Le droit proposé

Le présent article, issu d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, entend « *précise[r] et apporte[r] plusieurs corrections aux dispositions adoptées à l'article 18 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024* »⁴. Pour rappel, les modifications apportées par la LFSS pour 2024 n'entreront en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2025 pour les travailleurs indépendants non-agricoles et au 1^{er} janvier 2026 pour les travailleurs indépendants agricole.

Le I du présent article étend aux chefs d'exploitation exerçant à titre secondaire le bénéfice de la réduction du taux de cotisation maladie dont bénéficient les autres travailleurs indépendants au titre de l'article L. 621-3 du code de la sécurité sociale.

Le 1^o du II du présent article revient rétablit le droit en vigueur préexistant à la réforme, en étendant à l'ensemble des travailleurs indépendants le bénéfice de l'étalement sur plusieurs années dans le compte de résultat des subventions d'équipements qui peuvent leur être accordées par une personne de droit public au titre de l'article 42 *septies* du code général

¹ Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

² Le prélèvement social des micro entrepreneurs était déjà unifié, puisqu'il s'agit aussi bien en matière fiscale que sociale du chiffre d'affaires réalisé déduit de frais professionnels forfaitaires.

³ Article D. 136-5 du code de la sécurité sociale.

⁴ Exposé sommaire de l'amendement n° 2342 à l'Assemblée nationale.

des impôts. **Le 2° du même II** fait évoluer l'assiette de la CSG définie à l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, en exonérant les revenus issus de plus-values de cession à court terme qui font l'objet d'une exonération d'impôt sur le revenu¹. **Le b du 2° dudit II** précise également que, dans le cas d'un exercice de travailleur indépendant en société, ou de coexploitation, les montants soumis à la CSG le sont en proportion des rémunérations et avantages personnels non déductibles des résultats de la société ou de la coexploitation qu'ils ont perçu.

Le III du présent article modifie les modalités d'entrée en vigueur de la réforme de l'assiette pour les travailleurs indépendants :

- **le 1°** repousse l'entrée en vigueur du nouveau calcul des cotisations et des contributions dues par les travailleurs indépendants non agricoles prévues au titre de l'article 18 de la LFSS pour 2024, initialement prévue au 1^{er} janvier 2025, à la date de régularisation des cotisations dues au titre de 2025 prévue par l'article L. 131-6-52 du code de la sécurité sociale ;

- **le 2°** précise que le même nouveau calcul des cotisations s'appliquera pour les cotisations et contributions des travailleurs indépendants au régime micro au titre des périodes courant à partir du 1^{er} janvier 2026 ;

- **le 3°** dispose des modalités dans lesquelles, pour le calcul des cotisations et contributions dues au titre des années 2026 et 2027 par les travailleurs indépendants agricoles, leurs revenus super-bruts au titre des années 2023 et 2024 sont reconstitués par les caisses de la MSA.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

Le texte issu de la commission mixte paritaire (CMP) a précisé que le présent article s'applique au calcul des cotisations et des contributions dues par les travailleurs indépendants agricoles au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2026.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend, sur proposition du rapporteur général, la modification proposée par la CMP, et y ajoute une coordination avec les dispositifs dont bénéficient les indépendants à la tête d'une entreprise de travaux agricole en matière de fiscalité.

¹ Articles 151 et 238 quindecies du code général des impôts.

III - La position de la commission

La commission des affaires sociales avait adopté l'article 5 *bis*, se félicitant de la mise en œuvre de la réforme de l'assiette de cotisation des travailleurs indépendants.

Les modifications intervenues en CMP, puis à l'Assemblée nationale, permettent d'apporter une précision sur l'entrée en vigueur du dispositif et son articulation avec les autres dispositifs fiscaux.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 5 ter

Application à Mayotte de la réforme de l'assiette sociale pour les travailleurs indépendants non-agricoles et extension d'une habilitation à légiférer par ordonnance

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, propose de rendre applicable à Mayotte la réforme de l'assiette des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants prévue par l'article 18 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2024. Il prolonge également l'habilitation accordée au Gouvernement pour légiférer par ordonnance sur l'application de la réforme de l'assiette sociale pour les non-salariés agricoles en outre-mer.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. L'état du droit

1. Les réformes déjà prévues dans le PLFSS pour 2024

a) La réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants

Alors que les cotisations sociales, d'une part, la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) d'autre part, étaient assises sur des assiettes distinctes aux modalités de calcul complexes, **l'article 18 de la LFSS pour 2024**¹ a unifié ces deux assiettes en proposant une nouvelle modalité de détermination de l'assise.

Ainsi, **pour les travailleurs indépendants non agricoles les cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2025 seront peu ou prou calculées sur la base du revenu professionnel diminué des frais et charges professionnels, auquel serait déduit un abattement de 26 % – dont les montants plancher**

¹ Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

et plafond sont déterminés par décret¹. En outre, l'assiette des cotisations sociales, légèrement différente, prend en compte les revenus de remplacement² et exclut les sommes perçues au titre de l'intéressement, de la participation et de l'abondement d'un plan d'épargne d'entreprise³.

L'article 5 bis du présent PLFSS propose d'apporter des ajustements à cette assiette⁴.

b) Une habilitation à légiférer par ordonnance pour les outre-mer

Les cotisations sociales des non-salariés agricoles en Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin sont assises sur la superficie de l'exploitation agricole et non pas calculées en fonction du revenu professionnel.

Le I de l'article 26 de la LFSS pour 2024 a habilité le Gouvernement à légiférer par ordonnance **dans un délai de 18 mois** à compter de la promulgation de la loi afin :

- de rendre applicable aux non-salariés agricoles exerçant leur activité à la Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, sous réserve d'ajustements nécessaires, les dispositions relatives aux taux, au calcul et au recouvrement des cotisations et des contributions sociales des travailleurs indépendants résultant des dispositions de l'article 18 de la LFSS pour 2024. Le II de l'article 3 du présent PLFSS étend également cette habilitation à la réforme prévue afin d'aligner l'effort contributif des non-salariés agricoles sur celui des travailleurs indépendants s'agissant du calcul de leur retraite de base ;

- d'adapter le dispositif d'exonération de cotisations sociales dont bénéficient les exploitants agricoles de ces territoires ;

- de procéder à toutes les modifications rédactionnelles rendues nécessaires.

2. L'assiette sociale des travailleurs indépendants non agricoles à Mayotte

L'article 28-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996⁵ prévoit que les revenus d'activité des travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité à Mayotte sont « *ceux pris en compte pour la détermination du revenu imposable selon les règles applicables à Mayotte* ». Cette assiette demeure toutefois diminuée notamment des « *plus-values et moins-values professionnelles* ».

¹ Cette définition est notamment codifiée à l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale prévoyant l'assiette de la CSG.

² Les indemnités journalières ou prestations versées au titre de la maladie (hors affection de longue durée, la maternité, paternité et l'accueil de l'enfant).

³ Article L. 731-14 du code de la sécurité sociale.

⁴ Voir le commentaire de l'article 5 bis.

⁵ Ordonnance 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.

à long terme, des reports déficitaires, des exonérations [...] ». Ces règles ont largement convergé vers le droit fiscal de l'Hexagone depuis 2011 (voir encadré ci-après) mais des adaptations demeurent.

Départementalisation de Mayotte

La départementalisation de Mayotte¹ a eu pour conséquence de changer le régime constitutionnel applicable à la collectivité d'outre-mer. Désormais régi par l'article 73 de la Constitution, le droit applicable à Mayotte est soumis au principe d'identité législative. Toutefois, les législations applicables à l'Hexagone et aux autres départements et régions d'outre-mer de l'article 73 de la Constitution ne sont étendues à Mayotte que progressivement. L'étude d'impact accompagnant les projets de loi simple du 7 décembre 2010 relative au Département de Mayotte² prévoyait une convergence des dispositions en matière de prestations sociales et de cotisations de sécurité sociale, dans une période de 20 à 25 ans.

S'agissant des dispositions de nature fiscale, l'article 11 de la loi du 7 décembre 2010 précitée dispose que « le code général des impôts et les autres dispositions de nature fiscale en vigueur dans les départements et régions d'outre-mer sont applicables [à Mayotte] à compter du 1^{er} janvier 2014 ». Les adaptations au droit fiscal rendues nécessaires à Mayotte ont toutefois été précisées par une ordonnance du 19 septembre 2013³.

B. Le droit proposé

En première lecture, le Gouvernement a transmis au Sénat cet article inséré par un amendement du Gouvernement en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

Le présent article vise :

- au 1^o, à modifier l'article 28-1 de l'ordonnance précitée du 20 décembre 1996 afin **rendre applicable aux travailleurs indépendants non agricoles exerçant à Mayotte la nouvelle assiette de la contribution sociale généralisée** définie à l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la LFSS pour 2024 ;

- au 2^o, à **prolonger de 18 mois l'habilitation à légiférer par ordonnance** prévue à l'article 26 de la LFSS pour 2024 concernant la réforme de l'assiette sociale des non-salariés agricoles en outre-mer.

Selon le Gouvernement, cette prolongation de l'habilitation, qui la porte la durée totale à trois ans, vise à **mieux articuler la réforme du calcul des pensions des non-salariés agricoles, dont l'application en outre-mer fait**

¹ Loi organique n° 2010-1486 du 7 décembre 2010 relative au Département de Mayotte.

² Loi n° 2010-1487 du 7 décembre 2010 relative au Département de Mayotte.

³ Ordonnance n° 2013-837 relative à l'adaptation du code des douanes, du code général des impôts, du livre des procédures fiscales et d'autres dispositions législatives fiscales et douanières applicables à Mayotte a précisé les conditions de cette application et prévu les adaptations nécessaires à la situation de Mayotte.

l'objet d'une habilitation à légiférer par ordonnance à l'article 22 du présent projet de loi, avec la réforme de l'assiette des cotisations sociales. Cette révision de l'assiette est « *un préalable indispensable à l'extension en outre-mer de la réforme du calcul de la retraite de base sur la règle des 25 meilleures années* »¹.

Les deux habilitations auraient une durée similaire de deux ans à compter de la présente LFSS.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. L'examen au Sénat en première lecture

En première lecture, le Sénat a adopté le présent article sans modification.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé des modifications rédactionnelles au présent article.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale a retenu un amendement du rapporteur général Thibault Bazin reprenant l'ajustement rédactionnel issu de la CMP.

III - La position de la commission

La commission a soutenu ces dispositions en première lecture. L'entrée en vigueur de cet article semblait alors concorder avec la reprise du recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants, interrompu depuis 2012 à Mayotte.

Le cyclone Chido ayant frappé Mayotte le 14 décembre 2024 a considérablement modifié la situation locale et a eu une forte incidence sur l'activité économique. Il a justifié la suspension du recouvrement des cotisations et contributions sociales, telle que proposé à l'article 18 du projet de loi d'urgence pour Mayotte, et donc le report de la reprise du recouvrement pour les travailleurs indépendants.

La commission soutient toujours le rapprochement de l'assiette des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants mahorais et celle applicable dans l'Hexagone. Lorsque les circonstances seront réunies pour la reprise du recouvrement des cotisations et contribution, il conviendra toutefois d'être soucieux à ce que l'application de cette réforme soit adaptée à la reprise économique de Mayotte.

¹ Annexe 9 du PLFSS 2025, p. 10.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 5 quater

**Rapport sur la réforme de l'assiette sociales
des travailleurs indépendants**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, vise à demander un rapport au Gouvernement sur la mise en œuvre de la révision de l'assiette des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants opérée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. L'état du droit

Ainsi qu'il a été dit dans le cadre du commentaire de l'article 5 *bis*, **l'article 18 de la LFSS pour 2024**¹ a revu les modalités de détermination de l'assise des cotisations et contributions sociales pour les travailleurs indépendants. Cette réforme doit s'appliquer pour les cotisations et contributions dues à compter du 1^{er} janvier 2025 pour les travailleurs indépendants non agricoles et à compter de 2026 pour les non-salariés agricoles.

B. Le droit proposé

En première lecture, le Gouvernement a transmis au Sénat cet article, inséré par un amendement du Gouvernement complété par un sous-amendement du député Jérôme Guedj, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

Le présent article prévoit **la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement sur l'application de la réforme issue de l'article 18 de la LFSS pour 2024**, ainsi que « *plus largement* » sur la pertinence de définir l'assiette des cotisations sociales sur celle de la CSG.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. L'examen au Sénat en première lecture

En première lecture, le Sénat a supprimé le présent article conformément à la position traditionnelle de la commission.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de maintenir la suppression de l'article.

¹ Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture a retenu un amendement du député Jérôme Guedj, modifié par un sous-amendement rédactionnel du rapporteur général Thibault Bazin, rétablissant le présent article.

III - La position de la commission

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 5 quinquies

Extension aux établissements publics de coopération intercommunale de l'exonération de cotisations patronales pour l'emploi d'aides à domicile

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, propose d'étendre aux établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ayant pour objet l'action sociale l'exonération de cotisation patronale pour l'emploi des aides à domicile dont bénéficient les centres intercommunaux d'action sociale.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. L'état du droit

Le III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale exonère de cotisations patronales de sécurité sociale, hors celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les rémunérations versées aux aides à domicile employées notamment par les centres communaux (CCAS) ou intercommunaux d'action sociale (CIAS) pour remplacer les salariés absents.

B. Le dispositif initialement proposé

Le présent article a été inséré par le Sénat en première lecture par un amendement d'Éric Gold (RDSE) ayant reçu un avis favorable de la part de la commission et un avis défavorable du Gouvernement. De tels amendements avaient déjà été adoptés par le Sénat lors de l'examen des PLFSS pour 2022, 2023 et 2024.

Il propose d'étendre aux établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ayant pour objet l'action sociale l'exonération de cotisations patronales pour l'emploi des aides à domicile prévue au III de l'article L. 241-10 précité. Cet article vise donc à traiter équitablement une même prestation exercée dans un contexte de coopération intercommunale, indépendamment de la structure : EPCI ou CIAS.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire (CMP) a modifié le présent article afin d'y introduire les dispositions prévues à l'article 6 *ter*, lequel modifie également le même article L. 241-10 du code de la sécurité sociale afin d'étendre l'exonération aux syndicats mixtes « fermés »¹.

Elle propose également de limiter le champ d'application de l'exonération aux seuls EPCI et syndicats mixtes « fermés » ayant pour objet exclusif l'action sociale afin d'éviter toute rupture d'égalité devant les charges publiques. En effet, le Conseil constitutionnel a jugé, dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité², que la différence de traitement provoquée par cette exonération ciblée sur certains établissements publics était justifiée en raison de l'intention du législateur de « *favoriser, pour le suivi social des personnes dépendantes, la coopération intercommunale spécialisée en matière d'aide sociale* ».

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, le Gouvernement a retenu un amendement du rapporteur général Thibault Bazin visant à rédiger le présent article dans la rédaction issue de la CMP.

En conséquence, l'article 6 *ter* est supprimé.

III - La position de la commission

La rapporteure générale accueille favorablement la rédaction retenue à cet article, qui retranscrit le travail de la CMP.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Prévu au premier alinéa de l'article L. 5711-1 du code général des collectivités territoriales.

² Décision n° 2011-158 QPC du 5 août 2011.

Article 5 sexies
**Exonération de cotisations sociales des prestations versées
dans le cadre du service civique**

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, vise à préciser que les prestations versées dans le cadre du service civique ne sont pas soumises à cotisations sociales.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. L'état du droit

L'article L. 120-8 du code du service national prévoit que les personnes engagées dans un volontariat associatif ou un service civique reçoivent mensuellement une indemnité versée par la personne morale auprès de laquelle elles se trouvent. Dans le cadre d'un service civique, cette indemnité est versée pour le compte de l'Agence du service civique.

L'article L. 120-19 du code du service national prévoit que, pour peu qu'elles demeurent proportionnées aux missions confiées, les volontaires « peuvent également percevoir les prestations nécessaires à leur subsistance, leur équipement, leur transport et leur logement ».

Ces prestations complémentaires doivent être comprises dans le contrat d'engagement de service civique ou de volontariat associatif¹. Elles peuvent être servies en nature ou en espèce et leur montant minimal mensuel s'élève à 114,85 euros au 1^{er} janvier 2024². Si la prestation excède ce montant et est versée en nature alors elle est soumise aux cotisations et contributions sociales. Dans tous les autres cas, la prestation est assimilée à des frais professionnels et n'est pas assujettie socialement.

B. Le dispositif initialement proposé

Le présent article a été inséré par le Sénat en première lecture par un amendement de Frédérique Espagnac (SER) ayant reçu un double avis favorable de la part de la commission et du Gouvernement. Il vise à préciser, au même article L. 120-19, que les prestations versées dans le cadre du service civique ou du volontariat associatif ne sont pas soumises à cotisations sociales.

Selon l'auteure de l'amendement, l'intention est d'inscrire « dans la loi ce que pratique déjà dans les faits la sécurité sociale, qui ne perçoit pas de cotisations sociales sur les prestations versées par les organismes d'accueil aux volontaires du

¹ Article R. 121-10 du code du service civique.

² Aux termes de l'article R. 121-25 du code du service civique, le montant minimal mensuel de la prestation est « fixé à 7,43 % de la rémunération mensuelle afférente à l'indice brut 244 de la fonction publique ».

service civique », ces prestations s'écartant rarement du montant minimal réglementaire.

Ces dispositions ont déjà été adoptées par le Sénat en avril 2024 dans le cadre de la proposition de loi visant à renforcer le service civique¹.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire (CMP) n'a apporté que des modifications d'ordre rédactionnel au présent article.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, le Gouvernement a retenu un amendement du rapporteur général Thibault Bazin reprenant les modifications rédactionnelles issues de la CMP.

III - La position de la commission

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Texte n° 115 (2023-2024) adopté par le Sénat le 10 avril 2024.

Article 6

Réforme des allègements généraux de cotisations patronales

Cet article propose de réformer les allègements généraux de cotisations patronales, afin d'augmenter les recettes publiques.

Le texte initial augmentait les recettes publiques d'environ 4 milliards d'euros par an tout en réduisant le risque de « trappe à bas salaires ». En 2025, les allègements devaient être réduits de 2 points de cotisation au niveau du Smic et les seuils maximaux des bandeaux famille et maladie devaient être ramenés à 3,2 et 2,2 Smic (contre 3,5 et 2,5 Smic actuellement). En 2026, les allègements devaient être réduits de 2 points supplémentaires au niveau du Smic, les deux bandeaux devaient être supprimés et le dispositif devait prendre la forme d'une courbe « lissée » s'annulant à 3 Smic.

Le Sénat, considérant qu'il convenait de neutraliser l'impact de la mesure sur l'emploi, a ramené l'augmentation des recettes publiques en 2025 à 3 milliards d'euros, en maintenant le niveau d'allègement actuel au niveau du Smic et en repoussant les points de sortie précités à respectivement 3,1 et 2,1 Smic. Il proposait, à partir de 2026, de maintenir le niveau d'allègement actuel au niveau du Smic et de ramener le point de sortie à 2,05 Smic, pour un rendement analogue à celui du texte initial. Il n'a pas adopté l'amendement de la commission, tendant à maintenir en l'état les dispositifs spécifiques, comme Lodéom et TO-DE.

L'Assemblée nationale a retenu le texte proposé par la CMP, ramenant l'augmentation des recettes publiques en 2025 à seulement 1,6 milliard d'euros, en maintenant le niveau des allègements actuels au niveau du Smic mais en repoussant les points de sortie précités à respectivement 3,3 et 2,25 Smic. Dans le cas des exercices 2026 et suivants, le Gouvernement serait libre de fixer comme il l'entend le niveau des allègements au niveau du Smic, et le point de sortie serait rétabli à 3 Smic. Le Gouvernement indique que son intention est de faire en sorte que cela corresponde à un rendement de la mesure d'également 1,6 milliard d'euros.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I – Le dispositif initialement proposé : une réduction des allègements généraux de 5 milliards d'euros

A. Le dispositif actuel : des allègements de 80 milliards d'euros, correspondant à environ un million d'emplois créés ou sauvegardés

1. En 2024, un coût d'environ 80 milliards d'euros, dont 65 milliards d'euros pour la sécurité sociale

Les allègements généraux de cotisations patronales ont coûté en 2023 près de 80 milliards d'euros, dont plus de 65 milliards d'euros à la sécurité

sociale (régimes obligatoires de base de sécurité sociale, ou Robss). Ces 65 milliards d'euros se sont répartis de la façon suivante :

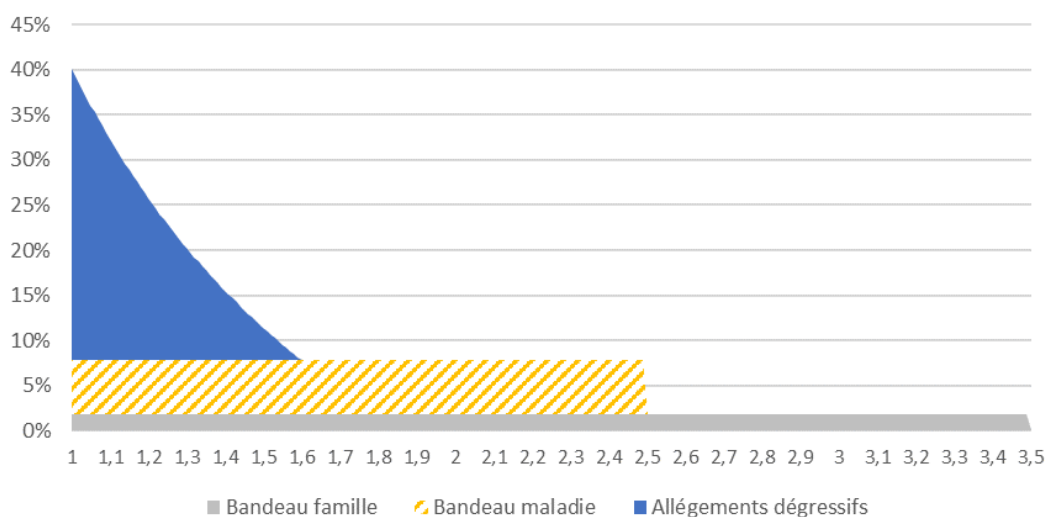
- 27 milliards d'euros pour les allègements dégressifs (de 32,4 points au niveau du Smic) ;

- 28 milliards d'euros pour le bandeau maladie (ex-CICE, allègement non dégressif de cotisations maladie, de 6 points, jusqu'à 2,5 Smic) ;

- 10 milliards d'euros pour le bandeau famille (allègement non dégressif de cotisations famille, de 1,8 point, jusqu'à 3,5 Smic).

Le schéma ci-après permet de visualiser ces différents éléments.

Les allègements généraux de cotisations sociales patronales



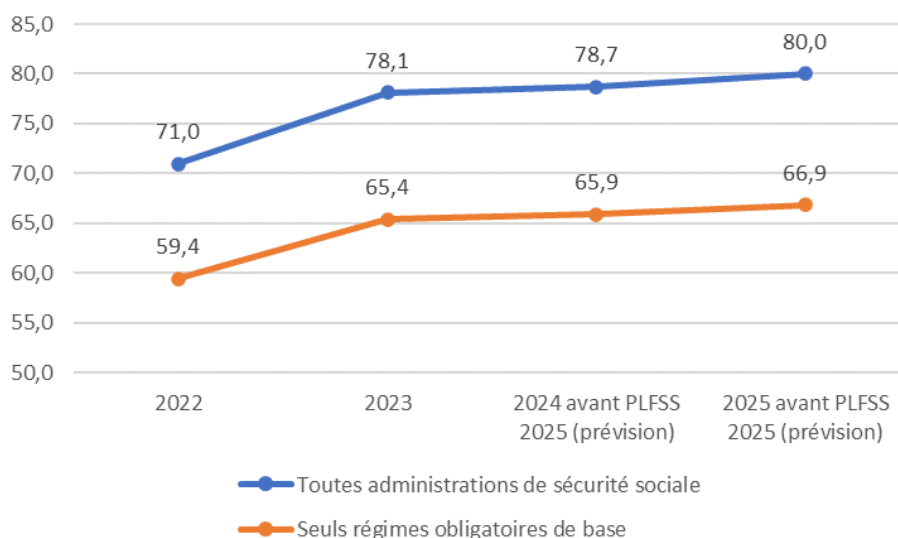
NB : Le graphique concerne les entreprises de 50 salariés ou plus. Dans le cas des entreprises de moins de 50 salariés, qui paient 0,4 point de moins pour le financement de l'allocation de logement social (taux de 0,1 % au lieu de 0,5 %), l'allègement du barème est réduit de 0,4 point au niveau du Smic.

Source : Commission des affaires sociales

Le coût des allègements généraux a fortement augmenté en 2023, du fait de la crise sanitaire, comme le montre le graphique ci-après. Cette forte augmentation provient de la forte inflation de 2022, qui a suscité une forte revalorisation du Smic en 2023. De nombreux salaires se sont alors retrouvés « rattrapés » par le Smic, et ont donc donné lieu à des allègements à un taux plus élevé.

Coût des allègements généraux de cotisations patronales

(en milliards d'euros)



Source : Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024

2. Une suppression totale des allègements généraux ferait disparaître environ un million d'emplois

L'impact sur l'emploi de ces trois composantes est très différent :

- l'allègement dégressif entre 1 et 1,6 Smic correspondrait à environ 800 000 emplois créés ou sauvegardés¹ ;

- l'ex-CICE, au coût analogue, correspondrait à seulement environ 100 000 emplois créés ou sauvegardés² ;

- l'impact sur l'emploi du bandeau famille pour sa part supérieure à 1,6 Smic, et *a fortiori* à 2,5 Smic, est considéré comme très faible. Ainsi, une note³ de 2019 du Conseil d'analyse économique préconisait d'« abandonner [...] les baisses de charges au-dessus de 2,5 Smic voire 1,6 Smic, si les évaluations à venir de France Stratégie venaient à confirmer leurs résultats décevants ».

En cohérence avec ces estimations, le « rapport Bozio-Wasmer » d'octobre 2024 (cf. *infra*) estime qu'« un scénario radical de suppression complète

¹ Ce chiffre de 800 000 emplois figure notamment dans un article publié en janvier 2006 par Yannick L'Horty (« Dix ans d'évaluation des exonérations sur les bas salaires », in *Connaissance de l'emploi*, n° 24, janvier 2006), synthétisant la quinzaine d'études qui avaient été faites sur le sujet.

² « Une partie du débat sur l'efficacité du CICE a été accaparée par la comparaison des effets emploi entre les deux équipes de recherche mandatées par France Stratégie (effets nuls pour le LIEPP, effets positifs pour le TEPP), entraînant des commentaires précis de plusieurs discutants ainsi qu'une tentative de réconciliation des résultats par l'Insee. Le comité de suivi du CICE a retenu finalement l'ordre de grandeur de 100 000 emplois créés ou sauvegardés » (France Stratégie, 2018, 2020) » (Antoine Bozio, Étienne Wasmer, *Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire*, 3 octobre 2024).

³ Yannick L'Horty, Philippe Martin, Thierry Mayer, « Baisses de charges : stop ou encore ? », Les notes du Conseil d'analyse économique, n° 49, janvier 2019.

des exonérations générales conduirait, suivant les élasticités emploi retenues dans la suite de ce rapport [...], à la destruction de 980 000 ETP ».

Cela ne signifie pas que sans les allègements, il y aurait en France environ un million d'emplois de moins. En effet, ces allègements existant depuis longtemps, leur effet sur l'emploi s'est atténué (par exemple parce qu'ils ont permis d'augmenter davantage les salaires).

Toutefois il ressort de ces études que leur suppression susciterait la disparition rapide d'environ un million d'emplois. Leur réduction doit donc être envisagée avec prudence.

3. Le gel en euros courants des seuils maximaux des bandeaux famille et maladie par la LFSS 2024

Lors de l'examen du PLFSS 2024, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté un amendement de Marc Ferracci tendant à supprimer le bandeau famille au-delà de 2,5 Smic, conformément à une proposition d'un récent rapport d'information¹ co-écrit avec Jérôme Guedj (Mecss² de l'Assemblée nationale). L'économie devait être « recyclée » pour renforcer les allègements dégressifs, étendus aux salaires compris entre 1 et 1,64 Smic.

Le Medef a exprimé dans un communiqué la crainte que cela suscite un « choc négatif de compétitivité ». Marc Ferracci a déposé pour la séance un autre amendement, dont résulte l'actuel article 20 de la LFSS 2024.

Cet article a modifié le code de la sécurité sociale, pour exprimer les seuils jusqu'auxquels s'appliquent les bandeau maladie (2,5 Smic) et bandeau famille (3,5 Smic) en multiples du Smic de fin 2023 (et non plus du Smic de l'année en cours). Il s'agissait à la fois d'éviter une augmentation excessive du coût en cas de forte inflation et de réduire progressivement ces seuils en multiples du Smic, afin de les rendre plus efficaces en termes de créations d'emplois. Toutefois la diminution des seuils est lente. Ainsi, selon l'évaluation préalable de l'article 6 du PLFSS, à droit inchangé ces seuils seraient encore en 2027 de 2,33 et 3,26 Smic.

¹ Marc Ferracci, Jérôme Guedj, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le contrôle de l'efficacité des exonérations de cotisations sociales », n° 1685 (XVI^e législature), 28 septembre 2023.

² Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale.

Impact du gel des points de sortie des bandeaux famille et maladie par la LFSS 2024

Impacts financiers du gel des réductions proportionnelles des taux des cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)
Effet cumulé du gel de la réduction du taux de cotisations d'assurance maladie (en Md €)	0,4	0,8	1,2	1,8
Point de sortie correspondant (en SMIC courant prévisionnel)	2,46	2,41	2,37	2,33
Effet cumulé du gel de la réduction du taux de cotisations d'allocations familiales (en Md €)	0,1	0,2	0,3	0,4
Point de sortie correspondant (en SMIC courant prévisionnel)	3,44	3,37	3,32	3,26

Source : Évaluation préalable de l'article 6 du PLFSS 2025

À l'initiative de la commission des affaires sociales du Sénat, le dispositif a été précisé afin de prévoir que ces seuils ne peuvent devenir inférieurs à 2 Smic de l'année en cours.

B. Le « rapport Bozio-Wasmer »

À l'issue de la conférence sociale du 12 octobre 2023, Élisabeth Borne, alors Première ministre, a chargé deux économistes, Antoine Bozio et Étienne Wasmer, d'une mission sur l'articulation entre les salaires, le coût du travail et la prime d'activité. Un rapport d'étape¹ a été publié en avril 2024. La publication du rapport définitif, prévue en juin, a été retardée du fait de la dissolution de l'Assemblée nationale, et n'a eu lieu que début octobre².

La lettre de mission indiquant que les propositions devaient se faire à prélèvements obligatoires constants, ce rapport ne propose pas d'économie dans son « scénario central »³.

1. Un « scénario central » à coût et à emploi constant, réduisant le risque de « trappe à bas salaire »

Actuellement, si pour augmenter d'un euro le salaire net d'un salarié, l'employeur doit habituellement payer environ 1,8 euro, du fait des allègements dégressifs ce montant est de 2,44 euros en dessous de 1,6 Smic, comme le montre le graphique ci-après.

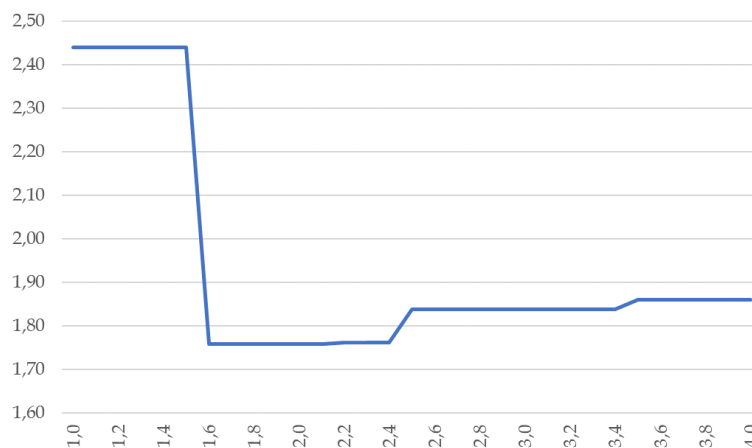
¹ Antoine Bozio, Étienne Wasmer, Mission sur l'articulation entre les salaires, le coût du travail et la prime d'activité : quels effets sur l'emploi, le niveau des salaires et l'activité économique ?, document d'étape, 25 avril 2024.

² Antoine Bozio, Étienne Wasmer, Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire, 3 octobre 2024.

³ Le rapport propose toutefois trois autres scénarios, dénommés « scénario adapté aux moins de 26 ans », « suppression des bandeaux » et « recyclage des bandeaux », augmentant les recettes de respectivement 0,8 milliard d'euros, 12,2 milliards d'euros et 0,8 milliard d'euros.

Coût pour l'employeur d'une hausse d'un euro du salaire net en fonction du niveau de salaire en part de Smic (janvier 2024)

(en euros)

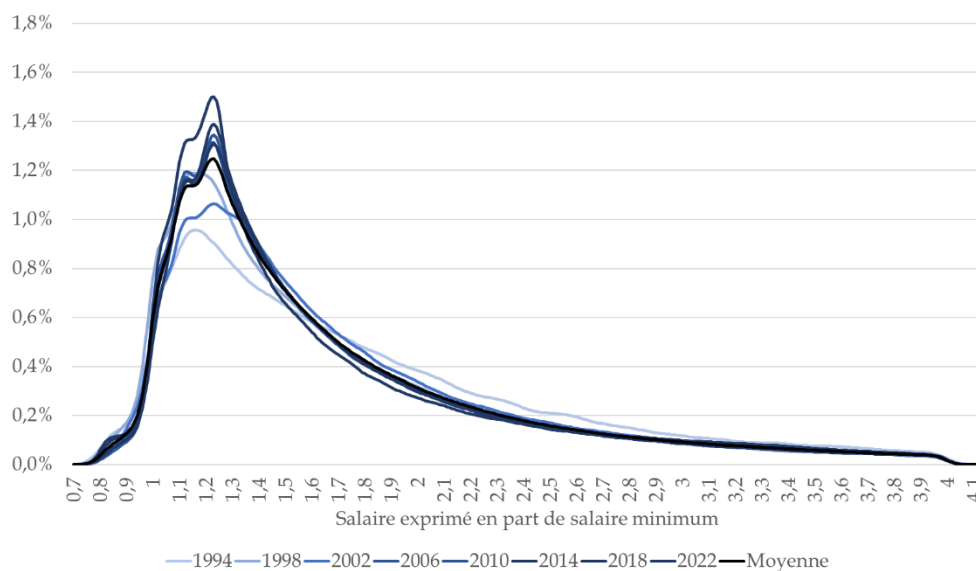


Lecture : En janvier 2024, le coût pour l'employeur d'une hausse de 1 euro du salaire net au niveau du Smic est de 2,44 euros. Note : Taux en vigueur pour une entreprise de 50 salariés ou plus située à Paris.

Source : D'après Antoine Bozio, Étienne Wasmer, Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire, 3 octobre 2024

On observe par ailleurs une part croissante des salaires proches du Smic.

Distribution du salaire brut horaire exprimé en parts de Smic entre 1994 et 2022



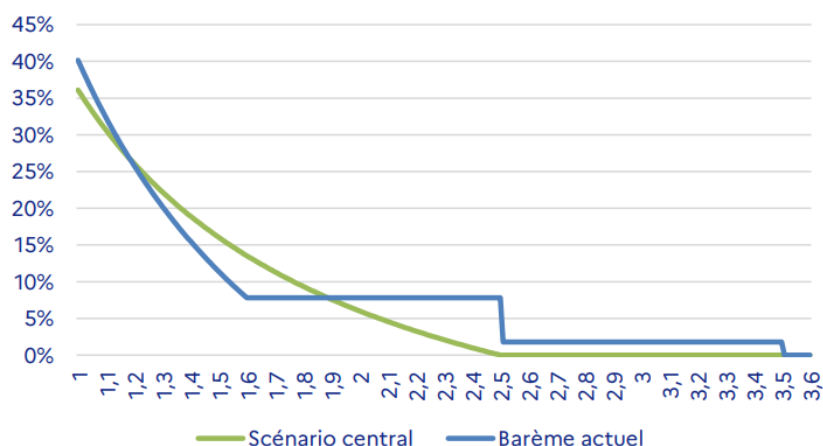
Lecture : En 2022, 1,5 % des salariés du secteur privé âgés de 18 à 64 ans perçoivent un salaire brut horaire entre 1,22 et 1,23 fois le Smic. Champ : Poste principal (i.e. le plus rémunérateur au sens du salaire brut) des salariés (comptés en personnes physiques) âgés de 18 à 64 ans employés dans le secteur privé hors particuliers-employeurs, France métropolitaine ; salaire brut horaire inférieur à 4 Smic.

Source : Antoine Bozio, Étienne Wasmer, Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire, 3 octobre 2024

Le « rapport Bozio-Wasmer » souligne que cette concentration « s'est principalement manifestée au moment du passage aux 35 heures » et lors de la récente augmentation du Smic, venant de la forte inflation.

Le « scénario central » du « rapport Bozio-Wasmer » est décrit par le graphique ci-après.

Le scénario central du « rapport Bozio-Wasmer »



NB : Le graphique concerne les entreprises de 50 salariés ou plus. Pour obtenir les exonérations applicables pour les entreprises de moins de 50 salariés, il faut retrancher 0,4 point à l'origine du barème de la réduction générale.

Lecture : Le taux d'exonération applicable pour un salarié au Smic en emploi dans une entreprise de 50 salariés ou plus passerait d'actuellement 40,15 % (toutes réductions et exonérations confondues) à 36,1 % dans le scénario central.

Source : Antoine Bozio, Étienne Wasmer, Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire, 3 octobre 2024

Contrairement au barème actuel, le barème proposé par le rapport ne présente pas d'effets de seuil, afin de réduire le phénomène de « trappe à bas salaires ».

Pour la même raison, la pente de la courbe serait réduite.

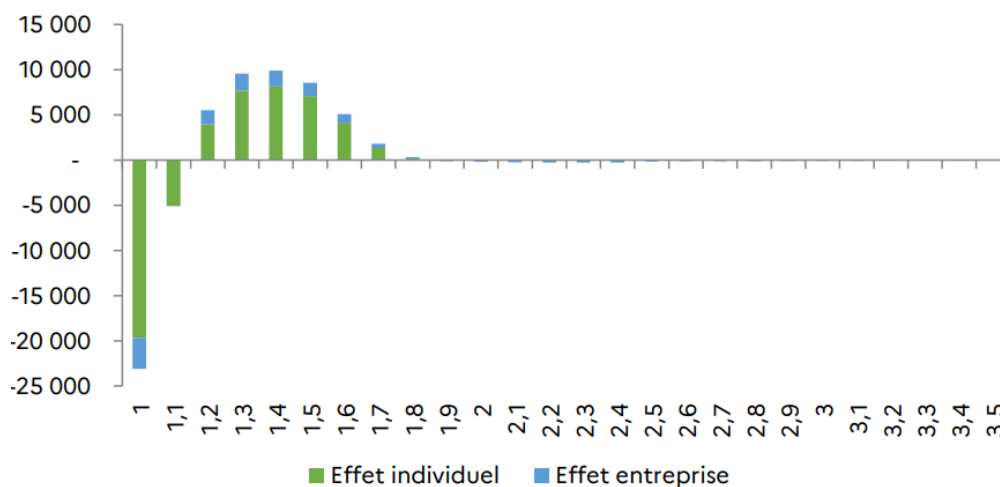
Les allègements seraient inférieurs aux allègements actuels pour tous les niveaux de salaire, sauf entre 1,2 et 1,9 Smic, où ils leur seraient supérieurs, afin d'inciter à la « dé-smicardisation ».

2. Des gagnants et des perdants en termes d'emplois

Le barème proposé par le « rapport Bozio-Wasmer » augmente le coût du travail entre 1 et 1,2 Smic, le réduit entre 1,2 et 1,9 Smic et l'augmente au-delà.

Il en résulte, comme c'est logique, que ce barème détruit des emplois proches du Smic et en crée d'autres autour de 1,4 Smic, conformément au graphique ci-après.

Impact du scénario central du rapport Bozio-Wasmer sur l'emploi en fonction du salaire



Lecture : En supposant l'emploi élastique à la fois à son coût au niveau du contrat et à la masse salariale globale de l'entreprise (avec des élasticités de - 0,4 et - 0,2 au niveau du Smic, et de 0 et - 0,2 à partir de 2 Smic), le scénario central réduirait de 23 110 les ETP rémunérés entre 1 et 1,1 Smic (dont 19 670 sous l'effet de l'application des élasticités au niveau individuel et 3 440 au niveau entreprise).

Source : Antoine Bozio, Étienne Wasmer, Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire, 3 octobre 2024

Ainsi, si la réforme proposée par le « rapport Bozio-Wasmer » créerait 9 460 emplois (ce qui, compte tenu de l'imprécision inévitable de la simulation, doit être considéré comme équivalent à un emploi à peu près stable, avec une marge d'erreur importante dans un sens ou dans l'autre), il y aurait des gagnants et des perdants :

- les gagnants seraient les secteurs appliquant des rémunérations relativement élevées, comme l'industrie (avec un effet sur l'emploi industriel estimé à + 3 960) ;

- les perdants seraient les secteurs appliquant des rémunérations proches du Smic (entretien, médico-social, etc.).

Le différentiel d'impact sur l'emploi en fonction du niveau de rémunération qui résulterait du « scénario central » du « rapport Bozio-Wasmer » est la conséquence de la réduction de la pente des allègements sans augmenter le coût global du dispositif. En effet, comme Antoine Bozio l'a souligné lors de son audition par la commission le 22 octobre 2024, dès lors qu'on fixe le point de sortie à 2,5 Smic, la contrainte de budget constant rend nécessaire la réduction des allègements de 4,05 points au niveau du Smic.

3. Un rapport dont la qualité est unanimement reconnue mais qui ne fait pas consensus

Le « rapport Bozio-Wasmer » est un travail dont la très grande qualité est unanimement reconnue, synthétisant l'ensemble des connaissances disponibles sur le sujet et faisant utilement avancer la réflexion.

En particulier, il suggère que l'emploi au niveau du Smic pourrait être devenu moins réactif à son coût qu'on ne le pensait dans les années 2000. Il propose en outre un « scénario central » qui, à coût constant, permettrait, selon ses estimations, de réduire le risque de « trappe à bas salaire » sans destruction nette d'emplois.

Ce rapport préconise en outre de supprimer les bandeaux maladie et famille, dont l'utilité pour les salaires élevés était contestée par la quasi-totalité des économistes, que ce soit en termes d'impact sur l'emploi ou en termes de compétitivité¹, comme la commission l'avait souligné lors de l'examen du futur article 20 de la LFSS 2024.

Toutefois, ce rapport ne « clôt pas le débat ».

En particulier, les spécialistes de l'emploi auditionnés par la rapporteure générale² ont exprimé un certain scepticisme sur l'affirmation du rapport selon laquelle son « scénario central » aurait un impact nul sur l'emploi, les destructions d'emplois au voisinage du Smic étant compensées par des créations au-delà. Selon l'un d'eux, « nous sommes démunis de preuves empiriques satisfaisantes permettant d'apprécier l'élasticité³ aux différents niveaux de salaire ». Un autre a estimé qu'il s'agissait d'un « pari dangereux ».

Par ailleurs, certains ont exprimé des doutes sur l'existence en France de « trappes à bas salaire ». De fait, le « rapport Bozio-Wasmer » souligne que « la littérature disponible sur la France offre des évidences limitées », que la concentration au niveau du Smic « s'est principalement manifestée au moment du passage aux 35 heures » et lors de la récente augmentation du Smic, venant de la forte inflation. Surtout, il indique que « l'évolution individuelle du salaire est plus dynamique à des bas niveaux de salaire », y compris quand on limite l'analyse aux personnes de plus de trente ans.

Au total, un spécialiste de l'emploi auditionné craint que la mise en œuvre du « scénario central » du « rapport Bozio-Wasmer » se traduise surtout par des destructions nettes d'emplois, sans effet visible sur les salaires.

¹ Cf. en particulier Yannick L'Horty, Philippe Martin, Thierry Mayer, « Baisses de charges : stop ou encore ? », Les notes du Conseil d'analyse économique, n° 49, janvier 2019.

² Pierre Cahuc, Gilbert Cette et Yannick L'Horty.

³ L'élasticité de l'emploi à son coût est le taux d'évolution de l'emploi quand son coût augmente de 1 %. Par exemple si cette élasticité est de -1, une augmentation du coût salarial de 1 % suscite une diminution de l'emploi de 1 %.

C. Le dispositif proposé : une réduction de 5 milliards d'euros, concentrée sur les plus bas salaires

1. Une mise en œuvre en deux temps

La réforme doit avoir lieu en deux temps :

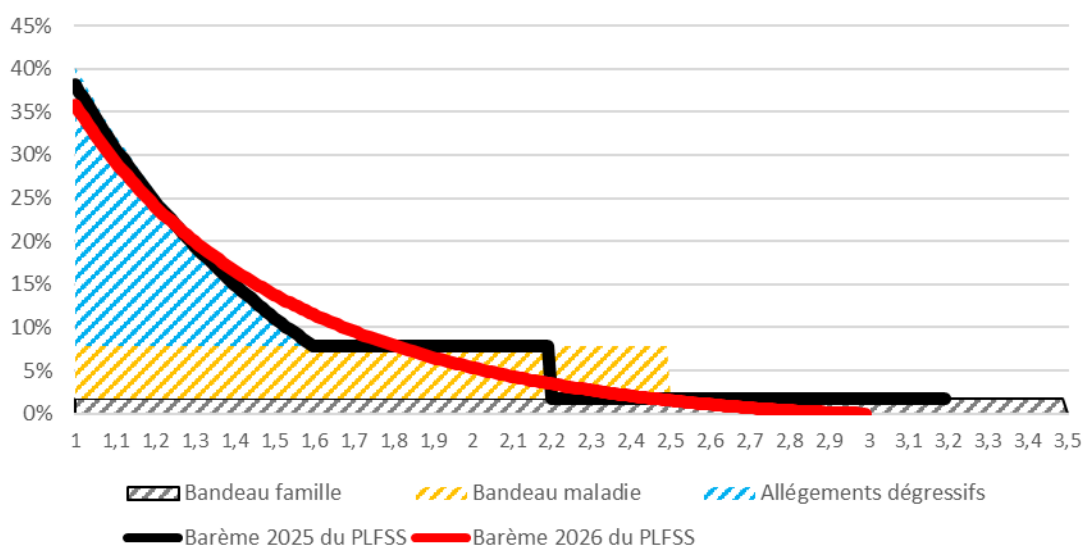
- en 2025, le barème doit conserver un profil analogue à celui d'aujourd'hui ;

- en 2026, le dispositif doit être lissé, et les bandeaux supprimés.

Le III du présent article proposait, dans sa rédaction initiale, de modifier le barème conformément au graphique ci-après.

La mesure proposée par le texte initial du PLFSS 2025

(Allègements en % du salaire brut)



Lecture : Au niveau du Smic, selon le barème proposé par le PLFSS pour 2025, l'allègement de cotisations patronales, actuellement de 40,14 points de cotisations, passerait à 38,14 points de cotisations au 1^{er} janvier 2025.

NB : Le graphique concerne les entreprises de 50 salariés ou plus. Dans le cas des entreprises de moins de 50 salariés, qui paient 0,4 point de moins pour le financement de l'allocation de logement social (taux de 0,1 % au lieu de 0,5 %), l'allègement du barème est réduit de 0,4 point au niveau du Smic.

Source : Commission des affaires sociales (d'après le code de la sécurité sociale, l'article 6 du PLFSS 2025 et les formules des barèmes dégressifs envisagés (de niveau réglementaire) figurant dans l'évaluation préalable)

Dans le cas de 2025, les différences prévues par rapport au droit actuel étaient une diminution de l'allègement pour les plus bas salaires (diminution de 2 points au niveau du Smic, au bénéfice du seul régime d'assurance vieillesse), et la réduction du niveau de rémunération maximal permettant de bénéficier des bandeaux « famille » et « maladie », qui devaient passer à respectivement 3,2 Smic (pour 3,5 Smic actuellement) et 2,2 Smic (pour 2,5 Smic actuellement).

À partir de 2026, au niveau du Smic, le taux maximal d'exonération devait être à nouveau réduit de 2 points afin d'atteindre un taux de 4 points plus bas que le taux actuel. L'allègement devait disparaître à 3 Smic.

**Le reprofilage des allègements généraux par le III du présent article
(texte initial)**

Le reprofilage des allègements généraux est réalisé par le III du présent article.

Son 1^{er} fixe le régime applicable à compter du 1^{er} janvier 2025 :

- ses a) et b) ramènent les seuils maximaux des bandeaux maladie et famille, actuellement de 2,5 et 3,5 Smic, à respectivement 2,2 et 3,2 Smic ;

- son c) prévoit qu'au niveau du Smic, les allègements dégressifs ne s'appliquent pas à 2 points de cotisations vieillesse. Cela permet de réduire de 2 points les allègements généraux en 2025, et de faire en sorte que le produit correspondant revienne à la branche vieillesse.

Le 2^o du III fixe le régime applicable à compter du 1^{er} janvier 2026 :

- son a) abroge les bandeaux maladie et famille ;

- son b) porte la baisse des allègements dégressifs au niveau du Smic à 4 points, et leur point de sortie à 3 Smic.

2. Une dégressivité précisée au niveau réglementaire

Si l'article 34 de la Constitution prévoit que la loi fixe les règles concernant « *l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement des impositions de toutes natures* », il résulte de la jurisprudence du Conseil constitutionnel que celles-ci ne comprennent pas les cotisations sociales.

Aussi l'article 6 du PLFSS fixe-t-il seulement l'architecture globale du nouveau dispositif, la dégressivité (c'est-à-dire la « forme de la courbe ») étant comme actuellement fixée au niveau réglementaire.

Les formules envisagées, figurant dans l'évaluation préalable, sont indiquées par l'encadré suivant¹.

¹ Pour les entreprises de plus de 50 salariés.

**Formules, de niveau réglementaire, envisagées pour le profil des allègements dégressifs
(texte initial)**

Pour 2025 :

$$T \times \left[\frac{1}{0,6} \times \frac{1,6 \times \text{Smic de l'année en cours}}{\text{rémunération annuelle brute}} - 1 \right]$$

À partir de 2026 :

$$T \times \left[\frac{1}{2} \times \frac{3 \times \text{Smic de l'année en cours}}{\text{rémunération annuelle brute}} - 1 \right]^{1,37}$$

(avec T = allègement au niveau du Smic)

Dans ce second cas, la puissance a pour fonction d'augmenter la convexité de la courbe, afin de réaliser les économies souhaitées malgré notamment le point de sortie à 3 Smic.

Source : D'après l'évaluation préalable du présent article

3. Une recette supplémentaire estimée, pour le texte initial, à 5,1 milliards d'euros en 2025, dont 4,1 milliards d'euros pour la sécurité sociale

a) Un supplément de cotisations de 5,1 milliards d'euros en 2025

Selon les estimations du Gouvernement, le présent article aurait permis, dans sa rédaction initiale, d'augmenter les cotisations de 5,1 milliards d'euros en 2025, ce montant devant être à peu près stable les années suivantes, malgré le changement de barème de 2026.

Ces 5,1 milliards d'euros devaient se répartir entre 2,7 milliards d'euros pour la branche vieillesse (baisse de 2 points de l'allègement au niveau du Smic), 2,2 milliards d'euros pour la branche maladie (réduction du point de sortie du bandeau maladie), et 0,3 milliard d'euros pour la branche famille (réduction du point de sortie du bandeau famille).

b) Un gain transféré à l'État pour un milliard d'euros, en compensation des moindres recettes d'impôt sur les sociétés (article 38 du PLF)

Toutefois, les recettes pour la sécurité sociale devaient être réduites chaque année d'un milliard d'euros par rapport à ce montant d'environ 5 milliards d'euros par an.

En effet, l'article 38 du PLF prévoyait de réduire d'un milliard d'euros la TVA affectée à la sécurité sociale, en compensation de l'estimation de la perte d'impôt sur les sociétés résultant pour l'État de la mesure.

D. Les autres dispositions du présent article

1. L'intégration de la prime de partage de la valeur à la rémunération prise en compte pour l'application des seuils

a) Dispositif juridique

Les I et II du présent article prévoient diverses mesures d'économie s'appliquant dès 2024.

Le 1^o du I réédige le I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale pour modifier les conditions d'application du seuil de 1,6 Smic :

- les rémunérations prises en compte comprennent désormais la prime de partage de la valeur (PPV), dite « prime Macron », qui en 2022 a coûté 5,3 milliards d'euros et a été distribuée à 5,5 millions de salariés¹. Le régime de cette prime, bénéficiant de diverses exonérations², n'est pas modifié, mais désormais elle est prise en compte pour déterminer le taux d'allègement ;

- le seuil de 1,6 Smic n'est plus fixé par référence au Smic de l'année en cours, mais, comme depuis la LFSS 2024 dans le cas des seuils maximaux des bandeaux famille et maladie, par référence au Smic à une certaine date, ici le 1^{er} janvier 2024 (le Gouvernement pouvant toutefois décider par décret de se rapprocher autant qu'il le souhaite de 1,6 fois le Smic de l'année en cours). Il s'agit concrètement de neutraliser, pour le calcul des allègements, la revalorisation exceptionnelle de 2 % du Smic au 1^{er} novembre 2024.

Le 2^o du I modifie le III de l'article L. 241-13 précité. Il comprend des mesures de coordination (a et b). Par ailleurs, dans sa rédaction initiale, il supprimait (second tiret du c) la disposition selon laquelle la rémunération prise en compte pour la détermination du taux d'allègement est minorée par la déduction forfaitaire spécifique au titre de frais professionnels (DFS).

Le II prévoit que l'intégration de la PPV aux revenus pris en compte ne s'applique qu'à compter des primes versées à compter du 10 octobre 2024.

b) Impact financier

Selon l'évaluation préalable, les I et II devaient correspondre à un gain de 0,4 milliard d'euros en 2024. Celui-ci correspondait exclusivement à la mesure relative à la prime de partage de la valeur.

L'impact de la neutralisation de la hausse du Smic au 1^{er} novembre 2024 n'était en revanche pas chiffré.

¹ Source : Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, mai 2024.

² Impôt sur le revenu, cotisations salariales, contributions sociales y compris CSG.

2. Le renforcement de la sécurité juridique pour les cotisants

Le IV du présent article propose de modifier l'article L. 243-6-2 du code de la sécurité sociale.

Actuellement, cet article prévoit que lorsqu'un cotisant a appliqué la législation relative aux cotisations et contributions sociales selon l'interprétation admise par une circulaire ou une instruction du ministre chargé de la sécurité sociale, la sécurité sociale ne peut retenir une interprétation différente de celle admise par l'administration.

Le IV du présent article renforce ce dispositif, en particulier en l'étendant à l'ensemble des organismes chargés du recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale (y compris l'Ircantec¹), et en introduisant dans le code de la sécurité sociale une référence au Bulletin officiel de la sécurité sociale (Boss), créé en 2021.

3. L'habilitation du Gouvernement à légiférer par ordonnance pour réformer certains dispositifs

a) Des conséquences importantes sans disposition spécifique

• En l'absence de disposition spécifique, les dispositifs TO-DE et Lodéom verraient leurs allègements dégressifs automatiquement réduits au niveau du Smic de 2 points en 2025 et 2 points supplémentaires en 2026

En l'absence de disposition spécifique, la réforme des allègements généraux impacterait fortement dès 2025 deux autres dispositifs d'allègement de cotisations patronales, définis par référence aux allègements généraux de « droit commun » :

- le dispositif en faveur des employeurs agricoles de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi, dit « TO-DE » ;

- le dispositif instauré par la loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer, dit « Lodéom »².

Ces deux dispositifs coûtent respectivement environ 0,6 milliard d'euros et 1,4 milliard d'euros par an aux administrations publiques.

En 2025, la baisse de 2 points des allègements dégressifs au niveau du Smic prévue par le texte initial du PLFSS s'y serait appliquée automatiquement (du fait des références des articles définissant leurs barèmes à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, qui définit les allègements généraux « de droit commun »).

En 2026, s'y serait ajoutée la baisse supplémentaire de 2 points au niveau du Smic des allègements dégressifs.

¹ Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités.

² En Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion.

• Le « rabotage » (en 2025) puis la suppression des bandeaux (en 2026) concerneraient l'ensemble des dispositifs

Par ailleurs, en l'absence de disposition spécifique, l'ensemble des dispositifs spécifiques seraient concernés par le « rabotage » des bandeaux en 2025 puis leur suppression en 2026.

En effet, les bandeaux sont d'application générale et concernent donc également les bénéficiaires des dispositifs spécifiques.

Si les conséquences seraient marginales en 2025, en 2026 l'impact serait important, du fait de la disparition des bandeaux.

b) La proposition initiale du présent article : une habilitation très générale du Gouvernement à légiférer par ordonnance

Le Gouvernement aurait pu décider de neutraliser la réforme pour ces deux dispositifs et de se laisser une année de réflexion pour les modifier, le cas échéant, dans le cadre du PLFSS 2026. En particulier, cela aurait laissé le temps aux acteurs concernés de réagir aux conclusions de la récente mission Igas-IGF d'évaluation du dispositif Lodéom.

Le V du présent article faisait toutefois le choix, dans sa rédaction initiale, d'une habilitation du Gouvernement à légiférer par ordonnance afin de prendre les mesures d'adaptation nécessaires. Du fait d'une formulation très générale¹, cette habilitation n'aurait d'ailleurs pas été limitée à ces deux dispositifs. Ainsi, l'évaluation préalable mentionnait également l'aide à domicile auprès de publics fragiles (AAD) et les zones France ruralités revitalisation (ZRR).

¹ *L'habilitation concernerait les « réductions dégressives de cotisations patronales dont le bénéfice est cumulable avec les réductions prévues aux articles L. 241-2-1 [bandeau maladie] et L. 241-6-1 [bandeau famille] du code de la sécurité sociale dans leur rédaction antérieure à la présente loi mais ne peut se cumuler avec les dispositions prévues à l'article L. 241-13 [allégement dégressif] ».*

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

Le tableau ci-après synthétise les principales caractéristiques des versions successives du présent article.

Les versions successives du présent article : principales caractéristiques

		<i>Droit actuel</i>	Texte initial et texte transmis au Sénat	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte proposé par la CMP	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture
2025 (maintien des bandeaux et de l'allègement dégressif)						
Allègements au niveau du Smic	<i>En points de cotisation</i>	40,14	38,14	40,14	40,14	40,14
Point de sortie du bandeau maladie	<i>En multiple du Smic</i>	2,5	2,2	2,1	2,25	2,25
Point de sortie du bandeau famille	<i>En multiple du Smic</i>	3,5	3,2	3,1	3,3	3,3
Économie pour les administrations publiques (hors augmentation du chômage)	<i>En milliards d'euros</i>		4,1	3,1	1,6	1,6
À partir de 2026 (suppression des bandeaux et augmentation de l'allègement dégressif)						
Allègements au niveau du Smic	<i>En points</i>	40,14	36,14	40,14	Discretion du Gouvernement	
Point de sortie des allègements	<i>En multiple du Smic</i>		3,0	2,05	3,0	3,0
Économie pour les administrations publiques (hors augmentation du chômage)	<i>En milliards d'euros</i>		4,0	4,0	1,6*	1,6*
Autres principaux aspects du dispositif						
Instauration d'un comité de suivi des allègements généraux				×	×	×
Neutralisation de la réforme pour les dispositifs spéciaux (comme Lodéom)			Discretion du Gouv. (ordonnance)	Seulement pour les allègements dégressifs de Lodéom	Totale (tous dispositifs, y compris bandeaux)	
Intégration de la déduction forfaitaire spécifique (DFS) à la rémunération prise en compte			×			
Réduction des allègements pour les branches au salaire minimal inférieur au Smic					×	

* D'après les indications du Gouvernement.

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

A. Les modifications adoptées en première lecture

Le Gouvernement a transmis cet article au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

À l'initiative de la commission, le Sénat, considérant qu'il convenait de neutraliser l'impact de la mesure sur l'emploi, a ramené l'augmentation des recettes publiques en 2025 à environ 3 milliards d'euros, en maintenant le niveau des allègements actuel au niveau du Smic et en repoussant les points de sortie précités à respectivement 3,1 et 2,1 Smic. Il proposait, à partir de 2026, de maintenir le niveau d'allègement actuel au niveau du Smic et de ramener le point de sortie à 2,05 Smic, pour un rendement analogue à celui du texte initial.

Également à l'initiative de la commission, il a instauré un comité de suivi des allègements généraux, devant disparaître fin 2029.

Il n'a pas adopté l'amendement de la commission, tendant à maintenir en l'état les dispositifs spécifiques, comme Lodéom et TO-DE ; il a en revanche adopté plusieurs amendements identiques¹ figeant la seule part dégressive des allègements du seul dispositif Lodéom.

Il a en outre adopté, avec un avis défavorable du Gouvernement et de la commission (qui avait demandé l'avis du Gouvernement), trois amendements identiques² supprimant l'intégration de la déduction forfaitaire spécifique (DFS) à la rémunération prise en compte pour le calcul des allègements généraux. On rappelle que la DFS est une déduction au titre des frais professionnels réalisée de manière forfaitaire, existant de nombreux secteurs, avec des taux différents selon le secteur. Le droit actuel met la DFS en extinction, avec un taux qui doit progressivement diminuer, jusqu'à s'annuler, à une date différente selon le secteur (par exemple, 2035 pour le transport routier de marchandises).

Enfin, à l'initiative de Nathalie Goulet, il a prévu que dans le cas de la Mutualité sociale agricole (MSA), le Boss n'était opposable qu'à compter du 1^{er} janvier 2026 (au lieu du 1^{er} janvier 2025).

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de ramener **l'augmentation des recettes publiques en 2025 à seulement 1,6 milliard d'euros**, en maintenant le niveau des allègements actuel au niveau du Smic mais **en repoussant les points de sortie précités à respectivement 3,3 et 2,25 Smic**.

Dans le cas des exercices 2026 et suivants, le Gouvernement serait libre de fixer comme il l'entend le niveau des allègements au niveau du Smic, le point de sortie étant rétabli à 3 Smic. Le Gouvernement indique que son

¹ Amendements n° 287 rect. bis (Annick Petrus), n° 670 rect. (groupe SER), n° 1028 rect. (groupe CRCE-K), n° 1225 rect. (groupe RDPI).

² Amendements n° 210 rect. ter (Cyril Pellevat), 385 rect. (Franck Dhersin), 799 rect. bis (Brigitte Micouleau).

intention est de faire en sorte que cela corresponde à un rendement de la mesure d'également 1,6 milliard d'euros.

La CMP a également proposé une disposition analogue à celle de la commission, tendant à maintenir en l'état les dispositifs spécifiques, comme Lodéom et TO-DE.

Elle a en outre proposé de pénaliser les branches dont le salaire minimum était inférieur au Smic, en calculant le montant des allègements sur la base de ce salaire minimum.

Enfin, elle a proposé de supprimer le report de l'opposabilité du Boss dans le cas de la MSA.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend la rédaction proposée par la CMP.

Il précise toutefois que la réforme du barème des allègements généraux s'applique dès le 1^{er} janvier 2025. Il s'agit en effet de permettre à la mesure d'assurer le rendement prévu de 1,6 milliard d'euros dès 2025, malgré l'adoption tardive du PLFSS.

Par ailleurs, la pénalisation des branches dont le salaire minimum était inférieur au Smic n'a pas été maintenue.

III - La position de la commission

La commission juge nécessaire de ne pas remettre en cause les grands équilibres de l'accord trouvé sur cet article dans le cadre de la CMP.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 6 bis

Alignement du taux de la contribution patronale sur les attributions gratuites d'actions (AGA) sur celui applicable aux *stock options*

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, propose de porter de 20 % à 30 % le taux de la contribution patronale sur les attributions gratuites d'actions (AGA).

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, résulte de deux amendements identiques de Cathy Apourceau-Poly¹ et Raymonde Poncet Monge², adoptés avec un avis favorable du Gouvernement (dont la commission avait sollicité l'avis).

Il porte de 20 % à 30 % le taux de la contribution patronale sur les attributions gratuites d'actions (AGA).

Les AGA sont exemptées de cotisations patronales de sécurité sociale et ne sont soumises à la CSG et à la CRDS que sur les gains d'acquisition au-delà de 300 000 euros. En contrepartie, elles sont soumises à une contribution patronale, soumise à un régime spécifique, actuellement de 20 %. Les salariés paient en outre une contribution de 10 % au moment de la cession sur la fraction de la plus-value d'acquisition.

Les AGA visent à faciliter le recrutement de profils à haut potentiel par des petites entreprises à forte perspective de croissance. 0,3 % des salariés en bénéficient.

En 2023, le salaire mensuel médian du bénéficiaire était de 6 800 euros et le montant moyen de l'assiette de 62 200 euros.

Ce taux de 30 % a plusieurs fois été atteint par le passé : fixé à 10 % en 2008, il a été porté à 30 % en 2012, réduit à 20 % en 2015, remonté à 30 % en 2017 et réduit à 20 % en 2018. Le taux de la contribution patronale relative aux options sur titre (ou *stock options*) est actuellement de 30 %.

Les rapports à la commission des comptes de la sécurité sociale ne distinguent pas la contribution sur les AGA et celle sur les *stock options*, dont le rendement cumulé serait d'environ un milliard d'euros par an.

¹ Amendement n° 944.

² Amendement n° 822.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de conserver la rédaction du Sénat.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale décale l'entrée en vigueur au premier jour du mois qui suit l'entrée en vigueur de la LFSS pour 2025.

III - La position de la commission

Chaque année, le Sénat examine des propositions d'amendement tendant à supprimer le taux réduit de 20 % des cotisations patronales sur les attributions gratuites d'action et à revenir au taux de droit commun, de 30 % (applicable aux *stock options*).

Il s'agit d'un simple retour au taux applicable avant 2018.

Le rendement de cette mesure est de 0,5 milliard d'euros, ce qui est significatif sans être démesuré.

La commission s'est jusqu'à présent toujours opposée à cette proposition.

Toutefois, la situation a évolué depuis l'année dernière :

- tout d'abord, la situation des finances publiques s'est considérablement dégradée ;

- ensuite, la réduction ou l'abandon de mesures importantes du PLFSS doit être au moins partiellement compensée par d'autres mesures ;

- enfin, la Cour des comptes, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (ou Ralfss) de mai 2024, préconise explicitement la mesure proposée par l'amendement¹.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ « Parmi l'ensemble des dispositifs exemptés, les stock-options et les attributions gratuites d'actions ont connu la progression la plus forte (+ 36,1 % / an sur 2018-2023198), compte tenu de leur régime dérogatoire favorable. Une harmonisation des taux et des assiettes avec les autres dispositifs de partage de la valeur exemptés serait de nature à assurer l'équité du prélèvement social. Au minimum, la contribution de l'employeur, dont le taux a historiquement fluctué entre 20 % et 30 %, devrait être rétablie à 30 % » (Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, mai 2024).

Article 6 ter (supprimé)

Extension aux syndicats mixtes « fermés » de l'exonération de cotisations sociales accordée en contrepartie des tâches effectuées au domicile des personnes âgées ou en situation de handicap

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, propose d'étendre aux syndicats mixtes « fermés » l'exonération de cotisations sociales accordée en contrepartie des tâches effectuées au domicile des personnes âgées ou en situation de handicap.

Il a été supprimé par le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, qui fusionne ses dispositions avec celles de l'article 5 quinquies.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, résulte d'un amendement d'Annie Le Houérou, adopté avec un avis défavorable du Gouvernement, la commission s'en étant remise à la sagesse du Sénat.

Il étend aux syndicats mixtes « fermés » l'exonération de charges sociales accordée en contrepartie des tâches effectuées au domicile des personnes âgées ou en situation de handicap.

Cette exonération bénéficie actuellement aux centres intercommunaux d'action sociale (Cias).

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de supprimer cet article, afin de le fusionner avec l'article 5 *quinquies*, qui étend aux EPCI ayant pour objet l'action sociale le bénéfice de l'exonération pour l'emploi d'une aide à domicile auprès de publics fragiles.

En outre, pour éviter toute rupture d'égalité devant les charges publiques, et donc tout risque de censure constitutionnelle, la rédaction de l'article 5 *quinquies* proposée par la CMP restreint la mesure aux syndicats mixtes fermés et aux EPCI dont l'objet exclusif est l'action sociale.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Comme proposé par la CMP, le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale supprime cet article, afin de fusionner ses dispositions avec celles de l'article 5 *quinquies*.

III - La position de la commission

La commission est favorable à la suppression de cet article, proposée par la CMP et résultant de sa fusion avec l'article 5 *quinquies*.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 6 quater

Mutualisation des coûts liés à certaines maladies professionnelles contractées par des bénéficiaires de l'obligation d'emploi de travailleur handicapé

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, prévoit de mutualiser entre les entreprises les coûts des maladies professionnelles dont l'effet est différé dans le temps pour les bénéficiaires de l'obligation d'emploi de travailleur handicapé, afin d'éviter une hausse ciblée des cotisations AT-MP sur les entreprises qui emploient le plus de travailleurs en situation de handicap.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : mutualiser les coûts des maladies professionnelles à effet différé dans le temps survenant chez des personnes bénéficiant de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés pour ne pas pénaliser les entreprises les plus vertueuses en la matière

A. Le taux de cotisation AT-MP dépend, en règle générale, de la sinistralité propre observée dans l'entreprise

La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour les entreprises repose, dans une **logique assurantielle favorisant la prévention**, sur la **sinistralité observée**. Selon la taille de l'entreprise, l'échelle à laquelle est observée la sinistralité varie.

Pour les entreprises de moins de 20 salariés, la cotisation est établie selon un **taux collectif**, commun à l'ensemble du **secteur d'activité** et revalorisé chaque année.

Pour les entreprises de plus de 149 salariés, le taux est dit « **individuel** » et **dépend directement de la sinistralité observée dans l'entreprise**. Aussi le nombre d'AT-MP constatés a une **influence directe sur le taux de cotisation pour les trois exercices suivants**.

Pour les **entreprises de 20 à 149 salariés**, le taux est dit « **mixte** » et dépend à la fois de la **sinistralité propre de l'entreprise** et de celle du **secteur**.

Ainsi, dès lors que l'entreprise excède 20 salariés, il existe un **lien entre le taux de cotisation AT-MP à acquitter et la sinistralité propre**

observée. Toutefois, dans certains secteurs¹, le taux est collectif quels que soient les effectifs des entreprises.

B. Le risque de pénaliser les employeurs de travailleurs handicapés, et notamment les entreprises adaptées

Les règles de tarification AT-MP portent en elle un **risque de pénalisation des employeurs les plus vertueux dans l'emploi de travailleurs handicapés**, exposés plus que la moyenne à des sinistres professionnels, et singulièrement à des maladies professionnelles. Cela concerne particulièrement **les entreprises adaptées**.

Un rapport conjoint de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales² a ainsi démontré que « *s'agissant des **maladies professionnelles** (les données statistiques n'étant robustes que pour les troubles musculosquelettiques, qui représentent plus de 80 % des maladies professionnelles reconnues), l'indice de fréquence moyen est de **3,7 pour 1 000 dans le secteur adapté, contre 2,2 pour l'ensemble des entreprises** ».*

Le même rapport pointe du doigt le fait que « *les **entreprises adaptées accueillent une proportion significative de salariés âgés, recrutés au terme d'un parcours dans une autre entreprise, souvent du milieu ordinaire classique. Les pathologies qui se déclarent parmi les salariés d'entreprises adaptées sont donc souvent liées directement ou indirectement à une usure professionnelle liée à ces expériences antérieures** ».*

La tarification AT-MP, en imputant l'intégralité de la responsabilité financière de certaines maladies professionnelles aux dernières entreprises employeuses alors que celles-ci peuvent être liées ou provoquées par des activités professionnelles passées, fait donc **peser un poids important sur les entreprises adaptées**.

Lors de la réforme des retraites de 2023³, le législateur avait entendu **neutraliser cet effet pour les employeurs de salariés âgés**. Aussi avait-il modifié l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale pour préciser désormais qu'un décret prévoit « *que les modalités de calcul du taux de cotisation permettent la mutualisation entre les entreprises des coûts liés aux maladies professionnelles dont l'effet est différé dans le temps, dans l'objectif de favoriser l'emploi des salariés âgés* ».

¹ Notamment les services d'aide sociale à domicile, accueil et hébergement en établissement pour personnes âgées, pour personnes handicapées ou pour enfants, agents des industries électriques et gazières, transport ferroviaire, services postaux et financiers, assurances et auxiliaires d'assurance, cabinets d'études techniques, administration centrale, travailleurs handicapés des établissements et services d'aide par le travail, etc.

² IGF et Igas, 2016, Les entreprises adaptées.

³ Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, article 5.

C. Le dispositif proposé : mutualiser les coûts liés aux maladies professionnelles à effet différé dans le temps survenant chez des bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés

Inséré lors de la première lecture au Sénat, l'article 6 *quater* est issu de deux amendements identiques n° 230 rect. *ter* de **Monique Lubin** et plusieurs de ses collègues du groupe Socialistes, écologistes et républicains et n° 790 rect. *bis* de **Nadège Havet** et plusieurs de ses collègues du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants. Ces amendements avaient reçu un **avis favorable de la commission**, et un avis défavorable du Gouvernement.

Il prévoit, en son I, que **les modalités de calcul du taux de cotisation AT-MP permettent la mutualisation** entre les entreprises **des coûts liés à une maladie professionnelle à effet différé dans le temps** dans l'objectif de favoriser l'emploi des bénéficiaires de l'obligation d'emploi de travailleur handicapé.

Le II de l'article constituait le gage de l'amendement.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article sans modification.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, le Gouvernement a levé le gage sur l'article 6 *quater*. Le fond du dispositif demeure inchangé.

III - La position de la commission

La commission a **soutenu les amendements à l'origine de cet article lors de la première lecture au Sénat**. Elle estime qu'il n'est pas acceptable que les entreprises **les plus vertueuses** dans l'emploi de travailleurs en situation de handicap puissent être **pénalisées par des taux de cotisation AT-MP supérieurs**, qui obèrent leur **compétitivité**. Cette mesure sera particulièrement précieuse pour les entreprises adaptées.

La commission sera attentive à ce que **le pouvoir réglementaire tire toutes les conséquences de cet article s'il venait à être promulgué, afin de lui conférer une pleine portée normative**.

La commission espère que ce dispositif **permettra de lever des freins à l'emploi de personnes handicapées**.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 6 quinquies (supprimé)

Inclusion en 2026 et 2027 du BTP de Guadeloupe, de Martinique et de La Réunion dans les bénéficiaires du dispositif dit « Lodéom renforcé »

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, proposait d'inclure en 2026 et 2027 le BTP de Guadeloupe, de Martinique et de La Réunion dans les bénéficiaires du coefficient de compétitivité renforcée pour l'exonération dite « Lodéom ».

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, résulte de trois amendements identiques de nos collègues Viviane Malet, Victorin Lurel et Audrey Bélim, adoptés avec un avis défavorable du Gouvernement (la commission s'en étant remise à la sagesse du Sénat).

Il propose d'inclure pour les années 2026 et 2027 les entreprises du BTP de Guadeloupe, de Martinique et de La Réunion dans le barème dit « Lodéom renforcé ».

Actuellement, ce barème ne bénéficie qu'à certains secteurs, considérés comme particulièrement soumis à la concurrence internationale¹.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de supprimer cet article.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale ne comprend plus cet article.

III - La position de la commission

Des amendements analogues, portant sur les années 2024 et 2025, puis 2025 et 2026, ont été adoptés par le Sénat lors de l'examen des PLFSS pour 2023 et 2024 (avant d'être supprimés dans la suite de la navette). Dans les deux cas,

¹ Agriculture, y compris les coopératives agricoles et sociétés d'intérêt collectif agricoles et leurs unions ainsi que les coopératives maritimes et leurs unions ; pêche, cultures marines et aquaculture ; industrie ; environnement ; agronutrition ; énergies renouvelables ; restauration ; tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant ; nautisme ; hôtellerie ; recherche et développement ; nouvelles technologies de l'information et de la communication et centres d'appel ; presse ; production audiovisuelle.

la commission avait émis un avis de sagesse, et le Gouvernement un avis défavorable.

Le Gouvernement évalue le coût de la mesure à 50 millions d'euros.

La ministre du travail a considéré que la mesure serait contraire à l'objectif du dispositif, qui est d'aider les entreprises soumises à la concurrence internationale. En effet, par nature le BTP est peu délocalisable (contrairement, par exemple, aux centres d'appel).

Compte tenu de la situation particulière des finances publiques, il ne paraît pas souhaitable d'augmenter le coût du dispositif Lodéom.

Enfin, ce dispositif vient de faire l'objet d'une mission d'inspection, qu'il convient de prendre en compte avant de modifier à nouveau le dispositif.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 6 sexies

Expérimentation durant trois ans de la possibilité pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole d'opter pour que leurs cotisations soient calculées à titre provisionnel sur la base d'une assiette fixée forfaitairement

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, instaure une expérimentation durant trois ans de la possibilité pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole d'opter pour que leurs cotisations soient calculées à titre provisionnel sur la base d'une assiette fixée forfaitairement.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. La possibilité d'option pour un calcul provisionnel des cotisations sur la base d'une assiette fixée forfaitairement

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, résulte d'un amendement d'Henri Cabanel, adopté avec un avis défavorable de la commission et du Gouvernement.

Il prévoit que l'État peut, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, permettre aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole d'opter pour que leurs cotisations soient calculées à titre provisionnel sur la base d'une assiette fixée forfaitairement.

En effet, actuellement, les agriculteurs ont le choix entre deux méthodes de calcul pour leurs cotisations sociales : soit l'assiette triennale de droit commun, qui permet de lisser les revenus sur les trois années

antérieures, soit l'assiette optionnelle, qui permet de cotiser sur les revenus de l'année précédente.

Les auteurs de l'amendement considèrent que ceux qui choisissent cette seconde option sont confrontés à des difficultés en cas de crises sanitaires, économiques ou climatiques, et proposent en conséquence d'instaurer la troisième possibilité prévue par cet article.

B. Une expérimentation de trois ans dans la limite de trois régions

Cet article prévoit que les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation doivent être définies par décret, au plus tard au 1^{er} octobre 2025. Les ministres chargés du travail et de l'agriculture doivent arrêter la liste des territoires participant à l'expérimentation, dans la limite de trois régions.

Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement doit adresser au Parlement un rapport d'évaluation, se prononçant notamment sur la pertinence d'une généralisation.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de conserver la rédaction du Sénat.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale supprime le gage.

III - La position de la commission

En première lecture, la commission a émis un avis défavorable à l'amendement instaurant cet article, considérant qu'il introduisait une complexité supplémentaire, dans un contexte déjà marqué par de fortes évolutions.

Il sera toutefois possible, au terme de l'expérimentation, de décider de la généraliser ou non, au vu des résultats obtenus.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 7

Rationalisation des exonérations de cotisations sociales pour les contrats d'apprentissage, les entreprises d'armement maritime, les jeunes entreprises innovantes et les jeunes entreprises de croissance

Cet article propose de réduire et de rationaliser les exonérations de cotisations sociales, salarié ou employeur, dont bénéficient certains publics. Il vise à assujettir sur une assiette limitée les apprentis en matière de contribution sociale généralisée (CSG) et de contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS). Il entend également restreindre l'exonération de cotisations employeur, d'allocations familiales et d'assurance chômage dont bénéficient les entreprises d'armement maritime aux seuls navires à passagers. Enfin, il supprime l'exonération de cotisations employeur dont bénéficient les jeunes entreprises innovantes (JEI) et les jeunes entreprises de croissance (JEC).

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I – Le dispositif proposé : la réduction ou la suppression d'exonérations de cotisations sociales dont la justification apparaît excessivement dérogatoire ou limitée

A. Les apprentis bénéficient d'un régime social favorable sur l'ensemble de leur rémunération

1. Le droit existant : une exemption totale de contributions sociales sur les rémunérations à mettre en regard avec le développement croissant de l'apprentissage

a) Un régime social favorable aux apprentis

Prévu à l'article L. 6221-1 du code du travail, le contrat d'apprentissage est un **contrat de travail particulier conclu entre un apprenti ou son représentant légal et un employeur**. Dans ce cadre, l'employeur s'engage à verser un salaire à l'apprenti, dont le montant minimal est fixé selon l'âge et le diplôme préparé par l'apprenti¹. Ce montant minimal est inférieur au Smic, en contrepartie de quoi **l'employeur s'engage à assurer à l'apprenti une formation professionnelle complète**, dispensée pour partie en entreprise et pour partie en centre de formation d'apprentis ou section d'apprentissage.

La rémunération des apprentis constitue un revenu d'activité au sens du droit de la sécurité sociale², pour autant elle bénéficie d'un **double régime de faveur par rapport au droit commun**. D'une part, les rémunérations des apprentis sont les seuls revenus **d'activité intégralement exonérés de**

¹ Article L. 6222-27 du code du travail.

² Article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale.

contribution sociale généralisée (CSG) et de contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)¹. D'autre part, ces revenus bénéficient d'une **exonération partielle de cotisations sociales salariales**, puisque seule la part supérieure à 79 % du Smic – soit 1 395 euros par mois en 2024 – y est soumise².

Si le coût de l'exonération de cotisations sociales salariales est compensé à la sécurité sociale par des dotations de la mission « Travail, emploi et administration des ministères sociaux » du budget général de l'État, ce n'est pas le cas de l'exonération de CSG et de CRDS, antérieure à la loi du 25 juillet 1994³ qui a posé le principe d'une compensation intégrale par l'État des exonérations de cotisations et des contributions de sécurité sociale.

Le régime fiscal de la rémunération des apprentis

La rémunération des apprentis est également exonérée d'impôt sur le revenu à hauteur d'un Smic annuel⁴ – soit 20 815 euros. Cette exonération constitue une dépense fiscale d'autant plus coûteuse que le rattachement de l'apprenti au foyer fiscal parental, cas le plus commun du fait de l'âge des apprentis, permet de bénéficier d'une demi-part fiscale sans être imposé sur les revenus de l'apprenti.

L'évaluation de cette dépense fiscale est difficile du fait de l'absence de données sur la part des apprentis rattachés au foyer fiscal parental, mais la revue de dépense menée par l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des finances⁵ l'estime à plus de 459 millions d'euros, ce qui représente 0,6 % du produit total de l'impôt sur le revenu.

Source : D'après l'Igas et l'IGF

Par comparaison, le régime dérogatoire dont bénéficient les apprentis est **plus favorable que celui afférent aux élèves et étudiants en période de stage en milieu professionnel**⁶. Pour les stagiaires, les cotisations salariales sont calculées pour la part de la gratification qui excède 15 % du plafond de la sécurité sociale par heure de stage effectuée au cours d'un mois⁷ – soit 4,35 euros par heure.

¹ Le a du 1° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale procède à cette exclusion. Pour rappel, le taux de CSG applicable aux revenus d'activité salariée est de 9,2 % - dont 6,8 % déductible de l'impôt sur le revenu – et celui de CRDS, non déductible de l'impôt sur le revenu pour sa part correspond à 0,5 %.

² Article L. 6243-2 du code de la sécurité sociale.

³ Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale.

⁴ Article 81 bis du code général des impôts.

⁵ Igas-IGF, Revue des dépenses publiques d'apprentissage et de formation professionnelle, mars 2024.

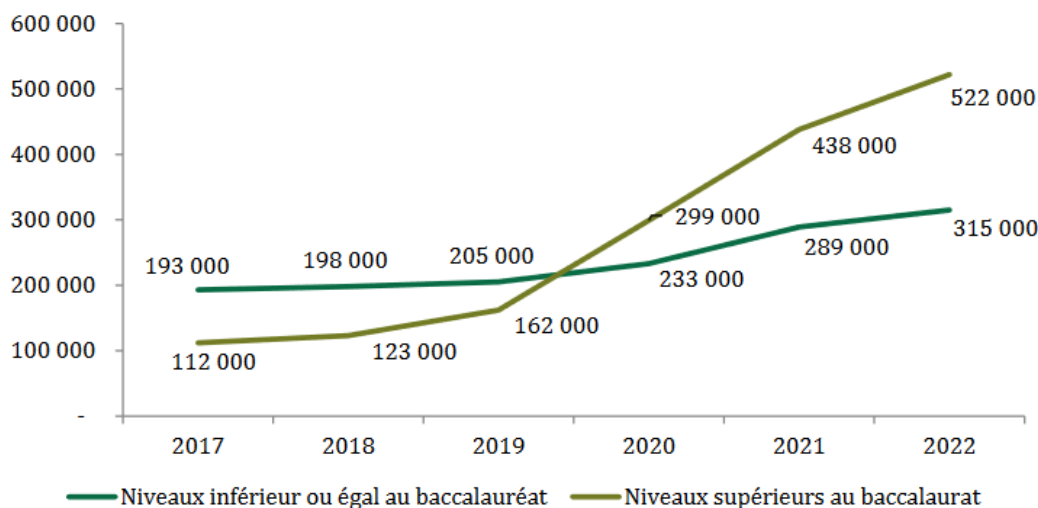
⁶ Article L124-1 du code de l'éducation nationale.

⁷ Au titre du b du 1° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale.

b) Les exonérations dont bénéficient les apprentis représentent un coût croissant du fait de la dynamique de l'apprentissage

La loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a fortement contribué au développement de l'apprentissage, notamment en relevant la limite d'âge y rendant éligible¹, et s'est accompagnée de la **création d'une aide unique à l'apprentissage pouvant aller jusqu'à 6 000 euros à l'embauche**. Ces mesures volontaristes ont conduit en 2022 le président de la République à fixer **l'objectif d'un million de contrats d'apprentissages signés d'ici à 2027**.

**Dynamique des entrées en apprentissage
selon le niveau d'étude (2017-2022)**

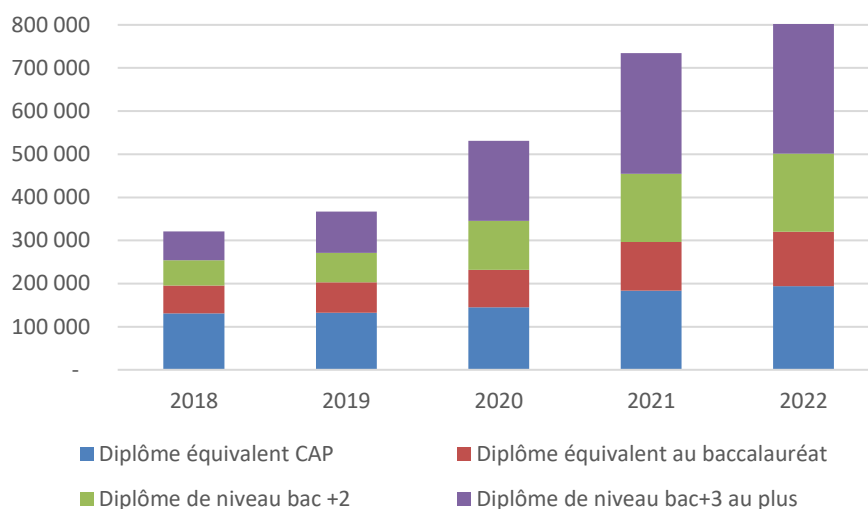


Source : Dares

De fait, le **nombre d'entrée en apprentissage a été multiplié par 2,7 entre 2018 et 2023** d'après les chiffres de la Dares, en passant de 321 000 contrats à 852 000. Cette dynamique a particulièrement été portée par **l'essor de l'apprentissage dans l'enseignement supérieur**. Or, les grilles de salaires minimaux applicables étant liées à l'âge et au niveau de diplôme préparé, ce sont aussi ces publics qui bénéficient le plus des exonérations sociales et fiscales prévues par la loi.

¹ Elle est désormais de 29 ans, contre 26 ans auparavant.

Évolution des contrats d'apprentissage selon le diplôme préparé entre 2018 et 2022



Source : Dares

L'augmentation du recours à l'apprentissage s'est traduite par un **doublé des dépenses publiques en faveur de l'apprentissage**, de 6,1 milliards d'euros en 2018 à 13,9 milliards d'euros en 2022¹ - contre 11 milliards d'euros consentis par les entreprises. Au sein de cet ensemble, le montant des **seules exonérations de cotisations sociales liées à l'apprentissage s'élèverait à 1,5 milliard d'euros en 2023**, tandis que celui des **pertes de recettes de contributions sociales (CSG-CRDS) est estimé à 1,2 milliard d'euros**².

La progression de ces exonérations, intégrales pour de nombreux apprentis, peut conduire à s'interroger, dans la mesure où ces derniers acquièrent des droits sociaux contributifs durant l'exécution de leur contrat d'apprentissage, du moins pour la partie liée aux cotisations sociales salariales³.

Les trimestres effectués en contrat d'apprentissage sont en effet **pris en compte pour le calcul de l'assurance retraite**⁴, et une partie des apprentis est **également éligible à l'indemnisation chômage à la sortie du contrat** - ce qui représente d'après l'Unédic près de **375 millions d'euros de dépense en 2021**.

¹ Revue de dépense Igas-IGF.

² Ibid.

³ La décision du Conseil constitutionnel n° 90-285 du 28 décembre 1990 relative à la loi de finances pour 1991 ayant qualifié la CSG d'imposition de toute nature visée par l'article 34 de la constitution, elle n'est pas constitutive d'acquisition de droit.

⁴ Décret n° 2014-1514 du 16 décembre 2014 portant application des dispositions relatives aux cotisations de sécurité sociale des apprentis et fixant les modalités de prise en compte des périodes d'apprentissage au titre de l'assurance vieillesse.

**Chiffrage des effets d'une réforme des exonérations
par la revue de dépense Igas-IGF consacrée à l'apprentissage**

La revue de dépense effectuée souligne que, si 5 % de la masse salariale des apprentis excède le seuil de 0,79 Smic, 25 % est située au-dessus de 0,5 Smic. Ces données permettent à la fois de calculer le gain financier à l'assujettissement aux cotisations sociales salariales et à la CSG-CRDS des apprentis dès 0,5 Smic :

	Gain pour les finances publiques	Perte monétaire pour un apprenti au revenu mensuel moyen (1 042 euros)
<i>Abaissement à 0,5 Smic du seuil d'exonération des cotisations sociales salariales</i>	277 millions d'euros	19 euros
<i>Suppression de l'exonération de CRDS</i>	65 millions d'euros	5 euros

Source : Revue de dépense Igas IGF

2. Le droit proposé : assujettir aux contributions sociales la part de la rémunération des apprentis qui excède un demi-Smic

Le présent article propose de rapprocher le régime social des apprentis du droit commun. Pour cela, il **assujettit la part de leur rémunération excédant 50 % du Smic à la CSG/CRDS**. Parallèlement le **pouvoir réglementaire doit abaisser le plafond des exonérations de cotisations salariales des apprentis à 50 % du Smic**. L'impact pour les finances publiques de l'assujettissement des rémunérations des apprentis à la **CSG/CRDS est estimé à 360 millions d'euros par an**, tandis que la **mesure réglementaire l'accompagnant engendrerait une économie de 300 millions d'euros sur le budget de l'État**.

Pour ce faire, **le 1° du A du I du présent article insère un 7° au II de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale**, qui précise les conditions d'assujettissement des apprentis à la CSG/CRDS pour la part de leur rémunération qui excède 50 % du Smic. En conséquence, **le 2° du présent article abroge le a du 1° du III de l'article précité qui excluait de l'assiette de la CSG/CRDS des revenus des apprentis**.

B. Le régime spécial de sécurité sociale des marins présente des exonérations de charges patronales afin de répondre à la concurrence internationale à laquelle sont soumis les navires français

1. Le droit en vigueur : le régime spécial de sécurité sociale des marins comprend des exonérations de charges patronales afin de répondre à la concurrence internationale à laquelle sont soumis les navires français

a) Les entreprises d'armement maritime bénéficient d'exonérations spécifiques de cotisations employeur d'allocations familiales et de contributions à l'assurance chômage

Les entreprises du secteur maritime bénéficient d'un **régime spécial de sécurité sociale, géré par l'établissement national des invalides de la marine (Énim)**, dont les bases sont antérieures à la création du régime général et remontent à l'ordonnance sur la marine de 1681. La principale spécificité de ce régime réside dans la **modalité de calcul des cotisations sociales**, qui ne s'effectue pas sur la base du salaire réel mais sur la base d'un salaire forfaitaire, lui-même fixé par arrêté ministériel pour chacune des 280 fonctions répertoriées à bord d'un navire, modulé par plus d'une dizaine de critères dont l'âge et le type du navire dans le quel exerce le marin.

À cette spécificité liée à l'assiette des cotisations s'ajoutent des **exonérations spécifiques pour les employeurs d'équipages affiliés à l'Énim** :

- **la loi du 3 mai 2005 relative à la création du registre international français¹** a ainsi institué une exonération de cotisations sociales employeur maladie et vieillesse, dites « **charges Enim** », pour l'ensemble des entreprises d'armement ;

- **la loi de finances pour 2007²** a créé des exonérations de cotisations employeur d'allocations familiales et d'assurance chômage, dites « **charges non-Enim** », pour les seules entreprises de navires de passagers ;

- **la loi du 16 juin 2016 pour l'économie bleue³** a étendu le bénéfice des « **charges non-Enim** » à l'ensemble des navires de commerce, qu'ils soient à passager, de transport ou de services maritimes.

L'article L. 5553-11 du code des transports précise les conditions dans lesquelles les entreprises d'armement maritime **peuvent bénéficier des exonérations dites « charges non-Enim »**, relatives aux cotisations d'allocations familiales et de contributions à l'assurance chômage. Ces exonérations s'appliquent **à la triple condition** :

- qu'elles s'appliquent à l'équipages et aux gens de mer d'un navire de commerce dirigé et contrôlé à partir d'un établissement stable situé sur le territoire français, **battant pavillon français ou d'un autre État membre**

¹ Loi n° 2005-412 du 3 mai 2005 relative à la création du registre international français.

² Article 137 de la loi n° 2006-1666 du 21 décembre 2006 de finances pour 2007.

³ Loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue, dite « loi Leroy ».

de l'Union européenne, d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse ;

- que ce navire soit affecté à des **activités de transport ou à des activités de services maritimes** qui relèvent des orientations de l'Union européenne sur les aides d'État au transport maritime¹, qui sont **soumises à titre principal à une concurrence internationale**² ;

- qu'au moins **un quart des membres de l'équipage du navire soit des ressortissants** de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse.

b) L'augmentation du périmètre des navires bénéficiaires des exonérations dites « charges non-Enim » semble avoir dépassé le champ des entreprises soumises à une forte concurrence internationale

En 2021, l'exonération de cotisations patronales d'allocations familiales et de contributions à l'assurance chômage pour les navires exposés à la concurrence internationale **aurait concerné 382 navires et environ 10 000 marins**, ce qui représente un tiers des affiliés à l'Enim, pour un déficit de cotisations estimé de **47 millions d'euros**³.

Un rapport de la Cour des comptes⁴ relatif au régime spécial des marins souligne les limites de ces exonérations. D'une part que l'interprétation de la notion d'exposition à la concurrence internationale est relativement extensive, dans la mesure où **des entreprises de transport fluvial ou de nettoyage des navires à quai, pour lesquelles la concurrence internationale est par construction minime, sont concernées**. D'autre part, les navires de fret et de service semblent peu soumis à la concurrence internationale, qui s'exprime le plus souvent par la compétitivité-prix, dans la mesure où **les rémunérations perçues par les marins employés par ces navires sont comprises entre 2,5 et 4 Smic**⁵. *A contrario*, les emplois relevant de l'activité des navires de transport à passager sont moins qualifiés, et semblent plus sensibles à la compétitivité-prix.

2. Le droit proposé : un retour au périmètre des exonérations « Charges non-Enim » d'avant 2016, au bénéfice des seuls navires de transport de passagers

Le présent article procède au **recentrage des exonérations employeur de cotisations d'allocations familiales et de contributions à l'assurance chômage au bénéfice des seuls navires de transports de passagers**. Cette mesure réduirait, selon l'étude d'impact, le montant des compensations de cette exonération par l'État **de l'ordre de 20 millions d'euros**.

¹ Communication C(2004) 43 de la Commission européenne.

² Cette condition est assurée par les services de l'État qui procèdent à la délivrance d'une autorisation préalable le cas échéant.

³ D'après l'Enim.

⁴ Cour des comptes, L'Établissement national des invalides de la marine, 2024.

⁵ Annexe n°9 du PLFSS.

Le 1° du II modifie l'article L. 5553-11 du code des transports en supprimant les mentions de la cotisation d'allocations familiales et de la contribution à l'assurance chômage dans les allègements dont bénéficie l'ensemble des entreprises d'armement maritime.

Le 2° du même II insère un alinéa au sein de l'article du même code, qui ouvre le bénéfice des exonérations précitées aux **seuls équipages exerçant à bord de navires de transports de passagers au sens de la convention internationale pour la sauvegarde de la vie humaine en mer**, faite à Londres le 1^{er} novembre 1974.

C. La suppression des exonérations de cotisations sociales employeur dont bénéficient la majorité des jeunes entreprises innovantes accompagnant le recentrage fiscal de ce dispositif

1. Le droit en vigueur : les différents régimes de jeunes entreprises mobilisent les exonérations de cotisations sociales en faveur du soutien à l'innovation

a) Une multiplication des dispositifs de soutien aux jeunes entreprises

Le dispositif des « **jeunes entreprises innovantes** » (JEI)¹ a été créé dès 2003 afin de **favoriser les dépenses de recherche des petites et moyennes entreprises (PME)** récemment créées. Ayant subi de nombreux ajustements depuis sa création, sa finalité et ses caractéristiques principales demeurent les mêmes : **soutenir la diffusion de l'innovation dans l'ensemble des territoires** et du tissu économique national en accordant le **bénéfice de dispositions sociales et fiscales dérogatoires**.

La loi de finances pour 2024² est venue rénover le dispositif de la JEI ainsi que celui de la jeune entreprise de croissance (JEC) et créé la jeune entreprise universitaire (JEU).

• Les critères rénovés ouvrant au régime de la JEI supposent que, à la clôture de son exercice, l'entreprise concernée :

- soit composée de moins de 250 salariés ;
- réalise un chiffre d'affaires inférieur à 50 millions d'euros, ou enregistre un bilan inférieur à 43 millions d'euros ;
- ait été créée depuis moins de huit ans ;
- soit détenue directement ou indirectement à 50 % au moins par des personnes physiques ou par des sociétés d'investissement³, des associations reconnues d'utilité publique à caractère scientifique, des établissements publics de recherche ou une société elle-même qualifiée de jeune entreprise innovante ;

¹ Codifié aux articles 44 sexies A et 44 sexies-0 A du code général des impôts.

² Article 69 de la loi n° 2023-1322 du 29 décembre 2023 de finances pour 2024.

³ Sociétés de capital-risque, fonds communs de placement à risque, fonds professionnels de capital investissement, sociétés financières d'innovation.

- n'ait pas été créée dans le cadre d'une concentration, d'une restructuration, d'une extension d'activités préexistantes ou d'une reprise de telles activités.

En plus de ces critères structurels, **l'entreprise prétendante au statut du JEI doit réaliser des dépenses de recherche représentant au moins 15 % de ses charges** fiscalement déductibles au titre de cet exercice.

• **Les jeunes entreprises universitaires (JEU) ont été créées en 2008**, comme catégorie spécifique de JEI. Les JEU ne se voient pas imposer la condition de dépenses consacrées à la recherche et au développement, mais en contrepartie elles **doivent être détenues au moins à 10 % par des étudiants ou du personnel lié à l'université¹** et d'inscrire de manière principale son activité dans la valorisation des travaux de recherche d'un de ses actionnaires.

La catégorie des **jeunes entreprises de croissance (JEC) a été créée par la loi de finances pour 2024²**, et concerne les entreprises répondant aux mêmes conditions que les JEI mais dont **les dépenses de recherche et développement représentent au moins 5 % de leur bilan**. En revanche, les entreprises prétendant au statut de JEC doivent répondre à des critères de performance économique définis par voie réglementaire³ :

- avoir connu **une augmentation d'au moins 100 % de leur effectif**, avec un plancher à dix salariés, par rapport à la clôture de l'exercice de l'année n-2 ;

- avoir maintenu le montant de leurs dépenses de recherche par rapport à l'exercice précédent.

b) Les jeunes entreprises bénéficient de dispositifs fiscaux et sociaux dérogatoires constituant un avantage comparatif déterminant

• **Sur le plan fiscal**, les JEI bénéficient **d'une exonération de l'impôt sur le revenu ou sur les sociétés** pour leur premier exercice bénéficiaire si elles ont été créées avant le 31 décembre 2023⁴, et peuvent bénéficier, le cas échéant, d'une **délibération des communes et de leurs groupements les exonérants pour sept ans de cotisation foncière des entreprises (CFE)⁵ et de taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB)⁶** si elles ont été créées avant le 31 décembre 2025. Depuis le 1^{er} janvier 2025, l'exonération de l'impôt sur

¹ Étudiants, personnes titulaires depuis moins de cinq ans d'un diplôme conférant le grade de master ou d'un doctorat, ou personnes affectées à des activités d'enseignement ou de recherche.

² Article 44 de la loi n° 2023-1322 du 29 décembre 2023 de finances pour 2024.

³ Décret n° 2024-464 du 24 mai 2024 relatif à la définition des indicateurs de performance économique prévus au c du 3° de l'article 44 sexies-0 A du code général des impôts.

⁴ L'article 44 sexies A du code général des impôts précise également qu'elles bénéficient d'un abattement de 50 % sur les bénéfices dégagés lors de l'exercice immédiatement postérieur à la période d'exonération.

⁵ Articles 1466 D du code général des collectivités territoriales.

⁶ Articles 1383 D du code général des collectivités territoriales.

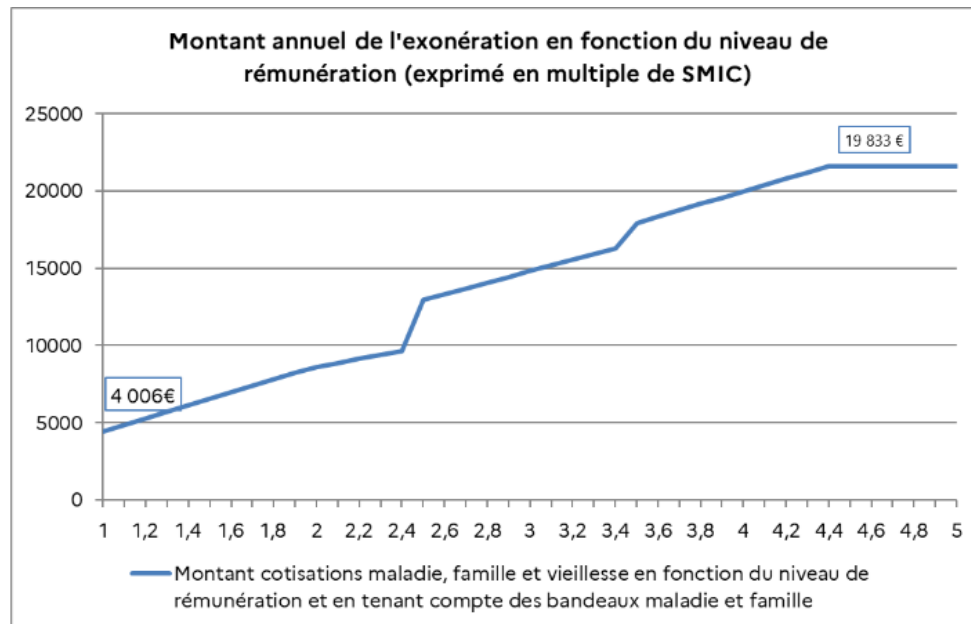
le revenu ou les sociétés a été remplacée par **une réduction de l'impôt sur le revenu au titre de la « réduction Madelin »**¹.

• Sur le plan du régime social, **les JEI bénéficient d'une exonération de cotisations à la charge de l'employeur** pour les seuls revenus d'activité versés aux salariés des jeunes entreprises innovantes et aux mandataires sociaux **participant à titre principal aux projets de recherche**². Ces exonérations sont cependant limitées à **l'assiette des rémunérations inférieures à 4,5 fois le Smic**, et plafonnées à cinq fois le plafond annuel de la sécurité sociale la même année.

c) Le régime social de faveur dont bénéficient les jeunes entreprises utilise le levier social pour financer l'innovation

Les exonérations de charges patronales dont bénéficient les jeunes entreprises concernent une **échelle de rémunération largement supérieure aux allègements généraux**, puisqu'elle s'étend jusqu'à 4,5 Smic contre 3,5 dans le droit commun en vigueur, et atteint **un taux d'exonération plus élevé**.

L'augmentation du nombre d'établissements et de salariés concernés par ce régime a conduit au doublement de la masse d'exonération de cotisations sociales entre 2014 et 2023, **passant de 139 millions à 270 millions d'euros (hors JEC)**.



Source : annexe 2 du Placss 2023

Si ces exonérations ne pèsent pas sur l'équilibre des finances sociales, dans la mesure où elles sont financées par la mission « Recherche et enseignement supérieur » du budget de l'État, elles **limitent néanmoins**

¹ Article 199 terdecies-0 A du code général des impôts.

² Article 131 de la loi de finances pour 2004.

la lisibilité du financement de l'innovation. Ce manque de lisibilité est d'autant plus marqué que, par le jeu des revalorisations progressives du Smic liées à l'inflation qui a alimenté le montant des exonérations, **le volet social du dispositif JEI représentait déjà 96 % de la dépense publique en faveur de ces entreprises en 2022.**

2. Le droit proposé : un recentrement des dispositifs des jeunes entreprises passant par une suppression des exonérations de cotisation sociales

Le III du présent article modifie **le I de l'article 131 de la loi de finances pour 2004**, en restreignant le champ d'application de l'exonération de cotisations employeur aux seules entreprises remplissant l'ensemble des critères propres aux jeunes entreprises universitaires (JEU).

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

1. Le texte transmis au Sénat : une transmission sans modification

Le Gouvernement a transmis cet article au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

2. Les modifications adoptées par le Sénat

La commission a souligné son attachement à la rationalisation des exonérations de cotisations sociales, qui participent à la désocialisation du financement de la protection sociale, et contribuent à l'illisibilité des régimes par empilement successifs de dispositifs dérogatoires.

Le Sénat a adopté un **amendement n° 1345** de la commission visant à assurer la bonne application du dispositif concernant les exonérations du secteur maritime à Wallis-et-Futuna.

Le Sénat a également adopté, avec l'avis favorable de la commission, deux amendements identiques du Gouvernement et de Xavier Iacovelli, n°279 rect. *bis* et n°1238 rect. *bis*, visant à revenir sur la suppression du régime de faveur dont bénéficient les jeunes entreprises innovantes, et à lui préférer un **renforcement des critères d'éligibilité**. Les entreprises concernées doivent, selon le nouveau dispositif, consacrer au moins 20 % de leurs dépenses - contre 15 % auparavant - **à de la R&D**.

Enfin, le Sénat a adopté deux amendements identiques, du Gouvernement et de Xavier Iacovelli, n° 1234 et n° 1237, visant à préciser que le **nouveau régime social** applicable aux apprentis ne vaut **que pour les contrats nouvellement signés** à partir du 1^{er} janvier 2025.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a entendu conserver les exonérations spécifiques dont bénéficient les entreprises du secteur maritime pour les navires câbliers et les navires de service consacrés aux énergies marines renouvelables autres que de transport.

La commission mixte paritaire a également adopté diverses modifications rédactionnelles afin de clarifier le texte, et d'en assurer la bonne application à Wallis-et-Futuna.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend les modifications adoptées par la CMP, et ajuste l'entrée en vigueur des différents dispositifs afin de tenir compte de la date d'adoption du PLFSS.

III - La position de la commission

La commission a **favorablement accueilli les dispositions de l'article 7**, destinées à rationaliser des exonérations de cotisations sociales qui ne semblait plus adéquates à leur objectif, ou peu efficaces.

Les modifications intervenues depuis **vont dans le sens d'une meilleure prise en compte des spécificités des entreprises innovantes**, aussi bien concernant les JEI que les navires câbliers et de service consacrés aux énergies marines renouvelables.

Par ailleurs, la **limitation des effets de l'assujettissement à la CSG et CRDS aux seuls contrats d'apprentissages nouvellement signés** répond à la préoccupation de la commission de ne **pas avoir de diminution de rémunération nette** pour certains apprentis.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 7 bis A
**Plafonnement de la rémunération d'un apprenti exonérée
de cotisations salariales**

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, proposait de limiter à 50 % du Smic la part de la rémunération des apprentis exonérée de cotisations salariales.

Il a été maintenu dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, en précisant que l'entrée en vigueur intervient au 1^{er} jour du mois suivant la promulgation de la présente loi.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. La rémunération des apprentis fait l'objet d'un régime social particulièrement favorable

Bien qu'étant considérée comme un revenu d'activité au sens du droit de la sécurité sociale¹, la rémunération des apprentis bénéficie d'un **double régime de faveur par rapport au droit commun**. Elle est intégralement exonérée de contribution sociale généralisée (CSG) et de contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)², et bénéficie d'une **exonération partielle de cotisations sociales salariales, puisque seule la part supérieure à 79 % du Smic – soit 1 395 euros par mois en 2024 – y est soumise**. Cette part bénéficiant de l'exonération de cotisations sociales salariales est fixée par décret³.

B. L'article 7 bis A vise à aligner les plafonds d'exonérations dont bénéficient les apprentis pour la contribution sociale généralisée et pour les cotisations sociales

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, résulte d'un **amendement de Frédérique Puissat⁴**, adopté avec un avis défavorable du Gouvernement, mais soutenu par la commission.

Il propose de modifier l'article L. 5243-2 du code du travail, afin de **limiter à 50 % du Smic la part de la rémunération des apprentis pour laquelle ils bénéficient d'une exonération totale des cotisations sociales salariales d'origine légale ou conventionnelle**.

¹ Article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale.

² Le a du 1^o du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale procède à cette exclusion. Pour rappel, le taux de CSG applicable aux revenus d'activité salariée est de 9,2 % - dont 6,8 % déductible de l'impôt sur le revenu - et celui de CRDS, non déductible de l'impôt sur le revenu pour sa part correspond à 0,5 %.

³ Article L. 6243-2 du code du travail.

⁴ Amendement n° 1213.

En effet, la revue de dépense effectuée par l'Igas et l'IGF¹ souligne que, si 5 % de la masse salariale des apprentis excède le seuil de 0,79 Smic, 25 % est située au-dessus de 0,5 Smic. Ces données permettent de calculer le gain financier à l'assujettissement aux cotisations sociales salariales et à la CSG CRDS des apprentis dès 0,5 Smic :

	Gain pour les finances publiques	Perte monétaire pour un apprenti au revenu mensuel moyen (1 042 euros)
<i>Abaissement à 0,5 Smic du seuil d'exonération des cotisations sociales salariales</i>	277 millions d'euros	19 euros
<i>Suppression de l'exonération de CRDS</i>	65 millions d'euros	5 euros

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de **maintenir cet article**, en précisant, par souci d'harmonisation avec l'article 7 du présent projet loi, que cette évolution ne concernerait que les nouveaux contrats signés à la date du 1^{er} janvier 2025.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale maintient cet article, en **modifiant la date d'entrée en vigueur** au 1^{er} jour du mois suivant la promulgation de la LFSS pour 2025.

III - La position de la commission

La commission **se félicite que cet apport du Sénat figure dans le texte** sur lequel le Gouvernement a engagé sa responsabilité en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale. Il permettra de rendre plus lisibles les cotisations auxquelles les apprentis sont assujettis, mais également de les rapprocher du régime social dont bénéficient par exemple les stagiaires. Enfin, il prend en compte le fait que les apprentis bénéficient de droits pour l'assurance retraite, ou pour l'assurance chômage.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Igas-IGF, Revue des dépenses de formation professionnelle et d'apprentissage, septembre 2024.

Article 7 bis B (supprimé)

**Contribution de solidarité par le travail en faveur de l'autonomie
des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, vise à augmenter de sept heures la durée annuelle de travail, remplaçant l'actuelle journée de solidarité par une contribution de solidarité par le travail, en vue de renforcer le financement des actions en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

I – Le dispositif proposé : instaurer une contribution de solidarité par le travail pour répondre aux besoins dans le champ de l'autonomie

A. L'état du droit : depuis 2004, la « journée de solidarité » finance des actions en faveur de l'autonomie

1. La journée de solidarité contribue au financement de la politique en faveur de l'autonomie

La **journée de solidarité** a été instituée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées¹, en vue de **financer des actions dans le champ de l'autonomie**.

Concrètement, pour les salariés du secteur privé et du secteur public, elle prend la forme d'une **journée de travail supplémentaire non rémunérée**². En contrepartie, les employeurs versent à l'État la **contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)**, assise sur la masse salariale, au taux de 0,3 %.

Le produit de la CSA est affecté à la **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**³ qui assure, depuis 2021, la gestion de la branche autonomie de la sécurité sociale. D'après les données de la CNSA, en 2023, la journée de solidarité a rapporté **2,4 milliards d'euros** à la branche autonomie *via* le produit de la CSA. En vingt ans, au total, elle a rapporté 40 milliards d'euros au bénéfice des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

2. La branche autonomie fait face à d'importants enjeux de financement

Ainsi que l'a souligné la rapporteure générale lors des débats sur le présent article, la branche autonomie fait face à des **besoins de financement structurels** tels que le **déploiement du virage domiciliaire, l'adaptation de l'offre médicosociale, l'attractivité des métiers et le renforcement de la prévention**, auxquels il ne sera pas possible de répondre sans la création de

¹ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (titre II).

² Article L. 3133-7 du code du travail.

³ Article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles.

ressources nouvelles. D'autant que la branche autonomie sera, selon les prévisions du présent projet de loi, déficitaire dès 2025.

Dans un tel contexte, l'augmentation de sept heures de la durée annuelle de travail représente une piste intéressante pour apporter une **première une solution, rapide et pérenne**, à ces besoins de financement. Elle représenterait un **gain de ressources estimé à 2,5 milliards d'euros** pour la branche autonomie.

B. Le dispositif initialement proposé : instaurer une contribution de solidarité par le travail pour abonder la branche autonomie

Le présent article a été inséré par le Sénat en première lecture par un amendement de la rapporteure générale Élisabeth Doineau (UC) ayant reçu un avis favorable de la part de la commission et un avis défavorable du Gouvernement.

Il vise à **augmenter de sept heures la durée annuelle de travail**, remplaçant l'actuelle journée de solidarité par une **contribution de solidarité par le travail**, en vue de **renforcer le financement des actions en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**.

1. Les modalités d'accomplissement des sept heures de travail

Le I modifie la section 3 du chapitre III du titre III du livre I^{er} de la troisième partie du code du travail.

La section est rebaptisée « **Contribution de solidarité par le travail** » (1^o du I). Cette contribution est inscrite à l'article L. 3133-7 du code du travail, en lieu et place de la journée de solidarité. Elle prend la forme d'un **temps de travail supplémentaire non rémunéré** pour les salariés, et de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) pour les employeurs (2^o du I).

Le 6^o du I prévoit qu'un accord d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, une convention ou un accord de branche fixe les modalités d'accomplissement des heures de travail effectuées au titre de la contribution de solidarité par le travail. Cet accord peut prévoir **toute modalité permettant le travail de 14 heures précédemment non travaillées** en application de stipulations conventionnelles ou des modalités d'organisation des entreprises, **à l'exception d'heures de travail effectuées le 1^{er} mai**. À défaut d'accord collectif, ces modalités sont définies par l'employeur après consultation du comité social et économique (7^o du I).

Le 3^o du I dispose que le travail accompli dans le cadre de la contribution de solidarité par le travail, qui ne peut excéder 14 heures, **ne donne pas lieu à rémunération**. Pour les salariés à temps partiel, la durée de travail accomplie dans le cadre de cette contribution est réduite proportionnellement à la durée contractuelle.

Le 4^o précise que les heures effectuées ne s'imputent pas sur le contingent annuel d'heures supplémentaires et ne donnent lieu à aucune contrepartie obligatoire sous forme de repos.

Le 5° prévoit une disposition pour qu'un salarié qui change d'employeur en cours d'année conserve, à son actif, les heures déjà réalisées au titre de la contribution de solidarité par le travail.

Le III et le V appliquent la contribution de solidarité par le travail à la **fonction publique**. Il précise quelles sont les **autorités compétentes** pour fixer les modalités de sa mise en œuvre dans les fonctions publiques de l'État, hospitalière et territoriale en reprenant les dispositions existantes pour la journée de solidarité. Comme pour le secteur privé, les employeurs publics peuvent décider de **toute modalité** permettant le travail de 14 heures précédemment non travaillées.

Le II et le IV opèrent diverses coordinations. Les modalités d'application de la contribution de solidarité par le travail dans les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin sont précisées afin de tenir compte du régime concordataire (1° du II et IV). Le dispositif ne s'applique pas à Saint-Pierre-et-Miquelon (2° du II).

2. La contribution versée par les employeurs

En contrepartie de la hausse de sept heures de la durée annuelle de travail, le VI modifie le premier alinéa de l'article L. 137-40 du code de la sécurité sociale, afin de porter le **montant de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) au taux de 0,6 %** contre 0,3 % aujourd'hui. Son assiette et les modalités de son recouvrement restent inchangées.

Dès 2025, **le produit de la CSA devrait ainsi doubler** et s'établir aux alentours de 5 milliards d'euros - contre 2,5 milliards d'euros attendus pour l'année 2024 -, augmentant d'autant les recettes perçues par la CNSA.

3. L'entrée en vigueur du dispositif

Le VII dispose que le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire (CMP) a proposé de supprimer le présent article.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité, le Gouvernement a retenu les divers amendements proposant la suppression de cet article.

III - La position de la commission

La commission juge recevable l'argument plaidant pour une concertation renforcée avec les partenaires sociaux sur la mise en œuvre d'une telle mesure. Elle appelle le Gouvernement à se saisir très prochainement de cette piste de financement.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 7 bis (supprimé)

Suppression du critère fiscal d'assujettissement à la CSG et à la CRDS et précision de l'obligation incombant aux bénéficiaires de pensions de vieillesse résidant à l'étranger de justifier annuellement de leur existence par la production d'un certificat de vie délivré par le consulat français

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, procédait à deux modifications distinctes. En premier lieu, il supprimait l'un des deux critères d'assujettissement à la contribution sociale généralisée (CSG) et à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) qu'est la domiciliation fiscale en France. Le Sénat a supprimé ces dispositions en première lecture.

En second lieu, il précisait les modalités de contrôle annuel de l'existence des bénéficiaires de pensions de vieillesse des régimes de retraite obligatoire résidant à l'étranger, en créant une obligation incombant à ces bénéficiaires de fournir un certificat de vie délivré par le consulat français de leur pays de résidence.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article et la réintroduction de ses dispositions à l'article 23 bis A.

I - Le dispositif proposé : soumettre les retraités vivant à l'étranger et percevant des pensions de régimes français à la CSG et à la CRDS, ainsi qu'à l'obligation de fournir annuellement un certificat d'existence de vie délivré par le consulat français de leur pays de résidence.

A. Le droit existant : l'assujettissement à la CSG et à la CRDS est subordonné à un double critère fiscal et social

1. Nature juridique de la CSG et de la CRDS

a) La contribution sociale généralisée (CSG)

La contribution sociale généralisée (CSG) est un impôt au sens de l'article 34 de la Constitution, ainsi qu'une cotisation sociale au sens de l'article 13 du règlement CEE n° 1408/71, dans la mesure où son affectation est exclusivement dédiée au financement de la protection sociale. Elle a été

créée par la loi de finances pour 1991¹, afin de diversifier le mode de financement de la protection sociale, et codifiée par la loi du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale. Elle est **prélevée sur les revenus d'activité, de remplacement (pension de retraite, allocation chômage), du patrimoine et de placements**. Ses recettes sont supérieures à **100 milliards d'euros par an** et sont affectées à l'assurance maladie, aux prestations familiales, au Fonds de solidarité vieillesse ainsi qu'à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). **Son taux varie en fonction du type de revenus** : il est actuellement de 9,2 % sur les revenus d'activité, du patrimoine et de placement, de 8,3 % sur les pensions de retraite et d'invalidité au taux normal² et de 6,2 % pour les indemnités journalières et allocations chômage.

b) La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)

La **contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)** est un **impôt affecté au remboursement de la dette sociale** qui a été institué par l'ordonnance du 24 janvier 1996, initialement pour une durée de 13 ans. Son existence a ensuite été prolongée **jusqu'à l'extinction des missions de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades)**, à laquelle son produit est affecté. **Son assiette est assise sur toutes les catégories de revenus d'activité, de remplacement et du capital, et elle est soumise à un taux de 0,5 % qui n'a pas évolué depuis sa création.**

2. Conditions d'assujettissement à la CSG et à la CRDS

a) L'assujettissement à la CSG et à la CRDS est soumis à un double critère social et fiscal

Les conditions d'assujettissement à la CSG et à la CRDS sont codifiées à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale, et relèvent de deux ordres : **les assurés doivent d'une part être domiciliés fiscalement en France, et d'autre part être à la charge d'un régime obligatoire français d'assurance maladie.**

Ainsi, ne sont pas redevables de la CSG et de la CRDS :

- un ressortissant français résidant en France mais qui exerce une activité salariée dans un autre État membre, et qui est en conséquence rattaché au régime de sécurité sociale de ce dernier ;

- un retraité qui perçoit une pension de retraite d'un des régimes obligatoires de la sécurité sociale mais qui vit et est domicilié fiscalement à l'étranger.

¹ Loi n° 90-1168 du 29 décembre 1990 de finances pour 1991.

² Il existe également un taux médian et un taux réduit, respectivement de 6,6 % et 3,8 % selon le niveau de la pension.

b) Ces critères répondent à des impératifs conventionnels

La Cour de justice des communautés européennes a estimé que **l'affectation sociale de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement lui confère la nature juridique d'une cotisation** et non d'un impôt.

En conséquence, elle a considéré¹ que **la CSG et la CRDS relevaient de la règle de l'unicité de la législation applicable², selon laquelle une personne ne peut relever que de la législation d'un seul État membre pour les prestations et les contributions et cotisations qui s'y rapportent.** Cette position a ensuite été reprise par la Cour de cassation³.

La CJCE, devenue la Cour de justice de l'Union européenne, a également eu l'occasion de rappeler⁴ que la réglementation européenne prohibait toute norme de niveau national qui aurait pour effet qu'un travailleur européen résidant dans un État membre et affilié au régime de sécurité sociale d'un autre État membre contribue au financement du régime de sécurité sociale de son État de résidence, auquel il n'est pas affilié. Il verserait alors des contributions à fonds perdus qui ne lui accorderaient aucun bénéfice. Une telle situation constitue une entrave à la libre circulation des travailleurs et génère une inégalité de traitement avec les personnes résidant dans ce même État qui sont uniquement tenues de cotiser au régime de sécurité sociale de celui-ci.

Le critère de domiciliation fiscale en France conditionnant l'assujettissement à la CSG et à la CRDS permet d'éviter que des citoyens français résidant dans un autre État membre et qui seraient affiliés au régime de sécurité sociale de cet État, puissent être assujettis à la CSG et à la CRDS et se retrouvent dans une situation qui ne serait pas conforme au droit européen.

B. L'obligation annuelle de rapporter la preuve d'être en vie incombant aux retraités percevant des pensions des régimes obligatoires de la sécurité sociale

1. Les retraités percevant des pensions de régimes français et vivant à l'étranger doivent justifier annuellement de leur existence

La Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) verse chaque année **3,8 milliards de pensions de retraite à des retraités vivant à l'étranger.**

Afin de lutter contre la fraude en matière sociale, la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 a créé en son article 83 **l'obligation, pour les bénéficiaires d'une pension de vieillesse d'un régime de retraite obligatoire résidant à l'étranger, de fournir au moins une fois par an à leur caisse de retraite un justificatif d'existence.** À défaut, ils encourent **la suspension du versement de leur pension de**

¹ CJCE, 15 février 2000, aff. C-34/98 et C-169-98, Commission européenne c/ France.

² Cette règle est posée par l'article 13 du règlement CEE n° 1408/71 portant coordination des régimes de sécurité sociale des États membres.

³ Cass. soc., 15 juin 2000, n° 98-12.469 et Cass. soc., 18 octobre 2001, n° 00-12. 463.

⁴ CJCE, 26 février 2015, aff. C-623/13, Ministre de l'économie et des finances c/ Gérard de Ruyter.

retraite. Il était également prévu que les régimes obligatoires de retraite puissent mutualiser la gestion des certificats d'existence. Ce justificatif d'existence prend souvent la forme d'un certificat de vie. Afin de faciliter les démarches des assurés, la France a conclu des conventions bilatérales d'échanges automatiques de données d'état civil avec le Luxembourg, l'Allemagne, la Suisse, la Belgique, l'Espagne et l'Italie.

2. Cette preuve peut désormais être apportée en utilisant la biométrie

La loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 **a réécrit ces dispositions**, qui figurent désormais aux articles L. 161-24 et suivants du code de la sécurité sociale, en complétant le dispositif précité. Les bénéficiaires d'une pension de retraite d'un régime français vivant à l'étranger peuvent désormais rapporter la preuve de leur existence par **l'utilisation de dispositifs permettant l'usage de données biométriques**, dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Concrètement, les retraités vivant à l'étranger peuvent utiliser une application permettant la comparaison entre une photographie ou vidéo de leur visage prise avec leur smartphone, et une pièce d'identité biométrique.

C. Le dispositif proposé : la suppression du critère fiscal d'assujettissement à la CSG et à la CRDS et l'obligation pour les bénéficiaires de pension de vieillesse des régimes de retraite obligatoire résidant à l'étranger de fournir un certificat de vie

1. La suppression du critère fiscal permettrait d'assujettir à la CSG et à la CRDS les retraités percevant des pensions de régime français et vivant à l'étranger

L'article 7 bis prévoit en son 1° de modifier l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale, qui détaille les critères d'assujettissement à la CSG et à la CRDS, afin de supprimer au 1° la condition de domiciliation fiscale en France.

En réaction à la dégradation brutale et non anticipée du déficit public, et notamment de la branche vieillesse, les députés auteurs de l'amendement adopté avaient pour intention de soumettre les retraités percevant des pensions de retraite versées par des organismes français à la CSG ainsi qu'à la CRDS, afin de participer à l'effort collectif de redressement des comptes publics.

2. La lutte contre la fraude sociale serait renforcée par l'obligation, pour les retraités vivant à l'étranger, de se présenter au consulat français pour obtenir un certificat de vie

Le 2° de l'article 7 bis complète la règle énoncée à l'article L. 161-24 du code de la sécurité sociale, selon laquelle un bénéficiaire d'une pension de vieillesse d'un régime de retraite obligatoire résidant à l'étranger est tenu

de justifier annuellement de son existence auprès de l'organisme ou du service de l'État lui versant sa pension, **en fournissant un certificat de vie délivré par le consulat français de son pays de résidence.**

Cette précision de la preuve de vie attendue, qui serait délivrée par le consulat français, et non plus par un officier public ministériel (notaire) ou une administration d'un pays tiers, permet de renforcer le contrôle du versement des pensions de retraite et la lutte contre la fraude.

Elle n'empêche toutefois pas le recours à l'utilisation de dispositifs permettant l'usage de données biométriques, qui figure à l'article L. 161-24-1 et qui présente ces dispositifs comme des alternatives de preuve matérielle de vie.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

1. Le texte transmis au Sénat

Le Gouvernement a transmis au Sénat cet article en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté cet article modifié par un amendement de la commission, qui est revenu sur la suppression du critère de domiciliation fiscale comme condition d'assujettissement à la CSG et à la CRDS, et qui a généralisé l'usage de systèmes de données biométriques pour les retraités vivant à l'étranger et percevant des pensions de régimes français. Cet amendement a été complété par un sous-amendement du Gouvernement admettant d'autres modes de preuve de l'existence de vie pour les personnes âgées ayant des difficultés à se déplacer. Il a ainsi autorisé que cette preuve soit rapportée par l'échange automatique de données entre les organismes de retraite et les autorités locales chargée de l'état civil des pays de résidence, ainsi que par contrôle réalisé sur place par un organisme tiers de confiance conventionné.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

Conformément à l'article LO 111-3-1 du code de la sécurité sociale, qui dispose que la loi de financement de la sécurité sociale de l'année comprend une deuxième partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, ainsi qu'une troisième partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, la commission mixte paritaire a proposé de **supprimer l'article 7 bis, qui ne comportait plus de dispositions relatives aux recettes, et de réintroduire ses dispositions à l'article 23 bis A, nouvellement créé dans la partie relative aux dépenses.**

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

L'Assemblée nationale a repris le texte de la commission mixte paritaire et a en conséquence maintenu la suppression de cet article et réintroduit ses dispositions au sein de l'article 23 bis A.

III - La position de la commission

La commission propose de **maintenir la suppression de cet article et de réintroduire ses dispositions à l'article 23 bis A.**

Article 8

Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale et avec le budget de l'État (« article tuyau »)

Cet article, considérablement modifié au Sénat par un amendement du Gouvernement, tend :

- à réaliser une coordination avec l'article 5 relative aux modalités de compensation du dispositif « jeune agriculteur » (I A) ;
- à supprimer la commission de compensation démographique (I B) ;
- à modifier la répartition de la taxe sur les salaires pour réaliser divers transferts entre branches, en conséquence des autres dispositions du PLFSS (I) ;
- à préciser le champ des anciens régimes spéciaux inclus dans le périmètre comptable de la Cnav (I bis) ;
- à affecter les excédents du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) à la Cnav (II) ;
- à supprimer le FSV à compter du 1^{er} janvier 2026 (II bis ; coordinations aux II ter à II septies, IV bis à IV quinquies, V bis) ;
- à permettre l'équilibrage par l'État des régimes spéciaux fermés dans le cadre de la réforme des retraites de 2023 (III et V) ;
- à réaliser une coordination avec le plafonnement de la compensation des allègements généraux réalisé par la LFSS pour 2024 (IV).

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Des transferts entre branches

Le I du présent article propose, comme chaque année, de réaliser des transferts entre branches de la sécurité sociale, en modifiant la clé de

répartition du produit de la taxe sur les salaires, figurant à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale.

Les transferts proposés par le texte initial sont synthétisés par le tableau ci-après.

1. Des transferts initialement proposés à mettre en cohérence avec les justifications de l'évaluation préalable

Dans le texte initial, les transferts résultant de ces modifications de taux, tels qu'ils résultaient de la prévision de taxe sur les salaires figurant dans le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2024, étaient légèrement différents de la somme des transferts indiqués dans l'évaluation préalable (*cf.* comparaison des lignes D et I). Les taux auraient en fait dû être ceux de la dernière ligne du tableau (ligne L).

Il s'agissait d'une erreur matérielle (non-prise en compte du transfert de 11,1 millions d'euros de la branche maladie vers la branche famille résultant de l'article 5¹), que la commission proposait de corriger.

¹ *Cumul de l'exonération applicable aux jeunes agriculteurs et des taux réduits de droit commun des cotisations maladie et famille.*

**Les transferts de taxe sur les salaires proposés par le présent article
(rédaction initiale)**

(en millions d'euros)

			Vieillesse	Famille	Maladie
A	Modifications de l'article L. 131 -8 du code de la sécurité sociale proposées par le présent article	Fraction actuelle (en %)	55,57	15,80	23,55
B		Fraction proposée (en %)	52,96	14,31	27,65
C		Écart (en points)	-2,61	-1,49	4,10
D		Transfert correspondant*	- 465,0	- 265,5	730,5
E	Justifications figurant dans l'évaluation préalable	Réinvestissement dans le système des retraites du rendement généré par la réforme des retraites pour le régime de la fonction publique d'État	69,0		- 69,0
F		Article 5 (cumul de l'exonération applicable aux jeunes agriculteurs et des taux réduits de droit commun des cotisations maladie et famille)		11,1	- 11,1
G		Article 6 (réforme des allègements généraux de cotisations patronales - transfert discrétionnaire)		- 266,0	266,0
H		Article 6 (réforme des allègements généraux de cotisations patronales) - répartition de la moindre recette d'IS	- 534,0		534,0
I		Total des montants justifiés	- 465,0	- 254,9	719,9
J	Écarts des montants justifiés par rapport aux montants effectivement transférés		0,0	10,6	- 10,6
K	Taux à adopter pour rendre l'article conforme aux justifications de l'évaluation préalable	Augmentations de taux correspondantes (points)	-2,61	-1,43	4,04
L		Taux correspondant aux transferts indiqués dans l'évaluation préalable (%)	52,96	14,37	27,59

* Calcul de la commission des affaires sociales, sur la base du montant de taxe sur les salaires prévu en 2025 par le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2024 (17 818 millions d'euros).

Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après le présent article et son évaluation préalable

2. Un article indissociable de l'article 38 du PLF

Le tableau ci-avant doit être mis en relation avec l'article 38 du PLF 2025, qui modifie le 9° de l'article L. 131 -8 précité du code de la sécurité sociale pour réduire la part de TVA affectée à la sécurité sociale, de 916 millions d'euros dans le texte initial (cf. tableau ci-après). On rappelle que

l'affectation à un tiers d'une fraction d'une recette fiscale de l'État relève du domaine exclusif de la loi de finances.

La TVA étant perçue par la seule branche maladie (conformément à l'article L. 131-8 précité), il convient ensuite de répartir les sommes concernées entre les différentes branches en modifiant la répartition de la taxe sur les salaires. C'est ce que fait le présent article.

**La réduction de la part de TVA affectée à la sécurité sociale
par l'article 38 du PLF 2025**

(texte initial)

(en millions d'euros)

	Total	Dont branche maladie	Dont Acooss
Fraction actuelle (en %)	28,57	23,39	5,18
Nouvelle fraction (en %)	28,14	22,96	5,18
Écart (en points)	- 0,43	- 0,43	0
Transfert correspondant à la modification de la fraction	- 916	- 916	0
Dont :			
Compensation des gains de la réforme des retraites de 2023 pour la fonction publique d'État (FPE)	69	69	0
Cumul de l'exonération « jeunes agriculteurs » et des taux réduits de cotisations maladie/famille (art. 5 du PLFSS)	25	25	0
Réforme des allègements généraux (art. 6 du PLFSS) - perte de recettes liée à l'effet - retour sur l'impôt sur les sociétés (IS)	- 1 000	- 1 000	0
Reprise de la dotation exceptionnelle à l'Établissement français du sang	- 10	- 10	0

Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après l'article 38 du PLF 2025 et son évaluation préalable

L'article 38 du PLF (inchangé sur ce point dans les versions successives) prévoit en outre que dans le cas particulier de l'exercice 2025, la TVA affectée à la sécurité sociale résultant de la fraction de 5,18 % affectée à l'Acooss (pour lui permettre de compenser les allègements généraux de cotisations patronales pour l'Unédic) est réduite de 3,35 milliards d'euros en 2025 (soit 750 millions d'euros de plus qu'en 2024), au titre de la reprise de même montant sur les excédents de l'Unédic. Il s'agit du montant prévu par un arrêté du 27 décembre 2023¹. Selon l'évaluation préalable, « pour 2025, l'Unédic a un solde prévisionnel excédentaire de 3 milliards d'euros, net de la reprise des 3,35 milliards d'euros ».

¹ Arrêté du 27 décembre 2023 fixant la répartition de la fraction de la taxe sur la valeur ajoutée affectée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ainsi que le plafonnement de la compensation prévu au 7° bis de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale. Selon cet arrêté, cette reprise (via une moindre compensation des allègements généraux) est de 2 milliards d'euros en 2023, 2,6 milliards d'euros en 2024, 3,35 milliards d'euros en 2025 et 4 milliards d'euros en 2026.

B. Autres dispositions du présent article

1. L'affectation des excédents du FSV à la Cnav

Le II du présent article prévoit que lorsque, à la clôture d'un exercice, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) présente un résultat excédentaire, celui-ci est transféré, à hauteur d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), qui l'enregistre en fonds propres dans ses comptes.

Selon l'évaluation préalable du présent article, « *cette affectation est estimée à 0,8 milliard d'euros en 2025 pour l'exercice 2024 et à 0,7 milliard d'euros en 2026 pour l'exercice 2025* ».

L'excédent actuel et prévu du FSV vient notamment du fait que celui-ci finance non seulement le minimum vieillesse, mais aussi les cotisations d'assurance vieillesse des chômeurs, d'autant plus faibles que le taux de chômage est faible.

Cette disposition correspond à une simple opération financière, sans effet sur le solde de la Cnav et du FSV.

On précise toutefois que le II *bis* de cet article, inséré en première lecture par le Sénat, supprime le FSV à compter du 1^{er} janvier 2026 (cf. *infra*).

2. Deux dispositions destinées à permettre l'équilibrage par l'État des régimes spéciaux fermés dans le cadre de la réforme des retraites de 2023

L'article 15 de la LFSS 2024 prévoit qu'à partir du 1^{er} janvier 2025, la Cnav devra équilibrer deux régimes spéciaux déficitaires - la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire (CPRPF) et la caisse de retraites du personnel de la RATP (CRP RATP) - à la place de l'État.

La Cnav doit percevoir pour ce faire des crédits budgétaires prévus en loi de finances.

Ainsi, le III du présent article modifie l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, qui détermine les contributions assurant la couverture des charges de l'assurance vieillesse. Il y ajoute en effet les sommes versées par l'État pour l'équilibre de la CPRPF et de la CRP RATP dans le cadre de la réforme des retraites de 2023.

Le droit actuel prévoit que l'équilibrage de la CPRPF et de la CRP RATP est réalisé à compter de l'exercice au cours duquel ces régimes auraient épuisé leurs réserves. Selon les termes de l'évaluation préalable du présent article, « *il est proposé dans un souci de simplification de prévoir que les réserves qui ne suffisent pas à faire face aux engagements pour 2025 soient transférées à la branche vieillesse qui aura en tout état de cause à assurer l'équilibrage du système pour ce même exercice* ».

Aussi, le V du présent article prévoit que les fonds propres, tels que constatés à la clôture de l'exercice 2024, de la CPRPF et de la CRP RATP, « font l'objet, au plus tard le 30 juin 2025, d'une reprise par la Caisse nationale d'assurance vieillesse, qui les enregistre en fonds propres dans ses propres comptes ». Il est précisé que « les modalités de cette reprise, ainsi que des actifs correspondants, sont fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ». En effet, selon les termes de l'évaluation préalable, « l'opération ne pouvant être définitivement fixée qu'à la clôture de l'exercice 2024, il est proposé que le montant exact du transfert soit fixé par arrêté début 2025 après cette clôture ».

3. Une disposition de coordination avec le plafonnement de la compensation à l'Unédic des allègements généraux résultant de la LFSS 2024

Enfin, le IV du présent article prévoit, selon les termes de l'exposé des motifs, de « mettre en cohérence le taux de prélèvement au titre du risque de non-recouvrement avec le périmètre des sommes qui sont effectivement versées à l'Unédic ».

On rappelle que l'article 16 de la LFSS 2024 (« article-tuyau ») a modifié le 7° bis de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale pour prévoir que la compensation par l'AcoSS à l'Unédic du dispositif de réduction dégressive des contributions patronales d'assurance chômage se fait « dans la limite d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget ».

Actuellement, le troisième alinéa du 5° de l'article L. 225-1-1 précité prévoit que les sommes versées par l'Urssaf aux différents régimes sont égales au « 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 ».

Il en résulte que bien que la compensation par l'AcoSS à l'Unédic des allègements de cotisations sociales patronales ait été réduite par l'article 16 de la LFSS 2024, les versements de l'Unédic au titre du non-recouvrement sont calculés sans prendre en compte cette réduction.

Le IV du présent article propose donc de compléter le 7° bis de l'article L. 225-1-1 précité pour prévoir que « les sommes excédant [le montant de la compensation par l'AcoSS] ne peuvent se voir appliquer le taux forfaitaire » prévu au troisième alinéa du 5°.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

Le Gouvernement a transmis cet article au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

En première lecture, le Sénat a adopté deux amendements du Gouvernement.

Le premier, également déposé par Xavier Iacovelli :

- insère un II *bis* supprimant, à compter du 1^{er} janvier 2026, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui selon l'objet de l'amendement n'emploie que 2,5 équivalents temps plein (ETP), ses missions devant désormais être réalisées par la branche vieillesse, et un rapport annuel étant prévu¹. Cette suppression implique de nombreuses coordinations² ;

- conformément à une recommandation de la Cour des comptes³, insère un I B supprimant la commission de compensation démographique, chargée de formuler des avis sur les montants de la compensation démographique entre régimes de retraite, les informations correspondantes devant désormais être publiées dans le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale ;

- réalise diverses autres modifications⁴.

Le second amendement du Gouvernement modifie, au I, la répartition entre branches de la taxe sur les salaires pour tenir compte des modifications apportées au texte initial (cf. tableau du C ci-après). Cet amendement corrige également l'erreur matérielle mentionnée au I du présent commentaire.

La modification de la répartition de la taxe sur les salaires réalisée par le Sénat en première lecture

Le texte initial augmentait la taxe affectée à la branche maladie de 0,7 milliard d'euros et réduisait à due concurrence celle affectée aux branches vieillesse (0,5 milliard d'euros) et famille (0,2 milliard d'euros).

Il s'agissait, pour l'essentiel, de transférer 0,5 milliard d'euros de la branche vieillesse vers la branche maladie, en conséquence de la réduction de 0,9 milliard d'euros de la TVA affectée par l'article 38 du PLF à la sécurité sociale (via la branche maladie, la seule à percevoir la TVA), qui avait pour objet de compenser pour l'État la perte de recette d'impôt sur les sociétés (environ 1 milliard d'euros) résultant de la réforme des allègements généraux de cotisations patronales prévue par l'article 6.

Le texte adopté par le Sénat en première lecture réalisait une répartition sensiblement différente, consistant schématiquement, par rapport au droit actuel, à augmenter la taxe sur les salaires de la branche vieillesse de 2 milliards d'euros et à réduire celle de la branche maladie et de la branche famille de 1 milliard d'euros dans chaque cas.

¹ Il est prévu qu'« au plus tard le 1^{er} juin de chaque année, le Gouvernement remet au Parlement un rapport retraçant les efforts de la Nation en matière de solidarité vieillesse ».

² Les coordinations figurent aux II ter à II septies, IV bis à IV quinquies et V bis du présent article.

³ Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (Ralfss) de mai 2024, la Cour des comptes préconise de « renforcer les moyens de la commission de compensation afin qu'elle puisse remplir l'ensemble de ses missions ou, à défaut, la supprimer ».

⁴ Insertion d'un I A précisant les modalités de compensation du dispositif « jeune agriculteur » (réformé par l'article 5) et d'un I bis précisant le champ des anciens régimes spéciaux inclus dans le périmètre comptable de la Cnav.

Il s'agissait essentiellement de prendre en compte les modifications apportées par le Sénat à l'article 6, relatif à la réforme des allègements généraux. En effet, le Sénat avait supprimé la réduction de 2 points des allègements dégressifs au niveau du Smic, qui concernait les cotisations de la branche vieillesse, dont les recettes se trouvaient majorées par le texte initial de 2,2 milliards d'euros. Par ailleurs, le 0,5 milliard d'euros correspondant à l'augmentation par l'article 6 *bis* de la contribution patronale sur les attributions gratuites d'actions, bénéficiant spontanément à la branche famille, était réorienté vers la branche vieillesse.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'adopter cet article sans modification.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture a de nouveau modifié la répartition de la taxe sur les salaires, afin, selon l'objet de l'amendement du Gouvernement inclus au texte sur lequel celui-ci a engagé sa responsabilité, « *de tenir compte de l'impact financier des amendements adoptés au cours de l'examen parlementaire* ».

La répartition proposée est quasiment identique à celle du texte sur lequel le précédent gouvernement a été censuré le 4 décembre 2024, qui tirait la conséquence des modifications proposées par la CMP.

Par rapport au texte adopté par le Sénat, le texte considéré comme adoptée en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale transfère environ 0,7 milliard d'euros de la branche vieillesse vers les branches maladie (0,6 milliard d'euros) et famille (0,1 milliard d'euros). Il s'agissait notamment de tenir compte de la réduction du rendement de la réforme des allègements généraux prévue par l'article 6.

Le tableau ci-après synthétise les évolutions successives de la répartition de taxe sur les salaires.

Les transferts de taxe sur les salaires proposés par le présent article

	Part de taxe sur les salaires (%)			Transferts correspondants* (millions d'euros)		
	Vieillesse	Famille	Maladie	Vieillesse	Famille	Maladie
Droit actuel	55,57	15,8	23,55			
Texte initial et transmis au Sénat en première lecture	52,96	14,31	27,65	-465,0	-265,5	730,5
Texte adopté par le Sénat en première lecture	67,18	10,05	17,69	2 068,7	-1 024,5	-1 044,1
Texte adopté par la CMP** et texte sur lequel le gouvernement a été censuré le 4 décembre 2024	63,25	10,38	21,28	1 368,4	-965,7	-404,5
Texte considéré comme adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale	63,25	10,54	21,13	1 368,4	-937,2	-431,2

* Calcul de la commission des affaires sociales, sur la base du montant de taxe sur les salaires prévu en 2025 par le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2024 (17 818 millions d'euros).

** Conformément à l'usage, la CMP n'a pas actualisé cet article pour prendre en compte les conséquences des modifications proposées par ailleurs, laissant au Gouvernement le soin de le faire dans la suite de la navette. Les montants indiqués ici sont ceux du texte sur lequel le précédent gouvernement a été censuré.

Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les textes indiqués

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale supprime en outre le 7° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que les dépenses prises en charge par le FSV comprennent « les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base, dans le salaire de base [...], des indemnités journalières [maternité] ». En effet, la suppression du FSV à l'horizon 2026 empêche la mise en œuvre de cette disposition¹.

III - La position de la commission

Dans le cadre de l'examen du PLFSS 2024, le Sénat, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, a adopté un amendement majorant de 2 milliards d'euros la part de la taxe sur les salaires affectée à la branche famille et diminuant à due concurrence celle affectée à la branche maladie.

En effet, l'article 20 de la LFSS 2023 avait transféré à la Cnaf 60 % de la charge des indemnités journalières (IJ) pour congé de maternité et l'intégralité des IJ relatives à l'adoption et à l'accueil de l'enfant. Le Gouvernement n'avait pas transféré les ressources correspondantes. La commission considère à la

¹ Selon l'article R. 135-16-6 du code de la sécurité sociale, ce versement forfaitaire est égal au produit du taux de cotisation par une fraction du montant total des journées indemnisées comptabilisées dans chacun des régimes concernés à ce titre au cours de l'année en cause.

fois, d'une part, que ce transfert ne se justifiait pas et, d'autre part, qu'il symbolise l'absence d'ambition de la politique familiale du précédent gouvernement alors même que l'évolution du taux de natalité devait figurer au premier rang de ses préoccupations.

La commission prend acte du fait que la situation actuelle des finances publiques ne permet pas de transférer 2 milliards d'euros de cette branche vers la branche famille. Elle ne propose donc pas cette mesure dans le cadre d'une nouvelle lecture.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 8 bis A

Ajustement de l'exclusion par la LFSS 2024 des salariés mis à disposition des entreprises par les groupements d'employeurs du calcul des effectifs des entreprises utilisatrices

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, propose, dans le cas de l'exclusion par la LFSS 2024 des salariés mis à disposition par les groupements d'employeurs du calcul des effectifs des entreprises utilisatrices, de supprimer le transfert d'effectifs vers les entreprises utilisatrices et d'avancer la date d'application au 1^{er} janvier 2025.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article résulte de six amendements identiques¹ adoptés par le Sénat en première lecture, avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement.

Il ajuste le dispositif d'exclusion par l'article 21 de la LFSS 2024 des salariés mis à disposition des entreprises par les groupements d'employeurs du calcul des effectifs des entreprises utilisatrices.

Cette disposition du PLFSS 2024 résultait d'un amendement adopté par le Sénat. La commission avait donné un avis défavorable à l'amendement initial, puis favorable à l'amendement sous-amendé repoussant l'entrée en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2026.

Il s'agissait de ne plus décompter les salariés mis à disposition dans les effectifs du groupement d'employeurs, permettant ainsi de diminuer les

¹ Amendements n° 442 rect. bis de Vanina Paoli-Gagin, n° 785 rect. ter de Nadège Havet, n° 907 rect. de Michel Canévet, n° 1040 rect. bis d'Anne-Sophie Romagny, n° 1202 rect. bis de Pascale Gruny, n° 1270 rect. bis de Solanges Nadille.

contributions de ces groupements¹, les entreprises utilisatrices étant généralement des entreprises de moins de 11 salariés.

Cet article supprime le transfert d'effectifs vers les entreprises utilisatrices et avance la date d'application au 1^{er} janvier 2025.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'adopter cet article sans modification.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture supprime le gage de cet article.

III - La position de la commission

Lors de l'examen en séance des amendements tendant à insérer cet article, la commission a demandé l'avis du Gouvernement, qui a été défavorable.

En effet, les salariés mis à la disposition n'étant plus comptabilisés ni dans les effectifs du groupement d'employeurs ni dans ceux de l'entreprise utilisatrice, cet article a un coût. Par ailleurs, le Gouvernement a contesté le principe même de la mesure.

Les arguments mis en avant par les auteurs des amendements ont toutefois amené la commission à considérer en séance que les avantages de cette mesure l'emportaient sur ses inconvénients.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ La contribution au Fonds national d'aide au logement (Fnal) est de 0,1 % pour les entreprises de moins de 50 salariés et 0,5 % pour les entreprises de 50 salariés et plus. La contribution formation professionnelle et taxe d'apprentissage est de 0,55 % pour les entreprises de moins de 11 salariés et de 1 % pour les entreprises de 11 salariés et plus.

Article 8 bis

Validation de l'immatriculation Urssaf des entreprises étrangères sans établissement stable en France non agricoles

Cet article, inséré en première lecture par l'Assemblée nationale et retenu par le Gouvernement dans le texte transmis au Sénat, visait, dans sa rédaction initiale, à conférer à l'Urssaf un rôle de contrôle et de validation de toute immatriculation d'entreprises étrangères sans établissement stable en France non agricoles au registre national des entreprises.

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale y insère diverses dispositions de lutte contre la fraude, issues d'autres articles du PLFSS.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit actuel : l'obligation pour les entreprises étrangères sans établissement stable en France non agricoles de s'inscrire au registre national des entreprises sans contrôle ou validation

La loi du 22 mai 2019, dite « PACTE », a créé un guichet unique des entreprises visant à unifier les formalités exécutées par ces dernières lors de leur création, de modification de situation ou de cessation de leur activité. En complément, un registre national des entreprises a été créé. Ce dernier devait devenir au 1^{er} janvier 2023 un registre unique d'immatriculation pour toutes les entités ayant une activité économique sur le territoire français. Le guichet unique sera finalement mis en place au 1^{er} janvier 2025. L'Institut national de la propriété industrielle est l'opérateur en charge du guichet unique des formalités des entreprises (GUFÉ) et du registre national des entreprises (RNE).

Le 6^o de l'article L. 123-36 du code de commerce prévoit que les entreprises étrangères sans établissement stable en France ayant une activité en France s'inscrivent au RNE. Les informations et les dépôts des pièces sont prévues par un décret en Conseil d'État¹. La notion d'établissement stable est définie par chaque convention fiscale bilatérale. Le droit de l'Union européenne l'appréhende comme « *tout établissement autre que le siège de l'activité économique visé à l'article 10 du présent règlement, qui se caractérise par un degré suffisant de permanence et une structure appropriée, en termes de moyens et techniques, lui permettant de recevoir et d'utiliser les services qui sont fournis pour les besoins propres de l'établissement* »². Afin d'éviter toute double imposition, dans le cadre de conventions fiscales bilatérales, le statut d'entreprise

¹ Article L. 123-37 du code du commerce et décret n° 2022-1014 du 19 juillet 2022 relatif au Registre national des entreprises et portant adaptation d'autres registres d'entreprises.

² Règlement d'exécution (UE) n° 282/2011 du Conseil du 15 mars 2011 portant mesures d'exécution de la directive 2006/112/CE relative au système commun de taxe sur la valeur ajoutée.

étrangère sans établissement stable en France permet à ces entités de ne pas être imposables en France mais dans le pays de domicile.

Toutes les entités mentionnées à l'article L. 123-36 précité disposent une autorité de validation et de contrôle de leur immatriculation, modification de situation et cessation d'activité, à l'exception des entreprises étrangères sans établissement stable en France non agricoles. Pourtant, même les entreprises étrangères sans établissement stable en France agricoles voient l'ensemble de ces procédures être contrôlées et validées par les caisses départementales ou pluridépartementales de la mutualité sociale agricole.

Si l'article L. 123-38 du code du commerce prévoit que la fourniture, de mauvaise foi, d'informations inexacts ou incomplètes dans le cadre d'une immatriculation, d'une modification de situation ou d'une radiation du registre national des entreprises est sanctionné de 4 500 euros d'amende et de six mois d'emprisonnement, les entreprises étrangères sans établissement stable en France non agricoles ne sont pas soumises à un processus de contrôle et de validation de l'immatriculation, la modification de situation ou la cessation d'activité.

L'absence d'autorité de validation et de contrôle pour les entreprises étrangères sans établissement stable en France non agricoles apparaît donc à la fois comme une exception mais aussi une source éventuelle de fraudes.

B. L'ajout d'une autorité de contrôle et de validation

Le présent article, issu d'un amendement du Gouvernement en première lecture à l'Assemblée nationale, et retenu dans le texte transmis au Sénat, prévoit de conférer à l'Urssaf un rôle de contrôle et de validation de l'immatriculation, la modification de situation et la cessation d'activité des entreprises sans établissement stable en France non agricoles.

Le risque de fraude par la création d'entreprises étrangères fictives sans établissement stable en France non agricoles est renforcé par l'absence d'une compétence de contrôle et de validation attribuée à une autorité. Cet article vise ainsi à harmoniser les procédures relatives à l'immatriculation au registre national des entreprises, mais aussi à lutter contre la fraude.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

Le Sénat a adopté cet article sans modification.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire n'a pas proposé de modification à cet article.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale modifie cet article par **deux amendements déposés par le rapporteur général de la commission des affaires sociales.**

1. Le regroupement de diverses dispositions de lutte contre la fraude

Le premier amendement, n° 730, a **regroupé les dispositions de lutte contre la fraude introduites par le Sénat en première lecture** aux articles 8 *quater*, 8 *sexies*, 8 *septies*, 8 *undecies* et 8 *quindecies*, dans leur rédaction issue de la commission mixte paritaire. Ces articles ont en conséquence été supprimés dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale.

• **L'article 8 *quater*** a été introduit par l'Assemblée nationale en première lecture, dans le but de faciliter l'identification des auteurs de fraudes et l'engagement d'actions répressives à leur encontre.

Le récent renforcement du réseau de lutte contre la fraude au sein des organismes de recouvrement a mis en évidence de **nouveaux types de fraude**, contre lesquels **le droit de communication existant demeure trop limité.**

À cette fin, l'article **étend le droit de communication**, prévu à l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale, **dont disposent les agents des organismes de recouvrement** pour l'accomplissement de leur mission de lutte contre la fraude aux situations hors contrôle comptable d'assiette d'une part, et de lutte contre le travail illégal d'autre part.

• **L'article 8 *sexies*** a été introduit par un amendement de Nathalie Goulet et de plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, adopté en première lecture par le Sénat contre l'avis de la commission et du Gouvernement afin de **rendre les contrôles réalisés par une caisse et leurs résultats opposables sur l'ensemble des risques.**

Il a pour ambition de traduire dans le droit une **recommandation n°56** émise par le **Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS)**¹ au terme de son rapport de juillet 2024 sur la fraude sociale, qui visait à « *identifier toutes les potentialités du mécanisme de mutualisation des contrôles entre branches permettant de rendre les contrôles par une des caisses opposables sur l'ensemble des risques* ».

L'article 8 *sexies* complète **l'article L. 114-10-1 du code de la sécurité sociale, qui permet aux agents des organismes de sécurité sociale chargés du contrôle, de mener leurs investigations au profit de plusieurs organismes.**

Cette disposition, introduite par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, permettait initialement aux organismes de

¹ Haut Conseil du financement de la protection sociale, Lutte contre la fraude sociale, état des lieux et enjeux, juillet 2024.

sécurité sociale de **mutualiser leurs informations dans le seul cadre du contrôle du respect des conditions de résidence en France.**

Ce mécanisme de mutualisation a ensuite été étendu au profit des **agents chargés du contrôle relevant du régime général et de la MSA**, afin de leur permettre de contrôler des entreprises de travail temporaire mettant à disposition leurs salariés auprès d'entreprises relevant du secteur agricole ou forestier, et qui relèvent du **régime général.**

La **commission mixte paritaire en a réécrit le dispositif afin de permettre notamment au pouvoir règlementaire de préciser les conditions dans lesquelles les constatations opérées par les agents chargés du contrôle peuvent être rendus opposables à l'occasion d'un contrôle diligenté par un autre organisme. L'entrée en vigueur de l'article a également été reportée à une date fixée par décret, et au plus tard au 31 décembre 2026.**

- **L'article 8 septies** complète l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale, qui impose aux directeurs des organismes de sécurité sociale et des organismes chargés du recouvrement des cotisations ou du service des allocations et prestations, de réaliser des enquêtes et contrôles en cas de fraude suspectée, et d'en informer les autorités judiciaires et administratives compétentes.

Cet article 8 *septies*, issu d'un amendement déposé par Nathalie Goulet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, adopté en première lecture par le Sénat avec un avis favorable du Gouvernement et contre l'avis de la commission, a pour objet, lorsque les contrôles diligentés par des organismes de sécurité sociale concluent à la fraude d'un assuré au titre d'allocations journalières versées en cas d'incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail, d'imposer aux directeurs de ces organismes de **transmettre à l'employeur de cet assuré tous renseignements et document utiles pour caractériser ladite fraude.**

La **commission mixte paritaire a modifié ce dispositif en limitant son objet aux seules déclarations frauduleuses aux fins d'obtenir indûment les indemnités et prestations prévues à l'article L. 321-1 et au 2° de l'article L. 431-1 du code de la sécurité sociale, soit les indemnités journalières versées en cas d'incapacité physique et les prestations accordées en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles.** Enfin, la transmission des informations interviendra en cas de **fraude avérée et non suspectée**, soit lorsque la fraude sera définitivement caractérisée et qu'aucun recours ne sera plus possible contre cette décision.

- **L'article 8 undecies** résulte d'un amendement de Nathalie Goulet et de plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, adopté en première lecture par le Sénat avec un avis favorable de la commission et du Gouvernement, qui a pour objet de remplacer le mot « prestations » par le mot « somme » à l'article L. 133-4-9 du code de la sécurité sociale, relatif à l'opposition à tiers détenteur.

L'opposition à tiers détenteur est un **outil de recouvrement forcé** qui permet de saisir entre les mains **d'un tiers qui détient des fonds pour le compte d'un particulier redevable d'une créance envers un organisme de recouvrement**. Ce dernier délivre alors une **contrainte**, qui est un titre exécutoire, afin d'enjoindre au tiers (employeur, établissement bancaire) de lui verser les sommes dues par le débiteur. L'opposition à tiers détenteur emporte une **attribution immédiate de la créance saisie à l'organisme saisissant**. Le débiteur dispose d'un délai d'un mois pour former un recours contre cette opposition à tiers détenteur devant le juge de l'exécution.

Cet article vient **élargir le spectre des montants recouvrables** par les organismes de sécurité sociale dans le cadre de cet outil, qui ne limitent plus aux prestations mais visent désormais **une somme plus largement définie**.

• **L'article 8 *quindecies* résulte d'un amendement de Nathalie Goulet** et de plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, adopté en première lecture par le Sénat avec un avis favorable de la commission et du Gouvernement, **qui vise à suspendre les délais de prescription des procédures de recouvrement de cotisations pendant la procédure de dialogue et de conciliation**.

Conformément au principe de l'unicité de la législation applicable, posée par l'article 13 du règlement CEE n° 1408/71 portant coordination des régimes de sécurité sociale des États membres, un travailleur ne peut être soumis qu'à la législation sociale d'un seul État membre.

La procédure de dialogue et de conciliation entre institutions est prévue à l'article 76 du règlement CE 883/2004 du 29 avril 2004. Elle vise à **résoudre les différends entre les institutions des États membres**, portant sur la validité des documents pour attester de la situation d'une personne, ainsi que sur la détermination de la législation applicable aux travailleurs concernés.

En l'état actuel du droit, le recours à cette procédure ne suspend pas les délais de prescriptions applicables au recouvrement des cotisations.

L'article 8 *quindecies* prévoit que **les délais de prescription des cotisations et contributions sociales, de l'action civile en recouvrement ainsi que de l'action en exécution d'une contrainte devenue exécutoire soient suspendus lors de la procédure de dialogue et de conciliation**.

Son I rétablit l'article L. 244-12 du code de la sécurité sociale qui le prévoit désormais pour le régime général. Son II introduit un nouvel article L. 725-7-1 dans le code rural et de la pêche maritime, pour étendre cette suspension au régime agricole.

La commission mixte paritaire l'a adopté sans modification.

2. Une précision relative au dispositif initial de cet article

Le second amendement adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture, n° 731, précise le dispositif initial prévu par l'article 8 bis, en conférant à la caisse de mutualité sociale agricole un rôle de contrôle et de validation de l'immatriculation des entreprises agricoles sans établissement stable en France.

La rédaction initiale de l'article 8 bis intégrait l'ensemble des entreprises sans établissement stable en France à un contrôle et une validation de leur immatriculation par l'Urssaf. Or, dans la pratique, la caisse de mutualité sociale agricole, *via* la caisse de MSA d'Alsace, contrôlait et validait les immatriculations des entreprises agricoles sans établissement stable en France.

Cet amendement prévoit donc deux autorités de contrôle et de validation selon la nature de l'entreprise sans établissement stable en France : l'Urssaf pour les entreprises non agricoles et la caisse de mutualité sociale agricole pour les entreprises agricoles. Il entérine juridiquement une pratique et assure la compétence de la caisse de mutualité sociale agricole pour l'ensemble des immatriculations des entreprises agricoles, qu'elles aient ou non un établissement stable en France.

III - La position de la commission

La commission considère que la lutte contre la fraude sociale doit être une priorité.

Le regroupement dans un seul article des principales dispositions de deuxième partie relatives à la lutte contre la fraude lui semble contribuer à l'intelligibilité du texte, tout en mettant en évidence l'engagement des pouvoirs publics en la matière.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 8 ter

Données recueillies dans le cadre de la déclaration sociale nominative (DSN) et du prélèvement à la source pour les revenus autres (Pasrau)

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, prévoit la déclaration des sommes non-imposables dans le cadre du prélèvement à la source pour les revenus autres (Pasrau). Il permet par ailleurs l'utilisation des données issues de la déclaration sociale nominative (DSN) et du dispositif Pasrau pour la conception, la conduite ou l'évaluation des politiques publiques. Plusieurs modifications rédactionnelles sont également apportées.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I – Le dispositif proposé : optimiser le recouvrement des cotisations sociales et améliorer l'utilisation des données issues des déclarations sociales

A. L'état du droit : la déclaration sociale nominative (DSN) et le dispositif de prélèvement à la source pour les revenus autres (Pasrau) ont été récemment généralisés dans un objectif de simplification des démarches

1. Les règles de la déclaration sociale nominative (DSN) et du dispositif de prélèvement à la source pour les revenus autres (Pasrau)

La **déclaration sociale nominative (DSN)** est une déclaration en ligne, réalisée tous les mois par les employeurs à partir de la fiche de paie. Elle leur permet de payer leurs cotisations sociales et de transmettre les données relatives à leurs salariés aux organismes sociaux (caisse primaire d'assurance maladie, organismes complémentaires de santé, Urssaf, France Travail notamment).

L'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale dispose que la DSN établit, pour chacun des salariés ou assimilés, le lieu d'activité et les caractéristiques de l'emploi et du contrat de travail, les montants des rémunérations, des cotisations et contributions sociales et la durée de travail retenus ou établis pour la paie de chaque mois et les dates relatives au contrat de travail. Ces données servent notamment :

- au **recouvrement** des cotisations, des contributions sociales et de certaines impositions et à la vérification de leur montant ;

- à l'ouverture et au **calcul des droits** des salariés en matière d'assurances sociales, de formation et de prévention des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels ;

- au versement de certains **revenus de remplacement** ;

- et à l'accomplissement par les administrations et organismes destinataires de leurs missions.

La DSN a été ouverte à partir de 2013 aux entreprises volontaires puis généralisée à l'ensemble des employeurs du secteur privé au 1^{er} janvier 2017¹ et du secteur public au 1^{er} janvier 2022².

Pour les revenus qui ne transitent pas par la DSN, le dispositif applicable est celui du **prélèvement à la source pour les revenus autres (Pasrau)**.

Le Pasrau s'applique d'une part, à **tout organisme versant des sommes imposables autres que des salaires** transmis *via* la DSN, et d'autre part, à **tout organisme versant des prestations sociales** y compris les organismes de protection sociale complémentaire. Ces organismes déclarent chaque mois, en ligne *via* le dispositif Pasrau, les revenus et prestations versés en précisant leur détail.

2. Les apports de la DSN et du Pasrau en matière de simplification et de modernisation des démarches

La création de la DSN et du dispositif Pasrau s'inscrivent dans un objectif de simplification des démarches.

Le déploiement de ces deux outils a notamment permis la **mise en œuvre du prélèvement à la source**, qui a mis fin au décalage d'un an entre la perception des revenus et le paiement de l'impôt correspondant.

Au-delà de cette réforme, le déploiement de la DSN répond à un **objectif de simplification**. Cette déclaration mensuelle unique s'est en effet substituée à de nombreuses déclarations relatives aux prélèvements sociaux des entreprises. Dans le prolongement de la création de la DSN, le Pasrau a été conçu comme une version allégée, élaborée spécifiquement pour le prélèvement à la source des revenus autres que les salaires.

3. La poursuite de la modernisation des démarches

Dans la continuité de la réforme du prélèvement à la source, d'autres chantiers ont été lancés pour moderniser le système d'octroi des prestations sociales, améliorer le recouvrement et lutter contre la fraude.

Un **dispositif de ressources mensuelles (DRM)** a notamment été mis en production en 2019³. Alimenté par des données de la DSN et du dispositif Pasrau, il agrège un ensemble de données relatives aux salaires et aux revenus de remplacement de l'ensemble de la population. Les projets qui s'appuient sur ce dispositif s'inscrivent dans la **mise en œuvre du principe**

¹ Ordonnance n° 2015-682 du 18 juin 2015 relative à la simplification des déclarations sociales des employeurs, article 9 ; décret n° 2016-611 du 18 mai 2016 fixant les délais limites pour la transmission obligatoire de la déclaration sociale nominative, article 1^{er}.

² Loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance, article 43 ; décret n° 2018-1048 du 28 novembre 2018 fixant les dates limites pour la transmission obligatoire de la déclaration sociale nominative pour les régimes mentionnés aux 1^o, 2^o et 3^o de l'article R. 711-1 du code de la sécurité sociale, article 1^{er}.

³ Décret n° 2019-969 du 18 septembre 2019 relatif à des traitements de données à caractère personnel portant sur les ressources des assurés sociaux.

« **Dites-le-nous une fois** »¹, en allégeant voire supprimant certaines démarches déclaratives des usagers, tout en sécurisant les données utilisées pour le calcul des droits aux prestations.

B. Le dispositif initialement proposé : élargir le périmètre et l'usage des données recueillies dans le cadre de la DSN et du dispositif Pasrau pour optimiser le recouvrement des cotisations sociales

1. Compléter les informations transmises dans le cadre du dispositif Pasrau

À ce jour, la loi ne prévoit pas explicitement **la déclaration du versement de sommes non imposables** dans le cadre du dispositif Pasrau. Il en résulte que **les données recueillies ne sont pas exhaustives**, empêchant le plein déploiement du dispositif de ressources mensuelles (DRM) évoqué précédemment.

La loi dispose actuellement que les **organismes concernés par le dispositif Pasrau** doivent déclarer les sommes versées lorsque celles-ci sont imposables ou soumises à cotisations ou contributions sociales. Le **a)** du **2°** du **II** modifie l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale pour que **l'obligation de déclaration concerne toute somme, qu'elle soit ou non imposable**.

Par ailleurs, la **déclaration sociale nominative des employeurs** ne porte actuellement que sur les rémunérations qu'ils versent. Le **1°** du **II** modifie l'article du code de la sécurité sociale susmentionné pour préciser que la déclaration sociale nominative s'applique également aux employeurs dans le cas où ils versent des **revenus de remplacement** à leurs salariés ou à leurs anciens salariés.

Enfin, plusieurs modifications rédactionnelles sont apportées à ce même article (**b)** du **2°** du **II** et **4°**).

2. Permettre l'utilisation des données issues des déclarations dans le cadre de projets numériques innovants

Dans le cadre des réformes menées par le Gouvernement pour simplifier et renforcer l'accès aux droits sociaux, plusieurs **projets numériques innovants** sont à l'étude. Pour les mener à leur terme, **l'utilisation des données issues des DSN et du dispositif Pasrau** s'avère nécessaire.

Afin de garantir l'accès à ces données, le **3°** insère un paragraphe *II quater* à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale, disposant que **les données issues des déclarations sociales nominatives peuvent être utilisées pour la conception, la conduite ou l'évaluation des politiques publiques**.

¹ Principe codifié à l'article L. 114-8 du code des relations entre le public et l'administration.

3. Dispositions de coordination

Le I opère une mesure de coordination.

L'article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023¹ a **transféré aux Urssaf le recouvrement** de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) due **sur les revenus de remplacement des personnes assujetties au régime agricole**, et dont la collecte est réalisée au moyen du dispositif Pasrau.

Le présent article modifie l'article L. 761-5 du code rural et de la pêche maritime afin de **transférer aux mêmes Urssaf le recouvrement** des prélèvements sociaux dus par les salariés agricoles assujettis au **régime local d'assurance complémentaire obligatoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle**.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Une adoption par le Sénat en première lecture

En première lecture, le Sénat a adopté cet article sans modification.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire (CMP) n'a pas proposé de modifier cet article.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, le Gouvernement n'a retenu que deux amendements d'ordre rédactionnel du rapporteur général Thibault Bazin.

III - La position de la commission

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 (article 13).

Article 8 quater (supprimé)

Élargissement du droit de communication aux organismes du recouvrement pour lutter contre la fraude

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, élargit le droit de communication des agents des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales à l'ensemble des actions de contrôle et de lutte contre la fraude.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article afin de déplacer ses dispositions à l'article 8 bis.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit de communication a été octroyé aux agents des organismes de sécurité sociale pour renforcer le contrôle et la lutte contre le travail dissimulé

1. Le droit de communication des organismes de sécurité sociale

Le droit de communication au profit des agents des organismes de sécurité sociale a été institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008¹.

L'objectif était alors d'aligner autant que possible les prérogatives accordées aux agents des organismes de sécurité sociale sur celles dont disposent les agents de l'administration fiscale.

Ainsi, les **agents des organismes de sécurité sociale** qui assurent le versement des prestations et les **agents de contrôle** des Urssaf et des caisses de MSA se sont vu attribuer un **droit d'obtention des informations et des documents qui leurs sont nécessaires**, sans que cela puisse toutefois porter atteinte au secret professionnel.

Ce droit de communication s'exerce, s'agissant des agents des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, dans le cadre du recouvrement des créances relatives à une **infraction aux interdictions de travail dissimulé**².

2. L'opportunité d'un élargissement du droit de communication

La lutte contre la fraude sociale reste, à ce jour, un objectif central pour les pouvoirs publics. Bien que l'ampleur du phénomène soit, par définition, difficile à évaluer, un récent rapport du Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS)³ estime que la fraude sociale

¹ Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (article 115).

² Article L. 114-19 du code de la sécurité sociale.

³ Haut conseil du financement de la protection sociale, Lutte contre la fraude sociale : état des lieux et enjeux, juillet 2024.

(sur les recettes et les prestations) représenterait **13 milliards d'euros par an**. Les fraudes constatées et stoppées ne s'élèveraient qu'à 2,1 milliards d'euros, dont 0,5 milliard évité avant le versement de la prestation.

Pour y faire face, **les sources et les méthodes de contrôle ont été progressivement diversifiées** notamment *via* l'élargissement du droit de communication.

Ce renforcement du réseau de lutte contre la fraude au sein des organismes de recouvrement a notamment permis de mettre en évidence de **nouveaux types de fraude**, contre lesquels le Gouvernement estime que **le droit de communication existant demeure trop limité**.

B. Étendre le droit de communication aux agents du recouvrement pour renforcer la lutte contre la fraude

Le 1° du présent article **étend le droit de communication** prévu à l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale aux directeurs et directeurs comptables et financiers des **unions de recouvrement** des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et aux agents placés sous leur autorité, dans le cadre des **actions de contrôle et de lutte contre la fraude**.

Le **champ d'application du droit de communication** dont disposent les agents concernés est ainsi **élargi**, le droit existant le limitant au cadre du recouvrement des créances relatives à une infraction aux interdictions de travail dissimulé.

Le 2° opère une coordination rédactionnelle au même article.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

Le Sénat a adopté l'article 8 *quater* sans modification.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'adopter cet article sans modification.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale **supprime cet article pour en déplacer les dispositions à l'article 8 bis**, où, pour des raisons de lisibilité, sont regroupées diverses dispositions visant à lutter contre la fraude.

III – La position de la commission

La commission est favorable au déplacement des dispositions de cet article à l'article 8 *bis*.

Sous le bénéfice de ces observations, la commission propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 8 quinquies

Ajustements techniques au dispositif de précompte des cotisations et contributions sociales par les plateformes de mise en relation sur le chiffre d'affaires reversé aux micro-entrepreneurs qui les utilisent

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture à l'initiative du Gouvernement, opère certains ajustements techniques au dispositif de prélèvement des cotisations et contributions sociales par les plateformes de mise en relation sur les sommes versées à leurs utilisateurs, introduit par la LFSS pour 2024 et entrant en vigueur au 1^{er} janvier 2027.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I – Le dispositif proposé : des ajustements techniques au dispositif de précompte des cotisations et contributions par les plateformes sur les sommes versées à leurs vendeurs exerçant en qualité de micro-entrepreneurs

A. Le droit existant : afin de lutter contre la sous-déclaration, la LFSS pour 2024 a instauré un dispositif de prélèvement des cotisations et contributions par les plateformes de mise en relation

L'article 6 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 a mis à la charge des plateformes de mise en relation une obligation de déclaration et de précompte des cotisations dues par les quelque 206 000 micro-entrepreneurs qui l'utilisent.

Cette mesure, qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2027, a pour principal objectif de lutter contre la sous-déclaration auprès de l'Urssaf Caisse nationale, qui estimait, selon l'étude d'impact de la mesure, que **69 % des micro-entrepreneurs utilisant une plateforme déclaraient des chiffres d'affaires inférieurs aux montants enregistrés par celles-ci, et que 55 % d'entre eux ne déclaraient rien.**

Le chiffre d'affaires non déclaré par ces travailleurs est estimé à 814 millions d'euros en 2021 et à 927 millions d'euros en 2022. Les

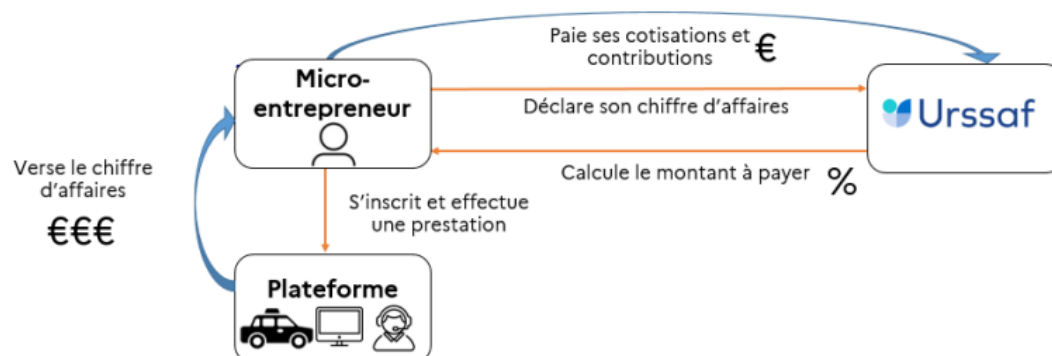
cotisations et contributions érudées se seraient dès lors élevées à 144 millions d'euros en 2021 et à **175 millions d'euros en 2022**¹.

Cette mesure de prélèvement concernera notamment les micro-entrepreneurs et les assimilés salariés relevant du régime « micro-RG ». Le dispositif de précompte s'appliquera aux cotisations et contributions sociales, ainsi qu'aux taxes, et, en cas recours à cette option, au versement libératoire de l'impôt sur le revenu dus par ces derniers au titre de la part de leur chiffre d'affaires ou des recettes versées par la plateforme².

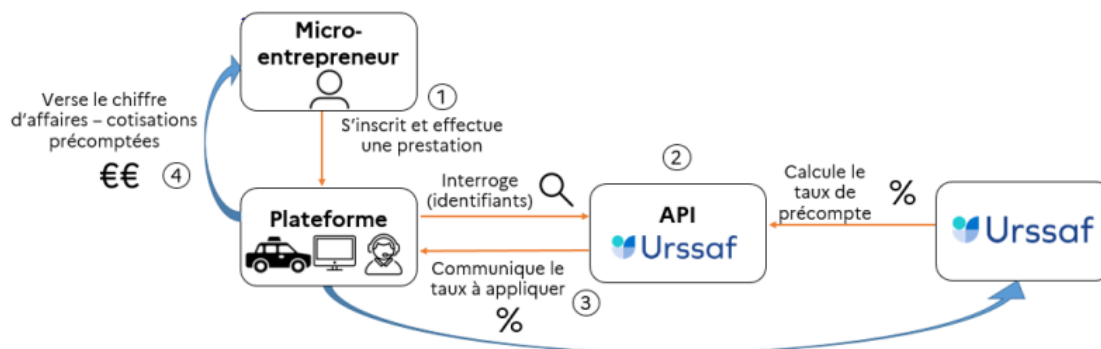
Les micro-entrepreneurs étant exonérés de TVA sous condition de chiffre d'affaires³, la taxe sur la valeur ajoutée sera exclue de ce précompte.

La réforme du circuit de déclaration et de paiement des cotisations dues par les micro-entrepreneurs utilisant des plateformes portée par l'article 6 de la LFSS pour 2024

Situation actuelle :



Mesure proposée :



Source : Fiches d'évaluation préalable du PLFSS pour 2024 (annexe 9)

¹ Fiches d'évaluation préalable des articles du PLFSS pour 2024 (annexe 9), pages 38 et 42.

² Nouvel article L. 613-6-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article 293 B du code général des impôts.

B. Le dispositif proposé : des ajustements techniques et opérationnels afin d'assurer la bonne mise en œuvre du dispositif au 1^{er} janvier 2027

Dans le cadre des travaux préparatoires de mise en œuvre de la mesure portée à l'article 6 de la LFSS pour 2024, le présent article rectifie certains mécanismes du dispositif de précompte des cotisations dues par les seuls micro-entrepreneurs et restreint le périmètre d'application de la phase pilote.

Il modifie tout d'abord le I de l'article L. 613-6-1 du code de la sécurité sociale afin d'exclure des sommes précomptées certaines taxes dont peuvent être redevables les micro-entrepreneurs, à savoir les taxes industrielles et artisanales, ainsi que les taxes sur les métaux précieux, bijoux et objets d'art, qui figurent à l'article 150 VI du code général des impôts, ainsi qu'au chapitre I^{er} du titre VII du livre IV du code des impositions sur les biens et services. Ces taxes ne seraient donc plus recouvrées par les plateformes, mais directement par la puissance publique.

Il rajoute à l'article L. 613-6-1 précité deux alinéas :

- le premier sécurise la mise en œuvre de ce dispositif de précompte afin qu'il ne s'applique qu'une fois les informations nécessaires connues, soit à l'issue d'un délai défini par arrêté et qui court à compter du début, ou de la reprise, d'une activité sur une plateforme ;

- le second crée un mécanisme permettant à l'Urssaf Caisse nationale de régulariser les sommes prélevées lors du précompte dans l'hypothèse où un vendeur micro-entrepreneur serait redevable de la TVA. La définition de ce mécanisme est renvoyée à un décret.

Enfin, le présent article modifie, en son II, l'article 6 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, afin de restreindre le périmètre de la phase pilote qui débutera en 2026 aux seules plateformes volontaires, dont la liste sera fixée par arrêté, et non plus selon des critères prédéterminés.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

Le Gouvernement a transmis cet article au Sénat, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

Le Sénat a adopté cet article modifié par un amendement déposé par Frédérique Puissat et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, auquel la commission était défavorable et dont le Gouvernement avait demandé le retrait. Cet amendement visait à exclure les plateformes numériques de ventes de biens du champ d'application du précompte des cotisations sociales des micro-entrepreneurs.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article en supprimant le I A qui avait été créé par l'amendement précité déposé par Frédérique Puissat, afin de revenir sur la limitation du champ d'application du dispositif de précompte des cotisations sociales des micro-entrepreneurs.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend la suppression du I A.

III - La position de la commission

La commission des affaires sociales fait de la lutte contre la fraude une priorité et est favorable à la réintégration des plateformes numériques de vente de biens dans le dispositif de l'article 8 *quinquies*.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 8 sexies (supprimé)

**Opposabilité des contrôles réalisés par une caisse
sur l'ensemble des risques**

Cet article, inséré en première lecture au Sénat, vise à permettre la communication aux organismes de sécurité sociale et à l'état civil de la décision de suspension d'une pension de retraite versée à l'étranger.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article afin de déplacer ses dispositions à l'article 8 bis.

I - Le dispositif proposé : étendre la mutualisation des contrôles à l'ensemble des risques.

A. Le droit existant : les organismes de sécurité sociale peuvent mutualiser les constats opérés par leurs agents assermentés chargés du contrôle et de la lutte contre la fraude

L'article L. 114-10-1 du code de la sécurité sociale permet aux agents des organismes de sécurité sociale chargés du contrôle de mener leurs investigations au profit de plusieurs organismes.

Cette disposition, introduite par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, permettait initialement aux organismes de sécurité sociale de **mutualiser leurs informations dans le seul cadre du contrôle du respect des conditions de résidence en France.**

Ce mécanisme de mutualisation a ensuite été étendu au profit des **agents chargés du contrôle relevant du régime général et de la MSA**, afin de leur permettre de contrôler des entreprises de travail temporaire mettant à disposition leurs salariés auprès d'entreprises relevant du secteur agricole ou forestier, et qui relèvent du **régime général**.

B. Le dispositif proposé : étendre le dispositif de mutualisation des contrôles à l'ensemble des risques

L'article 8 *sexies* a été introduit par un amendement de Nathalie Goulet adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement. Son objet est de **rendre les contrôles réalisés par une caisse et leurs résultats opposables sur l'ensemble des risques**.

Cet article a pour ambition de traduire dans le droit une **recommandation n° 56** émise par le **Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS)**¹ au terme de son rapport de juillet 2024 sur la fraude sociale, qui visait à « *identifier toutes les potentialités du mécanisme de mutualisation des contrôles entre branches permettant de rendre les contrôles par une des caisses opposables sur l'ensemble des risques* ».

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a **réécrit le dispositif de cet article afin de permettre notamment au pouvoir réglementaire de préciser les conditions dans lesquelles les constatations opérées par les agents chargés du contrôle peuvent être rendus opposables à l'occasion d'un contrôle diligenté par un autre organisme**. L'entrée en vigueur de l'article a également été reportée à une date fixée par décret, et au plus tard au 31 décembre 2026.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale a **supprimé cet article pour en déplacer ses dispositions à l'article 8 bis**, où, pour plus de lisibilité, sont désormais regroupées diverses dispositions visant à lutter contre la fraude.

¹ Haut Conseil du financement de la protection sociale, Lutte contre la fraude sociale, état des lieux et enjeux, juillet 2024.

III - La position de la commission

La commission est favorable au déplacement des dispositions de cet article à l'article 8 *bis*.

Sous le bénéfice de ces observations, la commission propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 8 septies (supprimé)

Obligation à la charge d'un organisme de sécurité sociale constatant des fraudes aux arrêts de travail d'en informer l'employeur de la personne ayant commis cette fraude

Cet article, inséré en première lecture au Sénat, vise à permettre l'information d'un employeur d'un salarié ayant commis une fraude aux arrêts de travail lorsque celle-ci est décelée lors d'un contrôle effectué par un organisme de sécurité sociale.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article pour déplacer ses dispositions à l'article 8 bis.

I - Le dispositif proposé : prévoir l'information des employeurs, par les directeurs des organismes de sécurité sociale, des fraudes aux arrêts de travail commises par leurs salariés

A. Le droit existant : les directeurs des organismes de sécurité sociale doivent transmettre aux autorités judiciaires et administratives compétentes les constats effectués par leurs agents chargés du contrôle

L'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale impose aux directeurs des organismes de sécurité sociale et des organismes chargés du recouvrement des cotisations ou du service des allocations et prestations, lorsqu'ils ont connaissance de faits ou d'informations susceptibles de constituer une fraude, de réaliser les enquêtes et contrôles nécessaires.

Ils sont également tenus de transmettre aux autorités judiciaires et administratives compétentes le rapport établi par des agents assermentés, dont les déclarations font foi jusqu'à preuve du contraire.

Ces agents peuvent également être habilités, par le directeur de l'organisme dont ils relèvent, à effectuer des enquêtes et contrôle dans le ressort d'autres organismes.

B. Le dispositif proposé : étendre le dispositif de mutualisation des contrôles à l'ensemble des risques

L'article 8 septies est issu d'un amendement déposé par Nathalie Goulet et adopté en première lecture au Sénat contre l'avis de la commission mais avec l'avis favorable du Gouvernement.

Il a pour objet, lorsque les contrôles diligentés par des organismes de sécurité sociale concluent à la fraude d'un assuré au titre d'allocations journalières versées en cas d'incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail, d'imposer aux directeurs de ces organismes de **transmettre à l'employeur de cet assuré tous renseignements et documents utiles pour caractériser ladite fraude.**

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a modifié ce dispositif en limitant son objet aux seules déclarations frauduleuses aux fins d'obtenir indûment les indemnités et prestations prévues aux articles L. 321-1 et 2° de l'article L. 431-1 du code de la sécurité sociale, soit **les indemnités journalières versées en cas d'incapacité physique** et les **prestations accordées en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles.**

Enfin, la transmission des informations interviendra en cas de **fraude avérée et non suspectée**, soit lorsque la fraude sera définitivement caractérisée et qu'aucun recours ne sera plus possible contre cette décision.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale a **supprimé cet article pour en déplacer les dispositions à l'article 8 bis**, où, pour plus de lisibilité, sont désormais regroupées diverses dispositions visant à lutter contre la fraude.

III - La position de la commission

La commission est favorable au déplacement des dispositions de cet article à l'article 8 bis.

Sous le bénéfice de ces observations, la commission propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 8 octies (supprimé)

Habilitation des agents chargés de la lutte contre la fraude à consulter le fichier des passagers aériens dans l'accomplissement de leur mission

Cet article, inséré en première lecture au Sénat, vise à permettre aux agents des organismes gestionnaires de la sécurité sociale chargés du contrôle, habilités et agréés par le directeur de l'organisme auquel ils appartiennent, à consulter le fichier des passagers aériens, le Passenger Name Record (PNR), dans le cadre leur mission de contrôle du respect des conditions de résidence.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit existant : les agents des organismes de sécurité sociale sont habilités à contrôler le service des prestations afin de lutter contre la fraude

Les caisses nationales relevant du régime général sont des établissements publics administratifs placés sous la tutelle des ministres de la santé et du budget. L'article L. 224-14 du code de la sécurité sociale les autorise à **mettre en œuvre ou à coordonner des actions de contrôle sur le service des prestations**, et ce afin de détecter les **fraudes et comportements abusifs**.

Les agents chargés du contrôle sont ainsi autorisés, au terme de l'article L. 114-10 du même code, à procéder à **toutes les vérifications ou enquêtes administratives** concernant **l'attribution des prestations, le contrôle du respect des conditions de résidence et la tarification des accidents du travail**. Dans le cadre de la **mutualisation des contrôles**, ils peuvent effectuer leurs missions de contrôle dans le **ressort d'un autre organisme**, lequel peut tirer les **conséquences juridiques** des constatations établies par ces agents, qui **font foi jusqu'à preuve du contraire**.

B. Le dispositif proposé : l'extension de la consultation du fichier PNR à l'occasion du contrôle du respect des conditions de résidence effectué par les agents habilités par le directeur de l'organisme de sécurité sociale

L'article 8 octies a été introduit en première lecture au Sénat par un **amendement de Nathalie Goulet**, contre l'avis de la commission et du Gouvernement.

Cet amendement visait à **compléter l'article L. 114-10 précité**, afin de permettre, lorsque cela est nécessaire à **l'accomplissement de sa mission de contrôle des conditions de résidence, l'habilitation d'un agent chargé du contrôle**, par le directeur de l'organisme auquel il est rattaché, à **effectuer une consultation du fichier Passenger Name Record**, dans des conditions précisées par décret.

Le fichier *Passenger Name Record* a été créé par la **directive (UE) 2016/681 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016** relative à l'utilisation des données des dossiers passagers pour la prévention et la détection des infractions terroristes et des formes graves de criminalité, ainsi que pour les enquêtes et les poursuites en la matière.

Ce fichier **recense des informations qui sont fournies par le passager auprès du transporteur aérien dès qu'il achète son billet**. Il s'agit des données sur l'itinéraire complet, les détails du paiement, ainsi que les coordonnées de contact. Lorsqu'il existe une obligation en ce sens, le transporteur aérien est **tenu de recueillir et d'envoyer ces données aux autorités frontalières compétentes**. Ces informations ne sont pas « vérifiées » dans la mesure où elles sont fournies par les passagers. Les autorités peuvent également recueillir des données dite API (informations préalables sur les passagers), qui sont recensées lors de l'enregistrement à l'aéroport, et permettent de vérifier concrètement qui a embarqué dans l'avion.

La consultation de ce fichier permettrait, selon l'auteur de l'amendement, de **vérifier factuellement le respect de la condition de résidence des allocataires** en contrôlant leurs allers et venues sur le territoire pour des durées supérieures à trois mois.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de **supprimer cet article, contraire à la directive du 27 avril 2016** précitée. En effet, cette directive limite le traitement des données du PNR **aux seules fins de prévention et de détection des infractions terroristes et des formes graves de criminalité**, ainsi qu'aux enquêtes et poursuites en la matière.

L'article 8 *octies* contrevient également aux dispositions du I de l'article L. 232-7 du code de la sécurité intérieure, qui transposent la directive précitée, et circonscrivent en droit interne les infractions dont la recherche, par les autorités de poursuite et de jugement, peuvent donner lieu à consultation du PNR.

D'une part, il apparaît que la lutte contre la fraude sociale ne rentre pas dans le champ matériel des infractions autorisant la consultation du PNR. D'autre part, les agents chargés du contrôle contre la fraude ne font pas partie des autorités actuellement autorisées à consulter le PNR.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend, sur proposition du rapporteur général, **la suppression de cet article**.

III - La position de la commission

Si la commission des affaires sociales partage l'objectif de lutte contre la fraude, elle constate néanmoins que l'article 8 *octies* **n'est pas conforme aux dispositions de droit européen qui encadrent la consultation du fichier PNR.**

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 8 nonies (supprimé)

Annulation automatique de la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations d'un professionnel de santé frauduleux

Cet article, inséré en première lecture au Sénat, vise à rendre automatique l'annulation de la prise en charge, par les organismes d'assurance maladie, des cotisations d'un professionnel de santé frauduleux.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit existant : les organismes d'assurance maladie peuvent annuler tout ou partie de leur participation au financement de cotisations dues sur des revenus obtenus par fraude

Les professionnels de santé libéraux bénéficient de la **prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales.**

L'article 7 de la loi n° 1250-2023 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 a introduit à l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale la possibilité, pour les organismes de sécurité sociale, **d'annuler tout ou partie de leur participation au financement des cotisations de professionnels de santé**, lorsque ceux-ci ont fait l'objet :

- d'**une pénalité financière** prononcée par le directeur de l'organisme de sécurité sociale afin de sanctionner une fraude ;

- d'**une sanction ordinale** prononcée par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou par la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes ;

- ou d'**une condamnation pénale** pour escroquerie, faux et usage de faux, fraude aux prestations ou fausse attestation lorsque ces fraudes portent un préjudice aux organismes de protection sociale.

B. Le dispositif proposé : le caractère automatique de l'annulation de la participation des organismes d'assurance maladie au financement des cotisations des professionnels frauduleux

L'article 8 *nonies*, introduit par un amendement de Raymonde Poncet Monge, adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement, modifie l'article L. 114-17-1 précité. Il vise, d'une part, à rendre automatique l'annulation de la participation des organismes d'assurance maladie au financement des cotisations d'un professionnel de santé frauduleux, et, d'autre part, à étendre cette annulation à l'ensemble des cotisations acquittées sur la part des revenus obtenus frauduleusement.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de **supprimer cet article**, qui comportait un risque d'inconstitutionnalité. En effet, l'annulation de la participation financière des organismes d'assurance maladie aux cotisations constitue une sanction administrative, soumise au principe constitutionnel d'individualisation et de proportionnalité des délits et des peines.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend **la suppression de cet article.**

III - La position de la commission

Si la commission des affaires sociales partage l'objectif de lutte contre la fraude, elle constate néanmoins que l'article 8 *octies* présente un fort risque de non-conformité **au principe constitutionnel d'individualisation et de proportionnalité des délits et des peines.**

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 8 decies (supprimé)

**Modification des règles applicables aux redressements
en cas de récidive en matière de travail dissimulé**

Cet article, inséré en première lecture au Sénat, vise à réécrire l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que le bénéfice des mesures de réduction ou d'exonération totale ou partielle des cotisations et contributions dues aux organismes de sécurité sociale soit réduit ou retiré en cas de travail dissimulé, pour édicter de nouvelles sanctions en cas de récidive pour travail dissimulé.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit existant : la majoration du montant du redressement forfaitaire pour travail dissimulé est comprise entre 45 % et 60 % en cas de récidive

Le constat d'une infraction de travail dissimulé donne lieu à un **redressement forfaitaire** lorsqu'aucun élément ne permet de connaître la rémunération versée au salarié. A défaut de preuve contraire, les rémunérations sont évaluées forfaitairement à 25 % du plafond de la sécurité sociale.

L'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale prévoit que le montant du redressement forfaitaire peut ensuite être **majoré de 25 %** en cas de travail dissimulé par **dissimulation d'emploi ou d'activité**, et de **40 %** lorsque le travail dissimulé :

- concerne un **mineur** soumis à l'obligation scolaire ;
- est commis en **bande organisée** ;

- concerne une ou plusieurs personnes dont l'**état de dépendance ou de vulnérabilité** sont apparents ou connus de l'auteur de l'infraction.

En cas de **récidive au cours des cinq années** suivant le premier constat d'infraction ayant donné lieu à un redressement auprès de la même personne physique ou morale, le redressement est majoré de **45 %**, et de **60 %** lorsque le travail dissimulé concerne des **personnes vulnérables**.

B. Le dispositif proposé : l'augmentation des majorations de redressement pour travail dissimulé en cas de récidive, à des niveaux compris entre 90 % et 120 % du montant du redressement

L'article 8 *nonies*, introduit par deux amendements identiques de Raymonde Poncet Monge et de plusieurs de ses collègues du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires, et de Céline Brulin et de plusieurs de ses collègues du groupe Communiste Républicain Citoyen et

Écologiste - Kanaky, a été adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement.

Il a pour ambition **d'augmenter les majorations du redressement pour travail dissimulé en cas de récidive**, caractérisée dans les cinq ans suivant le constat d'infraction ayant donné lieu à un premier redressement de la même personne physique ou morale, à **90 % lorsque la majoration de redressement prononcée à la suite de la première constatation était de 25 %**, et à **120 % lorsque la majoration de redressement prononcée à la suite de la première constatation était de 40 %**.

Or il *ne modifie pas les dispositions de l'article L. 247-3-3 précité*, relatif aux majorations de redressement en cas de récidive, mais a pour effet de **réécrire entièrement, et donc d'effacer, les dispositions de l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale**, qui prévoient que le bénéfice des mesures de réduction ou d'exonération totale ou partielle des cotisations et contributions dues aux organismes de sécurité sociale soit réduit ou retiré en cas de travail dissimulé.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de **supprimer cet article** au regard du fait qu'il supprimait la sanction consistant à réduire ou retirer le bénéfice de mesures de réduction ou d'exonération de cotisations en cas de travail dissimulé.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend **la suppression de cet article**.

III - La position de la commission

Si la commission des affaires sociales partage l'objectif de lutte contre la fraude, elle constate néanmoins que l'article 8 *decies* a supprimé un dispositif de sanction contre le travail dissimulé, ce qui n'était pas l'intention des auteurs de cet article.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 8 undecies (supprimé)

**Étendre le champ d'application du dispositif d'opposition à tiers détenteur
à l'ensemble des sommes versées par les Urssaf
ou les caisses de sécurité sociale**

Cet article, inséré en première lecture au Sénat, vise à étendre le mécanisme de l'opposition à tiers détenteurs aux sommes versées par les organismes de sécurité sociale, et plus uniquement aux prestations versées.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article afin de déplacer ses dispositions à l'article 8 bis.

I - Le dispositif proposé : élargir la nature des créances qui peuvent être recouvrées par les organismes de sécurité sociale via l'opposition à tiers détenteur

L'article 8 *undecies* résulte d'un amendement de Nathalie Goulet et de plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, adopté en première lecture par le Sénat avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, qui a pour objet de remplacer le mot « **prestations** » par le mot « **somme** » à l'article L. 133-4-9 du code de la sécurité sociale, relatif à l'opposition à tiers détenteur.

L'**opposition à tiers détenteur** est un **outil de recouvrement forcé** qui permet de saisir entre les mains **d'un tiers qui détient des fonds pour le compte d'un particulier redevable d'une créance envers un organisme de recouvrement**. Ce dernier peut enjoindre au tiers (employeur, établissement bancaire) de lui verser les sommes dues par le débiteur sur le fondement d'un titre exécutoire¹. L'opposition à tiers détenteur emporte une **attribution immédiate de la créance saisie à l'organisme saisissant**. Le débiteur dispose d'un délai d'un mois pour former un recours suspensif contre cette opposition à tiers détenteur devant le juge de l'exécution.

Cet article vient **élargir le spectre des montants recouvrables** par les organismes de sécurité sociale dans le cadre de cet outil, qui ne limitent plus aux prestations mais visent désormais **une somme plus largement définie**.

¹ Les titres exécutoires sont définis à l'article L. 113-3 du code des procédures civiles d'exécution. Les organismes de recouvrement recourent majoritairement aux contraintes devenues définitives lorsqu'elles n'ont pas fait l'objet d'opposition du débiteur dans le délai de 15 jours suivant leur notification, qui lui est imparti, ainsi qu'aux jugements rendus par les juridictions administratives et judiciaires devenus définitifs.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a **adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.**

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale a **supprimé cet article pour en déplacer les dispositions à l'article 8 bis**, où, pour plus de lisibilité, sont désormais regroupées diverses dispositions visant à lutter contre la fraude

III - La position de la commission

La commission est favorable au déplacement des dispositions de cet article à l'article 8 bis.

Sous le bénéfice de ces observations, la commission propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 8 duodecies (supprimé)

Renforcement des obligations déclaratives incombant aux employeurs suspectés de recourir à des entreprises éphémères

Cet article, inséré en première lecture au Sénat, vise à renforcer les obligations déclaratives des entreprises dites « éphémères », qui organisent leur insolvabilité afin de ne pas s'acquitter de leurs créances envers les organismes de recouvrement.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé : le renforcement des obligations déclaratives des entreprises dites « éphémères » afin de lutter contre la fraude.

L'article 8 duodecies, introduit par un amendement de Nathalie Goulet et de plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, a été adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement.

Il renforce les obligations déclaratives incombant aux entreprises « éphémères », lorsqu'il existe des **présomptions graves et concordantes** qu'un dirigeant de personne morale « a contrevenu, contrevient ou va contrevénir » à ses obligations vis-à-vis des administrations, des organismes de sécurité sociale, de ses salariés.

Ces présomptions graves et concordantes sont définies selon la technique dite du **faisceau d'indices**, lorsqu'un employeur « dirige ou dirigeait une personne morale réunissant au moins trois des conditions suivantes :

« 1° Elle a été créée depuis moins de douze mois ;

« 2° Elle a mis fin à son activité moins de six mois après sa création ;

« 3° Elle utilise ou utilisait les services d'une entreprise de domiciliation au sens de l'article L. 123-11-2 du code de commerce ;

« 4° Son siège est ou était situé hors d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

« 5° Elle comptait plus de dix associés ou salariés dès le premier mois suivant sa création ou plus de vingt dès le deuxième mois.

« En cas de retard injustifié dans l'accomplissement d'une formalité déclarative relevant du premier alinéa du présent article, d'omission de données devant y figurer, d'inexactitude des données déclarées ou d'absence de correction dans le cas prévu au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-3-1 du présent code, il est fait application des deux derniers alinéas de l'article L. 133-5-4 du même code. »

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de **supprimer cet article**, qui semblait **difficilement applicable**, d'une part, compte tenu de la largesse des critères susceptibles de caractériser l'existence de présomption graves et concordantes d'un manquement passé, présent ou futur, d'autre part, au regard du fait que les nouvelles obligations déclaratives incombant à l'employeur sont difficiles à identifier.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend **la suppression de cet article**.

III - La position de la commission

Si la commission des affaires sociales partage l'objectif de lutte contre la fraude, elle constate néanmoins que la rédaction de l'article 8 *duodecies* est très générale, et qu'elle comporte en conséquence un **risque d'inconstitutionnalité**.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 8 terdecies (supprimé)

Communication à l'ensemble des organismes de sécurité sociale et aux services de l'état civil de la décision de suspension d'une pension de retraite consécutive à l'absence de justification de l'existence du retraité concerné

Cet article, inséré en première lecture au Sénat, vise à permettre la communication aux organismes de sécurité sociale et aux services de l'état civil de la décision de suspension d'une pension de retraite versée à l'étranger.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé : prévoir la communication de la décision de suspension du versement d'une pension de retraite, faute pour le bénéficiaire vivant à l'étranger d'avoir rapporté la preuve de son existence

A. Le droit existant : le versement d'une pension de retraite des régimes obligatoires de la sécurité sociale à l'étranger est conditionné à l'obligation de produire annuellement un justificatif d'existence

Comme il a été écrit précédemment, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) verse chaque année **3,8 milliards d'euros de pensions de retraite à des retraités vivant à l'étranger.**

Les bénéficiaires d'une pension de vieillesse d'un régime de retraite obligatoire résidant à l'étranger ont l'obligation de fournir au moins une fois par an à leur caisse de retraite un justificatif d'existence. À défaut, ils encourent la suspension du versement de leur pension de retraite.

B. Le dispositif proposé : la communication de la décision de suspension du versement à l'ensemble des organismes de sécurité sociale et à l'état civil

L'article 8 terdecies, introduit par un amendement de Nathalie Goulet et de plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, a été adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement.

Il a pour objet de compléter l'article L. 161-24-2 du code de la sécurité sociale, qui dispose que « la suspension du versement de la pension de retraite dans le cas où le bénéficiaire ne justifie pas de son existence ne peut avoir lieu qu'à l'expiration d'un délai fixé par décret », par un alinéa précisant que « la décision de suspension est communiquée à l'ensemble des organismes de la sécurité sociale ainsi qu'aux services de l'état civil ».

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de **supprimer cet article**.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend **la suppression de cet article**.

III - La position de la commission

Si la commission des affaires sociales partage l'objectif de lutte contre la fraude, les conséquences de cet article peuvent sembler excessives pour les personnes résidant à l'étranger en cas d'erreur ou d'incapacité matérielle à rapporter la preuve de leur existence.

La commission propose en conséquence de maintenir la suppression de cet article.

Article 8 quaterdecies (supprimé)

Suppression de la possibilité pour les entreprises de se voir délivrer une attestation de paiement des cotisations lorsqu'elles contestent leur montant par recours contentieux

Cet article, inséré en première lecture au Sénat, vise à empêcher la délivrance d'attestation de vigilance lorsque les redevables contestent le montant des cotisations qui leur sont réclamées par la voie contentieuse.

La commission propose de maintenir la suppression cet article.

I - Le dispositif proposé : empêcher la délivrance d'une attestation de vigilance en cas de dette de cotisations litigieuse.

A. Le droit existant : les attestations de vigilance sont un prérequis à la conclusion de contrats de travail, de prestations de services ou encore la passation de marchés publics

Dans le dessein de **prévenir le travail dissimulé**, les maîtres d'ouvrage ou donneurs d'ordre doivent régulièrement s'assurer que leurs co-contractants sont à jour de leurs obligations de déclaration et de paiement des cotisations auprès des organismes de recouvrement.

Tout employeur qui acquitte ses cotisations et respecte les échéances d'un plan d'apurement se voit ainsi délivrer une **attestation de vigilance** par l'organisme de recouvrement dont il dépend. Cette attestation constitue

également un préalable obligatoire pour la passation d'un marché public, d'un contrat de travail ou encore d'une prestation de service. Elle n'est cependant pas délivrée aux personnes qui contestent leur verbalisation pour travail dissimulé.

B. Le dispositif proposé : supprimer la possibilité de délivrance d'une attestation de vigilance pour les redevables qui ne se seraient pas acquittés de cotisations dont ils contestent le montant par recours.

L'article 8 *quaterdecies*, introduit par un amendement de Michel Canévet et de plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, a été adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement.

Il a pour objet de modifier l'article L. 243-15 du code de la sécurité sociale, afin de ne plus permettre la délivrance d'attestations de vigilance aux personnes qui contestent le montant des cotisations restant dues par recours contentieux.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de **supprimer cet article**.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend **la suppression de cet article**.

III - La position de la commission

Si la commission des affaires sociales partage l'objectif de lutte contre la fraude, il apparaît que les dispositions de cet article comportent un **risque d'inconventionnalité** en ce qu'elles seraient susceptibles de porter atteinte au **droit au recours effectif**. Elles entraîneraient également des conséquences manifestement excessives pour des cotisants de bonne foi qui contestent le montant des cotisations appelées par les organismes de recouvrement.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 8 quindecies (supprimé)

Suspension des délais de prescription des procédures de recouvrement de cotisations pendant la procédure de dialogue et de conciliation

Cet article, inséré en première lecture au Sénat, vise à suspendre les délais de prescription des procédures de recouvrement de cotisations pendant la procédure de dialogue et de conciliation entre les institutions des États membres de l'Union européenne.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article afin de déplacer ses dispositions à l'article 8 bis.

I - Le dispositif proposé : suspendre les délais de prescription des procédures de recouvrement des cotisations pendant la période de dialogue et de conciliation

L'article 8 quindecies résulte d'un amendement de Nathalie Goulet et de plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, adopté en première lecture par le Sénat avec un avis favorable de la commission et du Gouvernement, qui vise à suspendre les délais de prescription des procédures de recouvrement de cotisations pendant la procédure de dialogue et de conciliation.

Conformément au principe de l'unicité de la législation applicable, posé par l'article 13 du règlement CEE n° 1408/71 portant coordination des régimes de sécurité sociale des États membres, un travailleur ne peut être soumis qu'à la législation sociale d'un seul État membre.

La procédure de dialogue et de conciliation entre institutions est prévue à l'article 76 du règlement CE n° 883/2004 du 29 avril 2004. Elle vise à résoudre les différends entre les institutions des États membres, portant sur la validité des documents pour attester de la situation d'une personne, ainsi que sur la détermination de la législation applicable aux travailleurs concernés.

En l'état actuel du droit, le recours à cette procédure ne suspend pas les délais de prescriptions applicables au recouvrement des cotisations.

L'article 8 quindecies prévoit que les délais de prescription des cotisations et contributions sociales, de l'action civile en recouvrement ainsi que de l'action en exécution d'une contrainte devenue exécutoire soient suspendus lors de la procédure de dialogue et de conciliation.

Son I rétablit l'article L. 244-12 du code de la sécurité sociale qui le prévoit désormais pour le régime général. Son II introduit un nouvel article L. 725-7-1 dans le code rural et de la pêche maritime, pour étendre cette suspension au régime agricole.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a **adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.**

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale a **supprimé cet article pour en déplacer ses dispositions à l'article 8 bis**, où, pour plus de lisibilité, sont désormais regroupées diverses dispositions visant à lutter contre la fraude.

III - La position de la commission

La commission est favorable au déplacement des dispositions de cet article à l'article 8 bis.

Sous le bénéfice de ces observations, la commission propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 9

Clauses de sauvegarde des médicaments et dispositifs médicaux

Cet article vise à préciser l'assiette, les modalités de liquidation, d'appel et de recouvrement des clauses de sauvegarde des médicaments et des dispositifs médicaux. Il fixe, pour l'année 2025, les seuils de déclenchement de ces deux clauses. Enfin, il porte diverses mesures applicables au calcul et à la répartition de la clause de sauvegarde due au titre de la même année.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Réformée en 2024, la clause de sauvegarde est progressivement devenue un outil de régulation budgétaire de premier plan

1. Conçue comme un outil de régulation de dernier recours, la clause de sauvegarde a été profondément réformée en 2024

Depuis sa création par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 1999¹, la clause de sauvegarde a été conçue comme une **corde de rappel budgétaire**, destinée à permettre le respect de l'Ondam dans le cas où les outils de régulation infra-annuelle et microéconomique du secteur

¹ Article 31 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

ne permettraient pas de respecter le niveau de dépenses d'assurance maladie prévues.

Le dispositif a, depuis, subi de **nombreuses modifications**. La LFSS pour 2019¹ lui a donné sa forme actuelle, en substituant aux « *taux Lv* » et « *taux Lh* », qui visaient respectivement à maîtriser l'évolution des dépenses de ville et des dépenses hospitalières, un unique « *montant M* » visant le chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises du secteur. La LFSS pour 2024² a, de son côté, profondément réformé l'assiette, les modalités de liquidation et d'appel de la clause de sauvegarde à compter du 1^{er} janvier 2026.

a) La clause de sauvegarde est conçue comme une corde de rappel budgétaire

(1) La clause de sauvegarde des médicaments

• Depuis la LFSS pour 2019, **la clause de sauvegarde des médicaments se déclenche lorsque l'activité du secteur dépasse le seuil déterminé**, c'est-à-dire lorsque le chiffre d'affaires réalisé au cours d'une année civile par l'ensemble des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques est supérieur au montant M fixé annuellement en LFSS. Dans ce cas, l'ensemble de ces entreprises est assujéti à une contribution, affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)³.

La définition, chaque année, d'un montant M a vocation à **inciter, collectivement et individuellement, les entreprises du secteur à maintenir leur chiffre d'affaires en-deçà de ce seuil** : la clause de sauvegarde constitue en principe un outil de régulation de dernier ressort, déclenché dans le seul cas où les outils de régulation infra-annuelle (remises, baisses de prix négociées avec le CEPS) n'ont pas suffi à maintenir les dépenses de médicaments à un niveau susceptible d'assurer le respect de l'Ondam voté.

• Lorsque le chiffre d'affaires minoré des remises excède toutefois le montant M, un **barème progressif** lui est alors appliqué :

- la part inférieure à 1,005 fois le montant M est soumise à un taux de prélèvement de 50 % ;

- la part comprise entre 1,005 et 1,01 fois le montant M à un taux de 60 % ;

- la part supérieure à 1,01 fois le montant M, enfin, est soumise à un taux de 70 %.

¹ Article 21 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

² Article 28 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

³ Article L. 138-16 du code de la sécurité sociale.

Les **modalités de répartition de la contribution** ainsi liquidée ont été révisées à compter de la clause de sauvegarde pour 2023¹. Désormais, la contribution est répartie :

- à concurrence de 70 %, au prorata de leur chiffre d'affaires – part dite « activité » ;

- à concurrence de 30 %, en fonction de la progression de leur chiffre d'affaires par rapport à l'année précédente – part dite « croissance »².

• Des **règles de plafonnement et d'abattement** peuvent, enfin, conduire à moduler la contribution due par chaque entreprise.

D'une part, le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut, en principe, excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre des médicaments concernés réalisé en France métropolitaine et dans les départements, régions et collectivités d'outre-mer concernés³.

D'autre part, un **mécanisme d'abattement** est prévu par le code de la sécurité sociale. Les entreprises qui ont conclu avec le CEPS une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la contribution est due, portant sur 90 % au moins du chiffre d'affaires de l'année, peuvent signer un accord prévoyant le versement de l'ensemble ou d'une partie de la contribution sous forme de remises. Lorsque ce versement est égal ou supérieur à 95 % du montant de la contribution due, l'entreprise est exonérée de cette dernière.

Ce taux peut être abaissé entre 80 % et 95 % lorsque l'entreprise a, par convention avec le CEPS, consenti une baisse du prix net d'une ou plusieurs spécialités qu'elle exploite⁴ :

- 90 % lorsque les économies générées sont inférieures ou égales à 0,70 % du chiffre d'affaires ;

- 85 % lorsqu'elles sont comprises entre 0,70 % et 3 % du chiffre d'affaires ;

- 80 % lorsqu'elles sont supérieures à 3 % du chiffre d'affaires⁵.

• L'assiette de la clause de sauvegarde a été **progressivement élargie** pour comprendre l'ensemble des médicaments pris en charge, entièrement ou partiellement, par l'assurance maladie.

Celle-ci correspond au **chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile** en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique,

¹ Article 18 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

² Article L. 138-12 du code de la sécurité sociale.

³ Ibid.

⁴ Article L. 138-13 du code de la sécurité sociale.

⁵ Arrêté du 31 janvier 2022 fixant le barème prévu à l'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale.

à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation, l'importation ou la distribution parallèle de spécialités pharmaceutiques¹.

Sont pris en compte pour le calcul du chiffre d'affaires les médicaments :

- dispensés en ville et inscrits au remboursement² ;
- inscrits sur la liste de rétrocession et pouvant, en conséquence, être rétrocédés par des pharmacies à usage intérieur à des patients³ ;
- pris en charge en sus de la tarification à l'activité hospitalière et relevant de la « *liste en sus* » pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)⁴ ou de soins de suite de réadaptation (SSR)⁵ ;
- bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle⁶ ou d'une autorisation d'importation parallèle⁷ ;
- bénéficiant du régime dérogatoire de prise en charge à l'issue de la période d'accès précoce⁸ ;
- ceux pris en charge au titre de l'accès direct⁹.

Depuis la LFSS pour 2023, sont également intégrés à l'assiette les médicaments **acquis par Santé publique France** pour faire face aux menaces sanitaires graves ou aux défaillances du marché¹⁰. La LFSS pour 2024 a, toutefois, exclu les médicaments acquis par Santé publique France et indiqués dans le traitement de la covid-19, dont la liste est fixée par arrêté, de l'assiette de la contribution due au titre de la même année¹¹.

Le chiffre d'affaires, ainsi calculé, est **minoré du montant des remises conventionnelles** consenties par les exploitants au moment de la négociation avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) du prix de leurs spécialités ou postérieurement. L'assiette de la clause de sauvegarde des médicaments ne comprend ainsi que la part des ventes du secteur pharmaceutique ayant, *in fine*, donné lieu à une prise en charge totale ou partielle de l'assurance maladie¹².

¹ Article L. 138-10 du code de la sécurité sociale.

² Premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

³ Deuxième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale.

⁶ Articles L. 5121-12 et 5121-12-1 du code de la sécurité sociale.

⁷ Article L. 5124-13 du code de la sécurité sociale.

⁸ Article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale.

⁹ Article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

¹⁰ Article L. 1413-4 du code de la santé publique.

¹¹ IV de l'article 28 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

¹² Article L. 138-11 du code de la sécurité sociale.

• La procédure de déclaration et de recouvrement de la clause de sauvegarde a été **réformée par la LFSS pour 2023**¹ et prévoit que :

- les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un Urssaf la déclaration permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année avant le 1^{er} avril de l'année $n+1$;

- avant le 15 juillet de l'année $n+1$, le CEPS communique à l'Urssaf les éventuelles différences identifiées avec les données dont il dispose et, à l'Acoss, le montant des remises négociées pour chaque entreprise redevable ;

- l'Urssaf communique sans délai aux entreprises une éventuelle différence signalée par le CEPS, celles-ci disposant d'un délai de 15 jours pour rectifier leur déclaration ;

- l'Urssaf notifie au plus tard le 1^{er} octobre de l'année $n+1$, à chaque entreprise, le montant de la contribution dont elle est redevable ;

- les entreprises concernées doivent verser la contribution, au plus tard, le 1^{er} novembre de l'année $n+1$.

Pour fiabiliser la procédure et inciter les entreprises à respecter le calendrier prévu, la LFSS pour 2023 a également instauré une **sanction en cas de retard de déclaration**. Ainsi, lorsque l'entreprise redevable méconnaît le délai de déclaration ou de rectification, l'Urssaf met à sa charge une majoration forfaitaire pour déclaration tardive, affectée à la Cnam, égale à 0,05 % du chiffre d'affaires hors taxes total déclaré par période de 15 jours de retard, sans pouvoir être inférieure à 2 000 ni excéder 100 000 euros².

(2) La clause de sauvegarde des dispositifs médicaux

Plus récente, la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux a été créée par la LFSS pour 2020³. Sur le modèle de la clause relative aux médicaments, elle met à la charge des exploitants de dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) une contribution, dès lors que le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile, minoré des remises conventionnelles, est supérieur à un montant Z déterminé chaque année en LFSS⁴.

• **L'assiette de cette contribution est toutefois réduit** : elle ne concerne que les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie et distribués en établissement de santé au titre de la liste en sus⁵ ainsi que, depuis 2022, ceux pris en charge à titre transitoire⁶. En sont donc exclus les dispositifs médicaux :

¹ Article 18 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 précitée.

² Article 138-15 du code de la sécurité sociale.

³ Article 23 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

⁴ Article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article L. 165-1-5 du code de la sécurité sociale.

- dispensés par un distributeur détaillant – pharmacien d’officine, opticien, audioprothésiste, prestataire de santé ;

- pris en charge en établissement de santé au sein des groupements homogènes de séjour (GHS) de la tarification à l’activité.

• En outre, **l’assiette de la clause et les règles de calcul de la contribution diffèrent** de celles traditionnellement retenues pour les médicaments.

Le seuil de déclenchement de la clause des dispositifs médicaux repose non sur le chiffre d’affaires du secteur, mais sur le **montant remboursé par l’assurance maladie**. Ce n’est que lorsque ce montant remboursé est supérieur au montant Z, fixé annuellement en LFSS, que la contribution est mise à la charge des exploitants.

Dans ce cas, celle-ci est **égale à 90 % de la différence** entre le montant remboursé par l’assurance maladie, minoré des remises, et le montant Z.

La contribution due par chaque exploitant est déterminée au **prorata du montant remboursé par l’assurance maladie** au titre des produits et prestations qu’il exploite. Elle ne peut excéder 10 % de ce montant remboursé¹.

• Enfin, la **procédure d’appel** et le **calendrier de recouvrement** diffèrent également, dans la mesure où la liquidation de la contribution repose sur des éléments connus de l’assurance maladie et des établissements de santé.

La Cnam et l’Agence technique de l’information sur l’hospitalisation (ATIH) sont chargées de transmettre directement à l’Urssaf Caisse nationale les montants remboursés, le CEPS de transmettre les montants des remises². Comme pour les médicaments et depuis la LFSS pour 2024, la contribution doit être versée au plus tard le 1^{er} novembre de l’année $n+1$ ³.

b) La LFSS pour 2024 a réformé la clause de sauvegarde des médicaments

La clause de sauvegarde des médicaments a été **profondément réformée par la LFSS pour 2024**⁴, qui a visé à simplifier la procédure de liquidation et d’appel de la clause en la rapprochant de celle applicable aux dispositifs médicaux. Cette réforme doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2026 et s’appliquera, en conséquence, à la contribution due par les entreprises au titre de l’année 2025.

• Cette réforme modifie, d’abord, l’assiette de la clause pour asseoir celle-ci non plus sur le chiffre d’affaires des entreprises, mais sur le **montant remboursé par l’assurance maladie** aux assurés sociaux au cours de l’année

¹ Article L. 138-19-10 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 138-19-9 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 138-19-12 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article 28 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

civile, minoré des remises consenties par les entreprises, des marges des distributeurs, des honoraires de dispensation et des taxes en vigueur¹.

Elle révisé, en conséquence, la **règle de calcul de la contribution** en prévoyant que celle-ci sera égale, désormais, à 90 % de la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie et le montant M.

La contribution demeure, en revanche, **répartie entre les entreprises assujetties**, à concurrence de 70 %, au prorata du montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments qu'elles exploitent, importent ou distribuent et, à concurrence de 30 %, en fonction de la progression de ce montant remboursé par rapport à l'année précédente.

Enfin, le **plafond de la contribution** due par chaque entreprise est également adapté à la nouvelle assiette. Celui-ci ne s'élèvera plus à 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes, mais à 12 % du montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que l'entreprise exploite, importe ou distribue².

• La LFSS pour 2024 a, en conséquence, revu les **modalités de liquidation et d'appel de la clause**.

Désormais, il n'appartiendra plus à chaque entreprise de déclarer son chiffre d'affaires, mais à la Cnam, à l'ATIH et à Santé publique France de transmettre à l'Urssaf Caisse nationale, avant le 15 juillet de l'année $n+1$ et selon des modalités prévues par décret, les montants totaux remboursés par l'assurance maladie pour chaque entreprise. Le CEPS demeure, lui, chargé de transmettre à l'Urssaf Caisse nationale, pour la même date, les montants des remises prises en compte pour les entreprises redevables³.

L'Urssaf Caisse nationale devra communiquer sans délai aux entreprises redevables la liste des médicaments pris en compte dans le calcul du montant remboursé.

La réforme a, enfin, laissé inchangées :

- la date à laquelle l'Urssaf doit notifier à chaque entreprise le montant de la contribution dont elle est redevable, fixée au 1^{er} octobre de l'année $n+1$;
- la date à laquelle la contribution doit être intégralement versée par chaque entreprise redevable, fixée au 1^{er} novembre de l'année $n+1$.

Le Gouvernement a défendu cette réforme en indiquant que celle-ci visait à **alléger les contraintes déclaratives des entreprises** et résoudre les difficultés de liquidation et de recouvrement observées ces dernières années⁴. Les règles actuelles faisant dépendre le calcul de la clause des

¹ Article L. 138-10 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la LFSS pour 2024.

² Article L. 138-12 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la LFSS pour 2024.

³ Article L. 138-15 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la LFSS pour 2024.

⁴ Annexe n° 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi » jointe au PLFSS pour 2024, p. 114.

déclarations transmises par les entreprises, chaque erreur ou retard individuel est, en effet, susceptible de ralentir la procédure collective de liquidation.

2. Dans un contexte de fort dynamisme des dépenses de médicaments, le rendement de la clause a très fortement augmenté

Malgré l'effectivité des outils microéconomiques de régulation et du fait du dynamisme des dépenses, la clause de sauvegarde a été presque systématiquement déclenchée ces dix dernières années, et son rendement a fortement crû. En conséquence, le Gouvernement a cherché à stabiliser ce dernier.

a) Le dynamisme des dépenses et l'insuffisance des outils de régulation

- Portées par le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et une grappe d'innovations récentes, les **ventes de médicaments ont connu une croissance soutenue ces dernières années.**

D'après le CEPS, le chiffre d'affaires global hors taxes des médicaments remboursables s'est ainsi établi, en 2022, à **33,4 milliards d'euros**. En hausse de près de 10 % par rapport à 2021¹, ce montant marque une accélération sensible du dynamisme des dépenses.

Une telle tendance apparaît dans les deux principales catégories de dépenses :

- les **médicaments délivrés en pharmacies d'officine**, dont les ventes progressent de 9,7 % entre 2021 et 2022 pour atteindre 23,2 milliards d'euros, portées notamment par la commercialisation en ville de molécules innovantes à un prix élevé² ;

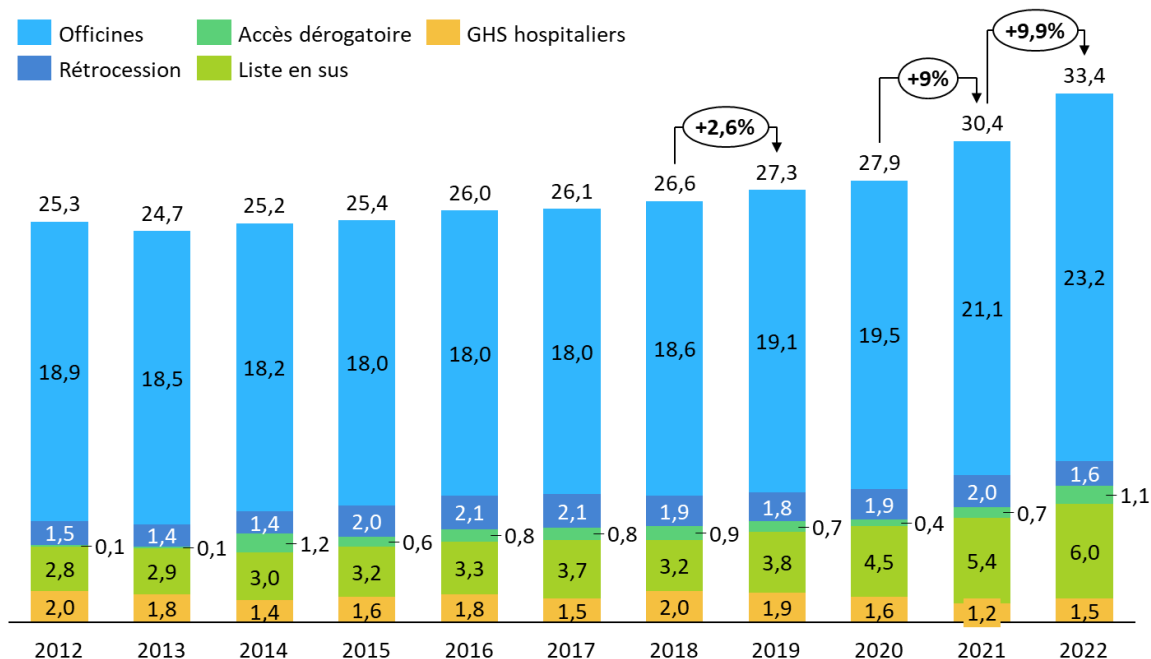
- les **médicaments figurant sur la « liste en sus » hospitalière**, réunissant les molécules les plus onéreuses financées indépendamment des GHS et de la tarification à l'activité, dont les ventes ont augmenté de 12,3 % sur la même période, portées notamment par la progression d'anticancéreux innovants.

¹ Comité économique des produits de santé, Rapport d'activité 2022, janvier 2024, p. 71.

² Le CEPS décompose, chaque année, l'évolution observée des ventes en ville en trois effets distincts : l'effet prix correspondant à l'évolution des prix unitaires, l'effet boîtes correspondant à l'évolution du nombre de boîtes vendues et l'effet structure reflétant, le cas échéant, le déport des ventes vers les spécialités les plus onéreuses. L'effet structure explique l'essentiel de la progression des ventes en ville observée depuis 2018.

Ventes de médicaments remboursables (2012-2022)

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données publiées par le CEPS (2024)

Dans un périmètre différent, incluant les médicaments rétrocédés comme les remises conventionnelles consenties par les industriels à l'assurance maladie, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) des ministères sociaux fait état d'une **augmentation de la consommation de médicaments en ambulatoire de 5,3 % entre 2021 et 2022**. Cette progression, constatée pour la deuxième année consécutive, contraste avec une baisse presque continue observée entre 2014 et 2020¹.

- **Deux principaux outils de régulation microéconomique** permettent au CEPS de maîtriser l'augmentation des dépenses de l'assurance maladie, sans toutefois suffire à contenir le dynamisme observé ces dernières années.

D'une part, le comité procède à des **campagnes de baisse de prix** sur des produits d'ores et déjà inscrits au remboursement, selon des critères fixés par le code de la sécurité sociale² – ancienneté de l'inscription, prix net des médicaments à même visée thérapeutique, etc. – ou dans certaines situations prévues par l'accord-cadre conclu avec Les Entreprises du médicament (Leem)³.

¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Les dépenses de santé en 2022. Résultats des comptes de la santé, 2023, p. 88.

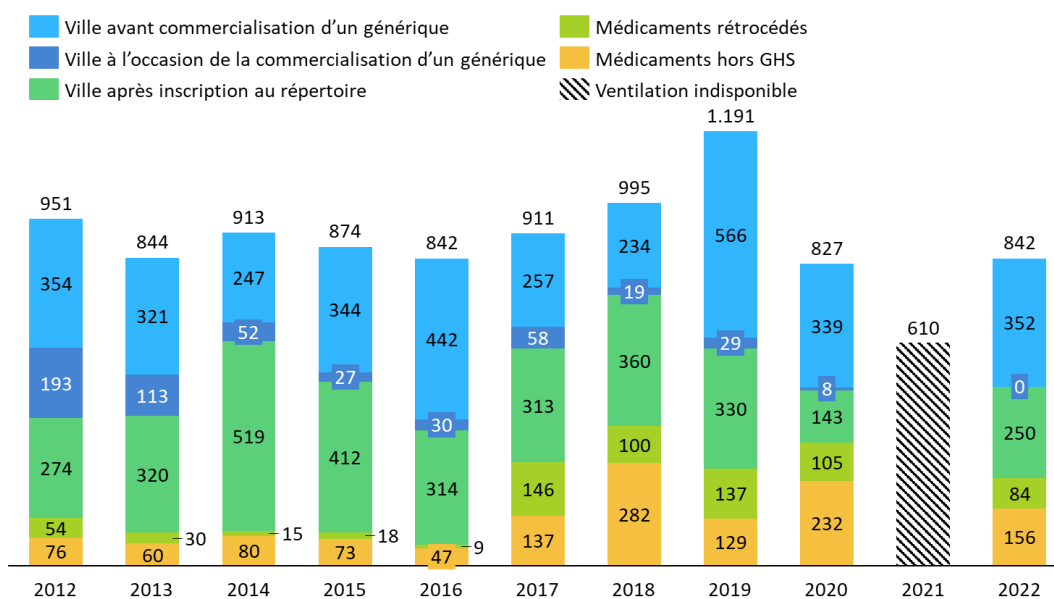
² Article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale.

³ Accord-cadre du 5 mars 2021 entre le Comité économique des produits de santé et Les Entreprises du médicament (Leem).

Les économies attendues des baisses de prix sont, chaque année, précisées dans les annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et s'élèvent à plusieurs centaines de millions d'euros. D'après le CEPS, ces baisses de prix se sont traduites, en 2022, par près de 842 millions d'euros d'économies.

Économies permises par les baisses de prix (2012-2022)

(en millions d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données publiées par le CEPS (2024)

D'autre part, le CEPS négocie avec les entreprises des **remises**, remboursées par l'exploitant à l'assurance maladie sans venir pour autant réduire le prix facial affiché. Deux principaux types de remises peuvent être distingués :

- les **remises dites « produits »**¹, qui peuvent être subordonnées à la réalisation d'une ou plusieurs conditions – accord prix/volume, plafonnement de la dépense totale, etc. – ou, au contraire, inconditionnelles – remises « à la première boîte » ;

- les **remises associées aux procédures d'accès dérogatoires** : autorisations d'accès précoce² ou d'accès compassionnel³.

Soutenu, notamment, par l'arrivée sur le marché de thérapies innovantes et onéreuses, le montant des remises a très fortement crû ces dernières années : entre 2012 et 2022, celui des remises « produits » aurait, d'après les données publiées par le CEPS, été multiplié par plus de douze.

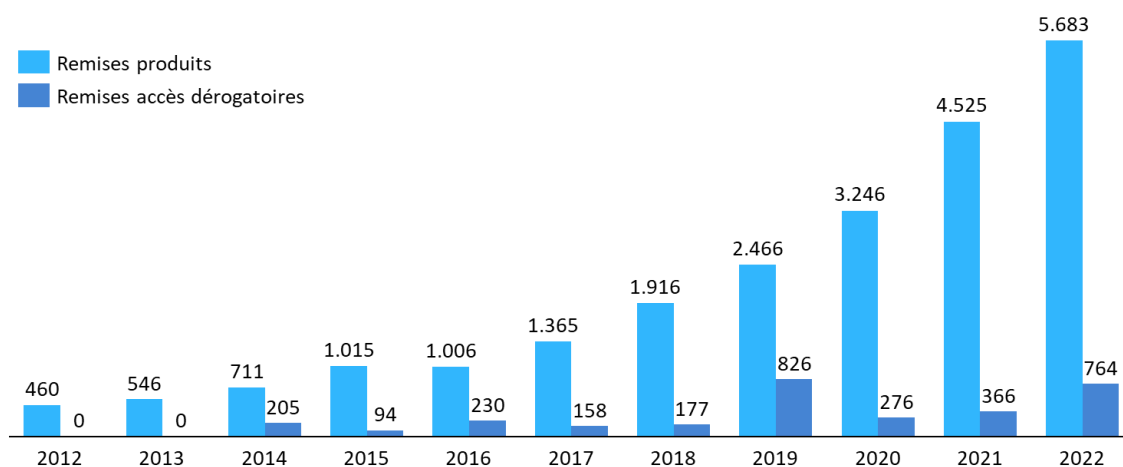
¹ Article L. 162-18 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale.

Remises « produits » et « accès dérogatoires » brutes facturées (2012-2022)

(en millions d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données publiées par le CEPS (2024)

Malgré leur efficacité, ces outils de régulation apparaissent **insuffisants pour maîtriser la croissance importante des dépenses de médicaments** constatée ces dernières années.

Dans l'annexe au PLFSS déposé relative à l'Ondam, le Gouvernement fait état d'une **nette accélération de la progression des dépenses d'assurance maladie relatives aux produits de santé depuis 2019**. Ainsi, le taux de croissance annuel moyen des dépenses suivies s'est établi :

- pour la période 2010-2019, à 1,5 % : 0,6 % pour les médicaments et 4,4 % pour les dispositifs médicaux ;

- pour la période 2019-2023, hors covid-19, à 2,8 % : 2,1 % pour les médicaments et 3,7 % pour les dispositifs médicaux.

Le Gouvernement estime que les dépenses brutes, avant application des recettes atténuatives – remises et clause de sauvegarde – et des mesures d'économies, pourraient croître en 2025 de 9,5 % pour les médicaments et de 4,4 % pour les dispositifs médicaux¹.

b) L'augmentation du rendement de la clause de sauvegarde

• Sous l'effet du dynamisme des dépenses de médicaments et du fait de l'insuffisance des mécanismes de régulation microéconomique, la clause de sauvegarde, pourtant conçue comme une corde de rappel budgétaire, a agi ces dernières années en **véritable dispositif fiscal**, au rendement comparable à celui des outils de régulation traditionnellement mobilisés par le CEPS.

À l'exception de l'année 2020, la clause a, en effet, **systématiquement été déclenchée ces dernières années**. Depuis 2022, le Gouvernement tient d'ailleurs compte de cette évolution en **anticipant, désormais, un**

¹ Annexe n° 5 « Ondam et dépenses de santé » jointe au PLFSS pour 2025, p. 35.

déclenchement du dispositif et en estimant, en conséquence, un rendement attendu dans les annexes jointes aux PLFSS déposés¹.

Surtout, **le produit de la clause de sauvegarde a très fortement augmenté ces dernières années**. Alors qu'il demeurait, depuis 2015, inférieur à 200 millions d'euros, il s'est établi à 671 millions d'euros pour 2021 et 1,2 milliard d'euros pour 2022, d'après le CEPS².

Le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2023 soulignait l'importance prise par le dispositif, en indiquant que celui-ci suffit à **ramener le taux de croissance annuel moyen des dépenses de produits de santé, pour la période 2019-2022, de 3,4 % à 2,5 %**³.

• La LFSS pour 2024 a cherché à **maîtriser cette croissance du rendement de la clause de sauvegarde**.

Pour ce faire, elle a, d'une part, révisé à la hausse le montant M pour 2023, réduisant de 120 millions d'euros la recette attendue au titre de la même année pour la maintenir à 1,6 milliard d'euros⁴. Cette révision avait pour contrepartie un engagement des industriels sur des objectifs renforcés de baisse de prix et de maîtrise des volumes de vente⁵.

La même loi a, d'autre part, fixé le montant M pour 2024 à 26,4 milliards d'euros, de manière à contenir le rendement de la clause de sauvegarde due au titre de l'année 2024 au même montant de 1,6 milliard d'euros⁶.

Ce niveau de rendement stabilisé demeure **supérieur de 32 % à celui observé en 2022 et de 138 % à celui observé en 2021**.

¹ *Évaluations préalables annexées aux PLFSS pour 2022, 2023, 2024 et 2025.*

² *Rapport d'activité 2022 du CEPS, p. 66.*

³ *Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale. Résultats 2022. Prévisions 2023 et 2024, septembre 2023, p. 73.*

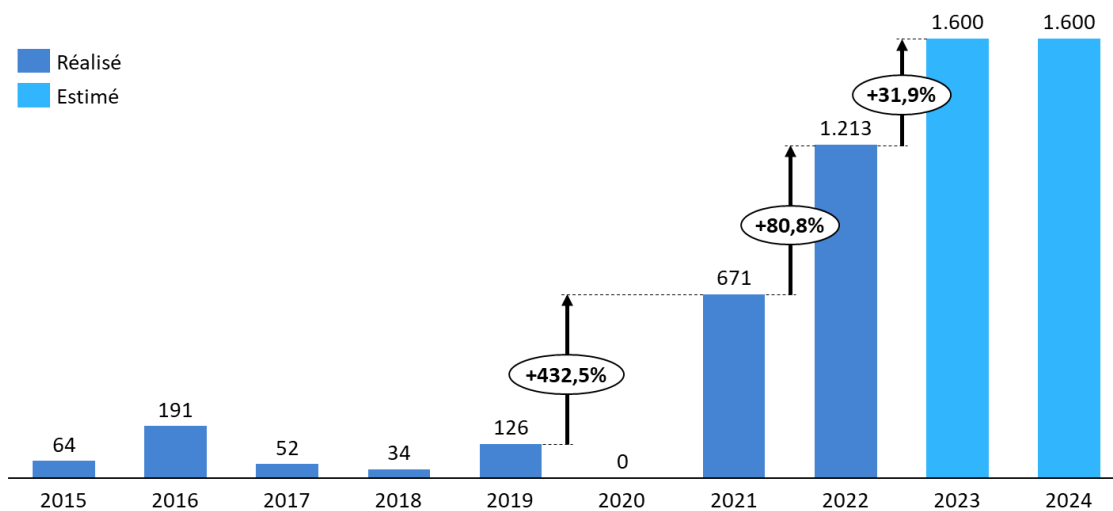
⁴ *Article 4 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.*

⁵ *Annexe n° 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi » jointe au PLFSS pour 2024, p. 6.*

⁶ *Article 28 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.*

Produit de la clause de sauvegarde des médicaments après abattements

(en millions d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, sur la base de données publiées par le CEPS (2024)

B. L'article 9 vise à préciser les modalités de liquidation, d'appel et de recouvrement de la clause de sauvegarde et à stabiliser son rendement

L'article 9 porte, d'abord, diverses mesures destinées à préciser l'assiette, les modalités de liquidation, d'appel et de recouvrement des clauses de sauvegarde. Il fixe, ensuite, les seuils de déclenchement M et Z pour 2025. Il prévoit, enfin, trois mesures transitoires destinées à permettre le calcul de la clause de sauvegarde des médicaments pour 2025.

1. Mesures précisant l'assiette des clauses de sauvegarde

L'article 9 précise, d'abord, plusieurs règles entourant l'assiette des clauses de sauvegarde des médicaments et dispositifs médicaux.

- Le **a) du 1° du I** exclut, d'abord, de l'assiette de la clause de sauvegarde des médicaments l'écart rétrocession indemnisable¹ et l'écart médicament indemnisable². Ces deux dispositifs permettent de récompenser les établissements de santé qui parviennent à négocier des spécialités inscrites sur la liste de rétrocession ou la liste en sus à un prix inférieur au tarif de responsabilité négocié, au niveau national, par le CEPS. Dans ce cas, l'assurance maladie rembourse à l'établissement une part de l'écart constaté, fixée par arrêté à 50 %³.

Ces mécanismes permettent, en conséquence, d'intéresser les établissements négociateurs tout en limitant le sur-remboursement consenti par l'assurance maladie. La possibilité, pour les entreprises, de déduire

¹ Défini au III de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale.

² Défini au III de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale.

³ Arrêté du 12 février 2015 fixant la fraction d'écart médicament indemnisable en rétrocession mentionnée au II de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale.

ces montants de l'assiette de la clause de sauvegarde constitue une incitation supplémentaire à la négociation.

- Le **b) du 1° du I** complète, par ailleurs, la liste des médicaments pris en compte pour le calcul du montant remboursé par l'assurance maladie en modifiant l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la LFSS pour 2024.

Il remplace ainsi, d'abord, la référence aux médicaments « inscrits » sur les listes des spécialités remboursables aux assurés sociaux définies à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, par une référence aux médicaments « *pris en charge ou remboursés au titre de leur inscription* » sur ces listes.

Il précise, par ailleurs, que l'assiette comprend les médicaments inscrits, pour certaines de leurs indications seulement, sur les listes en sus de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)¹ comme de soins de suite et de réadaptation (SSR)².

Enfin, il ajoute à la liste prévue par l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale modifié :

- les médicaments, ou les indications, pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre du dispositif dit « AMM miroir »³ ;

- les médicaments prescrits en dehors des indications couvertes par leur autorisation de mise sur le marché et pris en charge « hors AMM »⁴.

Le **1° du I** entrerait en vigueur le 1^{er} janvier 2026, avec la réforme de la clause de sauvegarde des médicaments portée par la LFSS pour 2024.

- Les **6° et 7° du I**, enfin, modifient les articles L. 138-19-8 et L. 138-19-9 du code de la sécurité sociale pour exclure la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) de l'assiette de calcul de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux.

Selon l'évaluation préalable du présent article, « *cette clarification est d'autant plus nécessaire que le taux de TVA est variable selon les modalités d'inscription des dispositifs médicaux (5,5 % ou 20 %) »⁵.*

2. Mesures précisant les modalités de liquidation

L'article 9 apporte, par ailleurs, des précisions relatives aux modalités de liquidation de la clause de sauvegarde des médicaments.

- Le **a) du 2° du I** réécrit, d'abord, le III de l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale.

¹ Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 162-18-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 5121-12-1-2 du code de la santé publique.

⁵ Annexe 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi », p. 63.

Il précise que, lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie, au titre des médicaments commercialisés par une entreprise, minoré des marges, honoraires de dispensation et taxes exclus de l'assiette de la clause de sauvegarde, est inférieur à celui des remises consenties par cette même entreprise, le montant de la contribution due par cette dernière au titre de la clause de sauvegarde est nul.

Selon l'évaluation préalable du présent article, de telles contributions négatives peuvent survenir « *dans de très rares cas [...], par exemple lorsqu'une spécialité a un faible taux de prise en charge et un montant important de remises conventionnelles* »¹.

- Le **b) du 2° du I** complète, par ailleurs, le même article L. 138-12 par deux paragraphes.

Le premier précise que, lorsqu'une entreprise cesse l'exploitation d'une spécialité et la transfère à une autre entreprise, la date d'entrée en vigueur de l'arrêté déterminant le changement d'exploitant publié au *Journal officiel* est retenue comme date de référence pour le calcul des montants remboursés par l'assurance maladie imputés à chaque entreprise.

Le second paragraphe reprend le plafonnement de la contribution à 12 % du montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments de chaque entreprise, auparavant porté par le III de l'article L. 138-12.

- Le **2° du I** entrerait en vigueur le 1^{er} janvier 2026, et serait applicable à la liquidation de la contribution due pour 2025.

3. Mesures relatives à la procédure d'appel et de recouvrement

- Le **3° du I de l'article 9** complète l'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale pour prévoir que le CEPS notifie à chaque entreprise le montant de la remise exonératoire dont elle est redevable, dans le délai prévu au II de l'article L. 138-15, soit au plus tard le 1^{er} octobre de l'année $n+1$.

- Le **a) du 4° du I** modifie l'article L. 138-15 du code de la sécurité sociale pour :

- avancer du 15 juillet au 15 juin de l'année $n+1$ la date à laquelle la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), l'Agence technique de l'information sur les hospitalisations (ATIH) et l'Agence nationale de santé publique (ANSP) doivent communiquer à l'Acoss le montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments de chaque entreprise ;

- reculer du 15 au 31 juillet de l'année $n+1$ la date à laquelle le CEPS doit communiquer à l'Acoss le montant des remises consenties par chaque entreprise redevable ;

¹ Ibid.

- préciser que les entreprises concernées sont réputées avoir accepté la liste des médicaments pris en compte dans le calcul de la clause de sauvegarde, en l'absence de demande de rectification de leur part dans un délai de vingt jours à compter de sa communication « *sans délai* » par l'Acoss.

• Le **b) du 4° du I** réécrit le IV de l'article L. 138-15, rendu obsolète par la réforme de la procédure d'appel et de liquidation de la clause de sauvegarde portée par la LFSS pour 2024.

Il propose, ainsi, de substituer aux dispositions prévoyant une majoration forfaitaire mise à la charge des entreprises méconnaissant les délais de déclaration, des dispositions prévoyant que, lorsque la communication du montant total remboursé par la Cnam, l'ATIF et l'ANSP ne peut être réalisée pour le 15 juin du fait d'un défaut ou d'une absence de transmission des données :

- la date à laquelle les URSSAF notifient à chaque entreprise le montant de la contribution dont elle est redevable, fixée au 1^{er} octobre de l'année $n+1$, est retardée à due concurrence ;

- la date à laquelle chaque entreprise redevable verse intégralement la contribution due, fixée au 1^{er} novembre de l'année $n+1$, est reportée un mois après cette dernière notification.

• Les **3° et 4° du I** entreraient en vigueur le 1^{er} janvier 2026, avec la réforme de la clause de sauvegarde portée par la LFSS pour 2024. Ils seraient applicables à l'appel et au recouvrement de la contribution due pour 2025.

4. Abrogation des dispositions relatives à l'hépatite C

Le **5° du I de l'article 9** abroge, en outre, les dispositions du code de la sécurité sociale relatives à la contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments dédiés au traitement de l'hépatite C, portées par les articles L. 138-19-1 à L. 138-19-7 du code de la sécurité sociale.

Instaurées par la LFSS pour 2015 suite à l'entrée sur le marché de traitements innovants et onéreux contre le virus de l'hépatite C¹, ces dispositions demeureraient inutilisées depuis 2018².

5. Fixation des montants M et Z pour 2025

De manière habituelle, l'article 9 du PLFSS fixe, pour l'année 2025, les seuils de déclenchement des clauses de sauvegarde des médicaments et des dispositifs médicaux.

Le **II de l'article** fixe, ainsi, le montant Z pour 2025 à 2,27 milliards d'euros. Ce montant est inférieur à celui fixé pour 2024, qui s'établissait à 2,31 milliards d'euros. Cette diminution s'explique, toutefois, par l'exclusion de la TVA de l'assiette de la clause de sauvegarde. Selon

¹ Article 3 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

² L'article 30 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 fixait encore, en application de ces dispositions, un « montant W » à 600 millions d'euros.

l'évaluation préalable de l'article, il résulte de l'application d'un taux de progression des dépenses concernées de 4,1 %, après exclusion de la TVA.

Le **III de l'article** fixe, pour 2025, le montant M à 23,3 milliards d'euros. Ce montant est inférieur à celui fixé pour 2024, qui s'établissait à 26,4 milliards d'euros. Cette diminution s'explique, toutefois, par la réforme de l'assiette de la clause de sauvegarde des médicaments, portée par la LFSS pour 2024 et applicable à compter de l'année 2025.

Selon l'évaluation préalable, le montant M pour 2025, exprimé en chiffre d'affaires, se serait établi à 27,89 milliards d'euros. Il permettrait, en conséquence, une progression de 5,6 % des dépenses. Le Gouvernement indique viser ainsi une « *stabilisation des rendements de la clause de sauvegarde par rapport aux déclenchements attendus pour les années 2023 et 2024* »¹.

6. Mesures transitoires relatives à la clause de sauvegarde des médicaments pour 2025

Enfin, le **IV de l'article 9** porte diverses mesures transitoires destinées à permettre l'entrée en vigueur de la réforme de l'assiette de la clause de sauvegarde des médicaments et la liquidation de la contribution due au titre de l'année 2025.

- Le 1^o **du IV** précise, d'abord, les modalités de calcul de la part « croissance » de la clause de sauvegarde pour 2025, afin de tenir compte de l'intégration progressive des médicaments acquis par Santé publique France dans l'assiette de la clause. En effet, la loi avait exclu, pour 2024, les médicaments indiqués dans le traitement de la covid-19 de l'assiette de la clause de sauvegarde². Cette exclusion risquerait de majorer artificiellement, en 2025, la part de la clause de sauvegarde calculée en fonction de la progression observée du montant remboursé. Afin de neutraliser cet effet, l'article 9 prévoit d'imputer sur l'année 2024 les montants relatifs au périmètre retenu en 2025.

- Le 2^o **du IV** vise, lorsque les montants remboursés par l'assurance maladie au titre des médicaments en accès compassionnel dispensés en rétrocession pour l'année 2024 ne sont pas connus, à leur substituer les montants remboursés pour l'année 2025. En conséquence, la part « croissance » de la clause de sauvegarde due au titre de l'année 2025 sera nulle pour ces médicaments.

L'évaluation préalable indique qu'il demeure pour ces médicaments, en 2024, « *des codes prestations non affinés regroupant plusieurs spécialités ou présentations différentes* », qui ne permettront pas d'associer un montant remboursé à une entreprise. Elle affirme, en revanche, que « *pour le 1^{er} janvier*

¹ Annexe 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi », p. 64.

² IV de l'article 28 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

2025, l'ensemble des médicaments en accès compassionnels sera remboursé avec un code UCD ce qui fournira l'information de l'exploitant »¹.

- Le 3° du IV, enfin, propose d'exclure de l'assiette de la clause de sauvegarde les spécialités en importation dans le cadre de ruptures et de tensions d'approvisionnement dispensées en rétrocession pour lesquelles aucun code de suivi individuel n'a été créé par l'assurance maladie.

Ces médicaments présentent, d'après l'évaluation préalable, des difficultés similaires d'encodage.

Les dispositions du IV entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2026, pour le calcul de la clause de sauvegarde due au titre de l'année 2025.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

1. Le texte transmis au Sénat

Le Gouvernement a transmis au Sénat cet article modifié par huit amendements rédactionnels du rapporteur général et un amendement rédactionnel du Gouvernement, adoptés par l'Assemblée nationale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

Le Gouvernement a transmis au Sénat cet article ainsi modifié.

2. Les modifications adoptées par le Sénat

Le Sénat a adopté quatre amendements et deux sous-amendements à l'article 9 en première lecture.

- Dans la mesure où l'exclusion de la TVA de l'assiette de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux n'était que partiellement compensée par une baisse du montant Z pour l'année 2024², le Sénat a, d'abord, adopté un **amendement n° 1367 du Gouvernement** réduisant de 2,27 à 2,25 milliards d'euros le montant Z pour 2025.

- Le Sénat a, par ailleurs, adopté un **amendement n° 128 de la commission des affaires sociales** visant à reporter d'un an la date d'entrée en vigueur de la réforme de l'assiette de la clause de sauvegarde des médicaments portée par la LFSS pour 2024 et à fixer, en conséquence, le montant M pour 2025 à 27,89 milliards d'euros.

La commission a souligné, en effet, que cette réforme devrait avoir des **conséquences importantes sur la répartition de la contribution** entre les entreprises assujetties, demeurant insuffisamment documentées et aggravant, en conséquence, le caractère imprévisible de la clause de sauvegarde.

¹ Annexe 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi », p. 62.

² Voir, à ce sujet, le commentaire de l'article 2 bis du présent PLFSS.

Le Sénat a également adopté un **sous-amendement n° 1 378 du Gouvernement** portant trois principales mesures. L'amendement fixe, d'abord, le montant M pour 2025, désormais exprimé en chiffre d'affaires, à 27,85 milliards d'euros. Il insère, ensuite, des dispositions visant à tenir compte d'un dynamisme plus important qu'escompté des dépenses de médicaments en 2024 et 2025, en subordonnant le plafonnement de la clause de sauvegarde pour 2025 à 1,6 milliard d'euros à la négociation de mesures d'économies permettant de respecter les prévisions sous-jacentes au présent PLFSS. Enfin, le sous-amendement vise à permettre l'application en 2025 de deux mesures transitoires relatives, d'une part, à la prise en compte des achats par Santé publique France dans le calcul de la part croissance et, d'autre part, au plafonnement de la contribution à 10 % du chiffre d'affaires de chaque entreprise réduit des remises consenties.

- Le Sénat a, en outre, adopté un **amendement n° 129 de la commission** visant à plafonner, pour 2025, la clause de sauvegarde pouvant peser sur les médicaments génériques, les spécialités de référence soumises à un tarif forfaitaire de responsabilité et les spécialités de référence matures et peu onéreuses, dont le prix de vente est inférieur à un seuil fixé par décret, à 2 % du chiffre d'affaires réalisé par chaque entreprise au titre de ces médicaments. L'amendement prévoit que ce plafonnement ne peut pas avoir pour effet de diminuer le montant total de la clause, les réductions induites étant réparties entre les entreprises au prorata de la contribution due par elles au titre des autres spécialités.

Un **sous-amendement n° 1 377** du Gouvernement, adopté par le Sénat, renforce le plafond proposé par la commission en fixant celui-ci à 1,75 % du chiffre d'affaires réalisé au titre des spécialités visées. Il précise également que les spécialités de référence peu onéreuses concernées devront appartenir à des classes thérapeutiques définies par décret.

- Enfin, le Sénat a adopté un **amendement n° 76 d'Alain Milon** excluant entièrement et de manière pérenne de la clause de sauvegarde, à compter de 2026, les spécialités génériques et les spécialités de référence soumises à un tarif forfaitaire de responsabilité ou dont le prix de vente est identique à celui des génériques. Cet amendement avait reçu des avis défavorables de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'adopter cet article dans sa **rédaction issue du Sénat**, sous réserve de corrections rédactionnelles et de **deux modifications** visant, d'une part, à revenir sur l'amendement n° 76 adopté par le Sénat et, d'autre part, à porter à 2,26 milliards d'euros le montant Z pour 2025.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend les modifications adoptées par la CMP à l'exception de certains ajustements rédactionnels.

III - La position de la commission

La commission a **favorablement accueilli** les dispositions de l'article 9, reprenant les principaux apports du Sénat.

Elle juge, en particulier, **indispensables les dispositions visant à plafonner la clause de sauvegarde** assise sur les médicaments génériques ou peu onéreux, qui permettent à l'assurance maladie de réaliser d'importantes économies et concentrent une part importante des difficultés d'approvisionnement observées.

Le report d'un an de la réforme de l'assiette de la clause de sauvegarde des médicaments apparaît également nécessaire, compte tenu des **nombreuses incertitudes entourant encore ses effets redistributifs**, exprimées lors des auditions. À cet égard, la commission souligne depuis plusieurs années que la clause de sauvegarde, devenue un outil de régulation des dépenses de premier plan, doit mieux tenir compte des impératifs de sécurisation de l'approvisionnement en médicaments, de protection de la santé publique et de souveraineté industrielle.

Enfin, la commission réitère ses inquiétudes sur le **rendement excessif de la clause de sauvegarde des médicaments** et le **manque de prévisibilité** de ce dispositif pour les entreprises assujetties.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 9 bis A

**Réduction de l'assiette de la contribution sociale de solidarité
pour les répartiteurs pharmaceutiques**

Cet article vise à réduire l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés due par les grossistes-répartiteurs, en n'intégrant que la partie du prix de vente de chaque unité vendue aux officines inférieure à 2 500 euros augmentés de la marge maximale que ces entreprises sont autorisées à percevoir.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Essentielle à la distribution des médicaments et la gestion des pénuries, la répartition pharmaceutique apparaît pourtant souffrir d'une situation économique précaire

1. Le rôle des grossistes-répartiteurs

• Les **grossistes-répartiteurs** sont chargés de la distribution en gros des médicaments aux pharmacies d'officine.

La répartition pharmaceutique constitue la **principale voie de distribution des médicaments au réseau officinal** : en 2022, d'après la Chambre syndicale de la répartition pharmaceutique (CSRP), les grossistes-répartiteurs assuraient la distribution de 71 % du volume et de 83 % de la valeur des médicaments remboursables aux pharmacies d'officine¹.

• Depuis la loi « Médicaments » de 2011², les grossistes-répartiteurs sont soumis à **plusieurs obligations de service public** contraignant leur activité. Ils doivent notamment :

- participer, sur leur territoire de répartition, à un système d'astreinte en dehors des jours d'ouverture habituels ;

- disposer d'un assortiment de médicaments comportant au moins neuf dixièmes des présentations de spécialités pharmaceutiques effectivement commercialisées en France ;

- livrer toute commande sous 24 heures dans leur territoire de répartition³.

¹ Chambre syndicale de la répartition pharmaceutique, citée par le rapport n° 828 (2022-2023) de la commission d'enquête sénatoriale sur la pénurie de médicaments, « Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède », tome I, déposé le 4 juillet 2023, p. 183.

² Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

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

Les grossistes-répartiteurs ne sont autorisés à exporter des médicaments que s'ils ont rempli leurs obligations de service public¹. Selon l'Autorité de la concurrence, le coût de ces obligations est indéniable mais difficile à estimer avec précision².

- La **qualité du service rendu par les grossistes-répartiteurs** a plusieurs fois été soulignée ces dernières années.

L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) observait ainsi, en 2014 : « *Les grossistes-répartiteurs jouent un rôle important pour limiter les effets des ruptures. En effet, selon la CSRP, ils reçoivent livraison de 85 % des commandes adressées aux laboratoires mais parviennent à satisfaire 95 % de celles que leur adressent les officines.* »³

La commission d'enquête sénatoriale sur la pénurie de médicaments a également relevé, en 2023, que « *la qualité du service assuré par les grossistes-répartiteurs est unanimement considérée comme élevée, le taux de service s'élevant à 99,5 % lorsque les stocks sont disponibles dans les établissements pharmaceutiques, selon les chiffres communiqués par la CSRP* »⁴.

2. La situation économique précaire de la répartition pharmaceutique

- Plusieurs nombreux travaux ont toutefois, ces dernières années, fait état d'une **nette dégradation de la situation économique des entreprises concernées** : un avis de l'Autorité de la concurrence de 2013⁵, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) de 2014⁶ et un rapport de la Cour des comptes de 2017⁷ ont tous relevé la détérioration économique du secteur.

En 2019, l'Autorité de la concurrence renouvelait ce constat, soulignant que « *si le chiffre d'affaires cumulé de ces acteurs reste relativement stable, leurs résultats, marges et rentabilités ne cessent de diminuer et de se dégrader* »⁸.

- Si des **mesures de soutien au secteur** ont été prises ces dernières années, celles-ci apparaissent encore **insuffisantes**.

¹ Article L. 5124-17-3 du code de la santé publique.

² Avis de l'Autorité de la concurrence n° 19-A-08 du 4 avril 2019 relatif aux secteurs de la distribution du médicament en ville et de la biologie médicale privée, p. 227.

³ Igas, La distribution en gros du médicament en ville, juin 2014, p. 26.

⁴ Rapport n° 828 (2022-2023) « Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède », tome I, déposé le 4 juillet 2023, p. 183.

⁵ Avis de l'Autorité de la concurrence n° 13-A-24 du 19 décembre 2013 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur de la distribution du médicament à usage humain en ville.

⁶ Igas, La distribution en gros du médicament en ville, juin 2014.

⁷ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017.

⁸ Avis de l'Autorité de la concurrence n° 19-A-08 précité, p. 228.

La **marge des grossistes-répartiteurs** a été redéfinie par un arrêté de septembre 2020¹. Depuis le 1^{er} février 2021, celle-ci correspond à un taux fixe de 6,93 % appliqué à la part du prix fabricant hors taxes (PFHT) d'un médicament allant jusqu'à 468,97 euros, cette marge ne pouvant être inférieure à 0,30 euro ni supérieure à 32,50 euros.

Le taux de la première part de la **taxe sur les ventes en gros de médicaments remboursables**, assise sur le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) réalisé par l'entreprise, a également été abaissé de 1,75 % à 1,5 % par la LFSS pour 2022². Cette taxe s'applique au CAHT réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières, calculé en ne tenant compte que de la partie du prix de vente hors taxes inférieure à 150 euros augmentés de la marge maximale des grossistes-répartiteurs³.

La CSRP souligne le caractère inadapté de cette taxe, assise sur le chiffre d'affaires des entreprises sans tenir compte de leur résultat, et la « *fragilité économique* » persistante du secteur⁴.

B. Le dispositif proposé : une réduction de l'assiette de la C3S au bénéfice des grossistes-répartiteurs

L'article 9 bis A, adopté par le Sénat en première lecture, vise à tenir compte des difficultés économiques rencontrées par les entreprises de la répartition en **réduisant la part de leur chiffre d'affaires soumise à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)**.

Cette contribution, affectée à la branche vieillesse, est due annuellement par les entreprises sur la part de leur chiffre d'affaires excédant un abattement légal de 19 millions d'euros, à laquelle est appliqué un taux de 0,16 %⁵. Le rendement de la contribution s'élevait, en 2023, à 4,8 milliards d'euros⁶. Pour la répartition pharmaceutique, l'article L. 137-33 du code de la sécurité sociale exclut de l'assiette de la C3S le chiffre d'affaires retenu pour asséoir la taxe sur les ventes en gros de médicaments remboursables.

Afin d'alléger encore le poids de la C3S sur les entreprises de répartition pharmaceutique, l'article 9 bis A complète ces dispositions pour n'inclure dans l'assiette de la C3S que la partie du prix de vente hors taxes de chaque unité vendue aux officines **inférieure à un montant de 2 500 euros**, augmenté de la marge maximale que les grossistes-répartiteurs sont autorisés à percevoir sur cette somme. Le chiffre d'affaires pris en compte pour la détermination de la taxe sur les ventes en gros de médicaments remboursables

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

² Article 5 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

³ Article L. 138-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ CSRP, L'essentiel. Magazine annuel de la CSRP, 2024, p. 7.

⁵ Article L. 137-2 du code de la sécurité sociale.

⁶ Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024, p. 49.

- soit la partie du prix de vente inférieure à 150 euros augmentés de la marge maximale – demeurerait également exclu de l’assiette de la C3S.

II – Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d’adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat, sous réserve de rectifications rédactionnelles.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l’Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l’Assemblée nationale en nouvelle lecture, le Gouvernement a retenu, d’une part, l’amendement n° 647 du rapporteur général, Thibault Bazin, reprenant les rectifications rédactionnelles proposées par la commission mixte paritaire et, d’autre part, un amendement gouvernemental n° 982 visant à supprimer le gage financier de l’article.

III – La position de la commission

La commission a favorablement accueilli les dispositions de l’article 9 bis A. Elle juge souhaitable le maintien de cet article, adopté par le Sénat et inclus dans le compromis proposé par la commission mixte paritaire. Celui-ci contribuera à améliorer la situation économique de la répartition pharmaceutique, dont la précarité a été plusieurs fois soulignée ces dernières années.

La commission propose d’adopter cet article sans modification.

Article 9 bis B (supprimé)

Améliorer l’information du Parlement sur les dépenses de produits de santé lors de l’examen du PLFSS

Le texte considéré comme adopté par l’Assemblée nationale supprime l’article 9 bis B, en conséquence d’un amendement n° 542 du rapporteur général Thibault Bazin, et le déplace en troisième partie à l’article 19 quater. En conséquence, les dispositions qu’il portait sont commentées dans le présent rapport au même article.

Article 9 bis C (supprimé)

Suppression de l'exonération de TVA visant les importations de prothèses dentaires par les dentistes ou prothésistes dentaires

Cet article, inséré en première lecture par le Sénat, vise à supprimer l'exonération de taxe sur la valeur ajoutée dont bénéficient les prothèses dentaires importées par les dentistes ou les prothésistes dentaires.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé

- Les **prothèses dentaires fabriquées sur commande préalable d'un praticien bénéficient d'une exonération de taxe sur la valeur ajoutée (TVA).**

Tel est le cas, d'abord, des **prothèses dentaires importées**. Alors que le code général des impôts soumet les importations de biens à la TVA, il exonère de cette taxe les prothèses dentaires importées par les dentistes ou prothésistes dentaires¹. Le bulletin officiel des finances publiques précise que, pour bénéficier de cette exonération, les dentistes ou prothésistes dentaires doivent pouvoir justifier que les biens importés ont été fabriqués sur commande préalable d'un praticien à partir d'une prise d'empreinte qu'il a effectuée, ou de spécifications techniques qu'il a établies².

Le code général des impôts exonère également de la TVA l'ensemble des soins dispensés aux personnes par les membres des professions médicales et paramédicales réglementées, ainsi que les **fournitures de prothèses dentaires par les dentistes et les prothésistes**³. Le bulletin officiel des finances publiques indique que cette exonération est soumise à des conditions proches de celles applicables aux importations : la prothèse doit être fabriquée pour l'usage exclusif d'un patient déterminé, et réalisée sur commande d'un praticien prescripteur⁴.

- **L'article 9 bis C**, issu d'un amendement n° 505 de Pauline Martin et plusieurs de ses collègues adopté en première lecture par le Sénat malgré les avis défavorables formulés par la commission des affaires sociales et le Gouvernement, vise à abroger les dispositions du code général des impôts exonérant de la TVA les prothèses dentaires importées.

L'objectif affiché par les auteurs de l'amendement est de contribuer au maintien du tissu industriel de santé français et de rétablir une concurrence

¹ Article 291 du code général des impôts.

² BOI-TVA-CHAMP-30-40.

³ Article 261 du code général des impôts.

⁴ BOI-TVA-CHAMP-30-10-20-10.

équitable entre producteurs français et internationaux, dans un contexte où l'importation de prothèses dentaires « *augmente de façon inquiétante* »¹.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de **supprimer cet article**.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, le Gouvernement a retenu un amendement n° 678 du rapporteur général, visant à supprimer l'article 9 bis C.

III - La position de la commission

La commission juge souhaitable de favoriser les productions française et européenne de prothèses dentaires et de valoriser le savoir-faire des prothésistes travaillant en étroite collaboration avec les praticiens. Toutefois, elle a relevé que les conséquences de la mesure portée par cet article demeureraient, pour l'heure, **insuffisamment documentées**.

Elle relève, d'abord, qu'une exonération de TVA vise plus généralement la fourniture de prothèses dentaires en France, dans des conditions proches de celle applicable aux importations. Il ne paraît pas évident, dès lors, que cette dernière exonération entraîne une distorsion de concurrence avantageant les productions étrangères.

La commission souligne, surtout, qu'une abrogation de l'exonération de TVA dont bénéficient les importations de prothèses risquerait de renchérir ces dispositifs et, partant, d'augmenter les coûts induits pour l'assurance maladie, les organismes complémentaires d'assurance maladie ou les patients. La réduction du reste à charge en matière de prothèses dentaires a pourtant constitué l'un des objectifs principaux de la réforme du 100 % santé, que la commission a soutenue ces dernières années.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

¹ Objet de l'amendement n° 505 au présent PLFSS, déposé par Pauline Martin et plusieurs de ses collègues et adopté par le Sénat.

Article 9 bis

Réforme de la contribution sur les boissons à sucres ajoutés

Cet article, inséré à l'Assemblée nationale par un amendement de Cyrille Isaac-Sibille et plusieurs de ses collègues du groupe Les Démocrates, vise à renforcer la fiscalité sur les boissons sucrées en adaptant le barème actuel de la taxe fixé par l'article 1613 ter du code général des impôts.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. La contribution sur les boissons sucrées : une efficacité limitée, un consensus pour la réformer

La France a été précurseur en instaurant dès 2012 une contribution sur les boissons sucrées. Si elle a été réformée en 2018 pour lui conférer un caractère progressif et donc, plus incitatif, les évaluations conduites par divers experts démontrent toutefois qu'elle produit des effets limités.

1. Une taxe peu incitative au format complexe

a) Un format complexe et peu lisible

• L'article 1613 ter du code général des impôts prévoit **la perception d'une contribution sur les boissons** et les préparations liquides pour boissons destinées à la consommation humaine **contenant des sucres ajoutés**, c'est-à-dire celles dans lesquelles la présence de sucres résulte d'une adjonction intentionnelle lors du processus de fabrication.

Cette contribution a été instituée par l'article 27 de la loi de finances initiale (LFI) pour 2012. Son montant a été fixé à 7,31 euros par hectolitre, indépendamment de la teneur en sucres ajoutés contenu dans la boisson. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a modifié le barème de cette taxe en le corrélant au taux de sucre ajouté contenu dans la boisson¹. **Le barème fixé par cette loi, désormais progressif, se décompose en 15 tranches fiscales.** Il est reproduit ci-après.

Au-delà de 15 kilogrammes de sucres ajoutés par hectolitre, pour chaque kilogramme supplémentaire, le montant est majoré de 2,21 euros par hectolitre de boisson. Les boissons contenant moins d'un demi-kilogramme de sucres ajoutés par hectolitre ne sont pas soumises à la contribution.

À l'inverse de celle sur les produits du tabac ou de l'alcool, la fiscalité sur les boissons non alcooliques n'est pas encadrée par le droit européen ; ses règles relèvent donc uniquement de la législation nationale.

¹ Article 19 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Tarif de la contribution sur les boissons contenant des sucres ajoutés

Quantité de sucre (en kg de sucres ajoutés par hl de boisson)	Tarif applicable (en euros par hl de boisson)
Inférieure ou égale à 1	3,17
2	3,7
3	4,22
4	4,74
5	5,8
6	6,86
7	7,91
8	10,02
9	12,13
10	14,23
11	16,34
12	18,45
13	20,56
14	22,67
15	24,78

- Les boissons concernées par cette contribution sont les suivantes :
 - les colas, boissons aux fruits, limonades, limes, tonics ;
 - les boissons à base de lait (notamment le lait aromatisé ou chocolaté), de cacao, de café, de thé ou de sirops ;
 - les boissons à base de soja, de céréales, de graines ou de fruits à coque, y compris lorsque ces boissons sont présentées comme des substituts de lait ;
 - les préparations toniques susceptibles d'être consommées sans être diluées, lorsqu'elles ne constituent pas des médicaments ;
 - les jus de fruits ou de légumes dilués.

En revanche, sont exclus du champ de la contribution le lait, la crème de lait et les yaourts à boire, les sirops et les fruits ou légumes mixés de type smoothies lorsqu'ils ne sont pas mélangés à des jus.

b) Un effet peu incitatif

• Si l'on considère que la taxe sur les boissons à sucres ajoutés poursuit un objectif comportemental, ses impacts doivent être évalués de deux points de vue : l'évolution du prix des produits ciblés, dont la hausse devrait décourager leur achat par les consommateurs ; la transformation de la composition des produits par les industriels, compte tenu de leur intérêt à bénéficier d'un niveau de taxation plus faible.

L'impact de la contribution sur les boissons à sucres ajoutés a fait l'objet d'une évaluation, dans son format issu de la révision opérée en 2018, par une équipe de recherche interdisciplinaire sous le patronage de l'École

des hautes études en santé publique (EHESP)¹. Celle-ci conclut à des pratiques hétérogènes de la part des fabricants et à un nombre de reformulations limité, témoignant d'un faible impact de la taxe. Le rapport constate finalement « une faible baisse des achats de sucres en provenance de boissons existantes ciblées par la taxe, notamment en comparaison aux effets bien plus importants documentés au Royaume-Uni ».

• **Au Royaume-Uni, la contribution sur les boissons sucrées a eu un effet substantiellement plus important que celui constaté en France.** Cette taxe présente un format relativement simple et lisible : son barème est fixé en deux tranches, avec des différentiels de taxation significatifs d'une tranche à l'autre, créant des effets de seuils importants. Le barème de la taxe britannique ménage en outre une tranche « vierge » pour permettre aux boissons présentant un taux de sucres inférieur à 5 milligrammes par litre d'échapper à la taxation.

L'évaluation de cette taxe démontre qu'après son entrée en vigueur, environ un tiers des marques de boissons à sucres ajoutés ou avec édulcorants ont procédé à des reformulations.

Comparaison des taxes sur les boissons sucrées au Royaume-Uni et en France

	Royaume-Uni (taux de sucres total)	France (taux de sucres ajoutés)
Boissons contenant moins de 50 g de sucres pour 1 litre (soit moins de 5 kg de sucres par hectolitre)	Pas de taxe	De 3,03 € à 4,55 € pour 1 kg à 4 kg de sucres ajoutés par hectolitre
Boissons contenant 50 g à 80 g de sucres pour 1 litre (soit 5 à 8 kg de sucres par hectolitre)	18 pence (0,21 €) par litre 21 € pour 5 à 8 kg de sucres par hectolitre	De 5,56 € à 9,6 € pour 5 à 8 kg de sucres ajoutés par hectolitre
Boissons contenant plus de 80 g de sucres pour 1 litre (soit plus de 8 kg de sucres par hectolitre)	24 pence (0,28 €) par litre 28 € pour plus de 8 kg de sucres par hectolitre	De 11,62 € à 23,74 € pour 9 à 15 kg de sucres ajoutés par hectolitre

Source : Élisabeth Doineau, Cathy Apourceau-Poly, La fiscalité comportementale en santé : stop ou encore ?, rapport d'information n° 638 (2023-2024), mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat, 29 mai 2024

• Par ailleurs, il convient de relever que **le montant des recettes fiscales issues de cette contribution est en croissance constante depuis 2018, ce qui témoigne de l'augmentation continue de la consommation**

¹ Yann Le Bodo, Françoise Jabot, Éric Breton, Fabrice Étilé, Sébastien Lecocq, Christine Boizot-Szantai, Chantal Julia, Marine Friant-Perrot, Soda tax, rapport de recherche sur l'élaboration, la mise en œuvre et les effets de la taxe soda appliquée en France depuis juillet 2018, mai 2024.

de boissons à sucres ajoutés. En 2023, le produit de la contribution sur les boissons à sucres ajoutés s'élevait à **443 millions d'euros**. Il est intégralement affecté à la branche « assurance maladie, invalidité et maternité » du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles (2° de l'article L. 722-8 code rural).

2. Un consensus pour faire évoluer la taxe sur les boissons à sucres ajoutés

Le barème actuel, trop complexe, est également peu lisible pour les industriels, ce qui ne favorise pas leur repositionnement sur le marché. Alors que l'impact recherché réside principalement dans l'incitation des industriels à opérer une reformulation de la composition de leurs produits, le caractère très progressif de la contribution ne les incite que peu à baisser le taux de sucres ajoutés pour limiter l'impact de la taxe.

• **La mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat a récemment conduit des travaux sur la fiscalité comportementale, qui la conduisent à recommander de renforcer la fiscalité appliquée aux boissons à sucres ajoutés¹.** Dans le rapport auquel ces travaux ont donné lieu, la rapporteure générale et Cathy Apourceau-Poly, comparant les effets de la taxe française et ceux de la taxe britannique, relevaient :

« Alors que le format de la taxe française sur les boissons sucrées apparaît complexe et peu incitatif, une fiscalité simplifiée, lisible dans ses objectifs et aisément compréhensible par les acteurs du marché faciliterait donc le repositionnement des industriels. En agissant avec peu de tranches fiscales et des effets de seuil significatifs, les fabricants sont davantage incités à reformuler la composition de leurs produits et les reports d'achats des consommateurs sont plus nets, en raison d'effets marqués sur les prix. »

En conséquence, les rapporteures ont recommandé de réformer le barème de la taxe sur les boissons à sucres ajoutés, en augmentant ses taux et en limitant le nombre de tranches d'imposition, afin de renforcer son efficacité et d'accentuer sa visée comportementale (proposition n° 11).

• De même, les députés Cyrille Isaac-Sibille et Thierry Frappé, à l'occasion des travaux concluant le Printemps social de l'évaluation à l'Assemblée nationale, préconisaient de réformer le dispositif de la contribution sur les boissons à sucres ajoutés en revalorisant son montant et en simplifiant son format, sur le modèle de la taxe britannique².

¹ Elisabeth Doineau, Cathy Apourceau-Poly, La fiscalité comportementale en santé : stop ou encore ? rapport d'information n° 638 (2023-2024), mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat, 29 mai 2024.

² Cyrille Isaac-Sibille, Thierry Frappé, « Les mesures récentes relatives à la « fiscalité comportementale », in Rapport d'information en conclusion des travaux du Printemps social de l'évaluation, n° 1318 (XVI^e législature), commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, 2 juin 2023.

• Enfin, dans une note de juillet 2023, le Conseil des prélèvements obligatoires recommandait de renforcer l'efficacité de la fiscalité sur les boissons à sucres ajoutés en augmentant le barème de la contribution, voire en élargissant son assiette aux boissons à base de soja et aux sirops¹.

B. Une révision de la contribution sur les boissons sucrées qui s'inspire du modèle britannique

1. Un barème fiscal simplifié

Cet article propose de simplifier le barème de la contribution sur les sucres ajoutés en ne conservant que trois tranches au lieu de quinze. Son format s'inspire donc de la taxe en vigueur au Royaume-Uni.

Toutefois, la première tranche fait bien l'objet d'une taxation alors que la taxe britannique préserve une tranche vierge pour permettre aux boissons faiblement sucrées d'échapper à la taxe.

Barème proposé par cet article

Quantité de sucre (en kilogrammes de sucre ajouté par hectolitre de boisson)	Tarif applicable (en euros par hectolitre de boisson)
Inférieure à 5	3,5
Entre 5 et 8	21
Au-delà de 8	28

2. Un barème fiscal revalorisé par rapport au droit actuel

Le barème fiscal proposé constitue une nette revalorisation des taux actuellement en vigueur.

En effet, par rapport au barème fiscal actuel, le premier palier serait à peine en-deçà de la moyenne des tarifs appliqués pour les boissons contenant jusqu'à 5 kilogrammes de sucre ajouté par hectolitre de boisson (cette moyenne équivaut aujourd'hui à 3,79 euros), le second palier correspondrait à un triplement de la moyenne des tarifs appliqués pour les boissons contenant entre 5 et 8 kilogrammes de sucre ajouté par hectolitre de boisson (cette moyenne équivaut aujourd'hui à 7,3 euros) et à une hausse de 60 % du tarif moyen des dernières tranches (qui équivaut actuellement à 17,7 euros en moyenne).

¹ Capucine Grégoire, Pierre Prady, La fiscalité nutritionnelle, Les notes du CPO, n° 5, juillet 2023.

Comparaison du tarif proposé par cet article et du tarif moyen actuel

Quantité de sucre (en kg de sucre ajouté par hl de boisson)	Tarif moyen actuel (en euros par hl de boisson)	Tarif projeté (en euros par hl de boisson)
Inférieure à 5	3,79	3,5
Entre 5 et 8	7,3	21
Au-delà de 8	17,7	28

Cette revalorisation vise d'une part à inciter plus fortement les industriels à baisser le taux de sucres ajoutés dans leurs boissons, d'autre part à produire un effet plus important sur le prix des boissons et donc le comportement des consommateurs. Au global, ce barème devrait à court terme engendrer une augmentation du rendement de la taxe.

Selon le Gouvernement, cet article augmenterait le produit de la taxe sur les boissons sucrées de 150 millions d'euros à comportements inchangés.

Une fiscalité comportementale au service d'objectifs de santé publique

Le surpoids, l'obésité et les diverses maladies chroniques qui leur sont associées telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 2 ou les cancers, représentent un véritable fardeau économique et sanitaire. On estime ainsi que la seule obésité serait responsable de 27 000 décès chaque année en France et présenterait un coût évalué à 9,5 milliards d'euros.

L'OMS recommande la mise en œuvre de taxes sur les boissons sucrées comme un instrument de politique sanitaire. Au cours des dix dernières années, près d'une cinquantaine de pays dans le monde s'est dotée de ce type de taxe, à l'instar de la France. Ce mouvement reflète une adhésion générale à la taxation d'un aliment de faible qualité nutritionnelle et aisément substituable dans le panier des consommateurs.

Loin d'être régressive, la fiscalité comportementale vise au contraire à corriger des inégalités nutritionnelles préexistantes. Ainsi, le programme national nutrition santé (PNNS) de 2019-2023 indique que les individus dont le niveau d'étude équivaut au primaire ou au collège ont une consommation de boissons de type sodas deux fois plus élevée que celle des individus dont le niveau d'étude équivaut au moins à bac + 4 et leur consommation de fruits est 1,5 fois moins élevée. Cet effet de correction des inégalités nutritionnelles qui se reflètent dans le profil socio-économique des individus est également souligné par le Haut Conseil de la santé publique.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

Le Gouvernement a transmis cet article au Sénat en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

Ayant récemment approuvé les conclusions des travaux conduits sur la fiscalité comportementale par la rapporteure générale et Cathy Apourceau-Poly dans le cadre de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss)¹, **la commission soutient le renforcement de la taxation des boissons à sucres ajoutés en l'inscrivant dans une visée comportementale**. À cet égard, elle a proposé trois amendements adoptés par le Sénat.

- Elle a proposé de rehausser le tarif de la première tranche par rapport aux tarifs actuellement appliqués, soit 3,79 euros pour les boissons contenant jusqu'à 5 kilogrammes de sucre ajouté par hectolitre. **L'adoption de l'amendement n° 131 permet ainsi de fixer le montant de la première tranche à 4 euros par hectolitre**, contre 3,5 euros dans la rédaction de l'article issue des travaux de l'Assemblée nationale.

Elle a également proposé d'augmenter le tarif de la dernière tranche qui pèse sur les boissons les plus sucrées et donc, les plus défavorables du point de vue de l'équilibre nutritionnel. Alors que l'augmentation pratiquée par la deuxième tranche du nouveau barème correspond à un triplement de la moyenne des tarifs appliqués pour les boissons contenant entre 5 et 8 kilogrammes de sucre ajouté, la hausse pratiquée par la dernière tranche n'engendre qu'une hausse de 60 % de la moyenne des tarifs actuellement pratiqués pour les boissons contenant plus de 8 kilogrammes de sucre ajouté par hectolitre. **L'amendement n° 132 fixe ainsi le tarif de la dernière tranche à 35 euros par hectolitre de boisson**, pour correspondre à un doublement de la moyenne des tarifs actuels pour les boissons entrant dans cette tranche fiscale.

- La commission a par ailleurs relevé que **la contribution sur les boissons édulcorées n'avait pas été révisée depuis 2012**. Celle-ci a conservé un caractère linéaire, son montant étant fixé forfaitairement à 3,17 euros par hectolitre, sans corrélation avec le taux d'édulcorants contenu dans le produit. Cette contribution ne produit donc aucun effet désincitatif vis-à-vis des industriels ou des consommateurs.

Pourtant, si les édulcorants permettent une réduction de l'apport calorique global, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) considère **qu'il n'existe pas d'élément probant permettant d'encourager, dans le cadre d'une politique**

¹ *Élisabeth Doineau, Cathy Apourceau-Poly, La fiscalité comportementale en santé : stop ou encore ?, rapport d'information n° 638 (2023-2024), mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat, 29 mai 2024.*

de santé publique, la substitution des sucres par des édulcorants intenses. Cet objectif de réduction des apports en sucres doit être atteint par la réduction globale du goût sucré de l'alimentation, et ce dès le plus jeune âge. En outre, d'autres études plus récentes indiquent un lien entre la consommation d'édulcorants de synthèse et un risque accru de cancer.

Par son amendement n° 133, la commission a donc proposé de renforcer la fiscalité sur les boissons édulcorées en instaurant un barème progressif à deux seuils, en substitution au barème actuel fixé à l'article 1613 *quater* du code général des impôts. Le premier seuil, augmenté par rapport au tarif actuellement en vigueur, ne s'applique qu'aux boissons contenant jusqu'à 120 milligrammes d'édulcorants de synthèse par litre ; un second seuil est créé, d'un montant supérieur, qui s'applique aux boissons contenant des édulcorants de synthèse au-delà de cette concentration.

• Enfin, **l'adoption de l'amendement n° 436 rect. de Laurent Duplomb a conduit à supprimer la règle de l'arrondi à l'entier le plus proche** dans le calcul du montant de la taxe sur les boissons à sucres ajoutés. La suppression de cette règle répond à un souci de proportionnalité du montant de la taxe au taux de sucres présents dans chaque boisson.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'adopter cet article modifié par deux amendements, l'un rédactionnel, l'autre visant à **différer la date d'entrée en vigueur du nouveau barème sur les boissons édulcorées au 1^{er} janvier 2026.**

En effet, la mise en œuvre du nouveau barème de la contribution sur les boissons édulcorées nécessite que la quantité d'édulcorants de synthèse dans les boissons soit effectivement et précisément déclarée par les industriels. Or tel n'est pas le cas aujourd'hui. Pour prendre les dispositions utiles et nécessaires à l'application de ce nouveau barème fondé sur la quantité d'édulcorants de synthèse par litre de boisson, la commission mixte paritaire a proposé de différer l'entrée en vigueur de ces dispositions au 1^{er} janvier 2026.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend l'ensemble des modifications proposées par la commission mixte paritaire.

III - La position de la commission

La commission est favorable à cet article correspondant à la version adoptée par le Sénat, modifiée conformément à l'esprit de la commission mixte paritaire.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 9 ter A (supprimé)

Taxation des publicités en faveur des boissons alcooliques à La Réunion

Cet article propose de créer une contribution sur les dépenses de publicité portant sur la promotion d'une boisson alcoolique à La Réunion, dont le produit serait versé à la caisse nationale d'assurance maladie.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé

A. À La Réunion, une consommation d'alcool marquée par des spécificités régionales

1. Des indicateurs de consommation globalement en deçà des données nationales moyennes

Selon Santé publique France, la part des adultes déclarant consommer de l'alcool tous les jours à La Réunion est significativement inférieure à celle constatée en métropole : en 2021, elle s'élevait à 5,1 % dans ce territoire ultra-marin, contre 8 % pour l'ensemble du territoire national.

Par ailleurs, cette proportion apparaît globalement stable depuis 2014 ; elle est même en diminution, en 2021, chez les personnes âgées de 46 ans à 60 ans.

Le taux des alcoolisations ponctuelles importantes enregistrées à La Réunion est également en deçà de la moyenne nationale, bien que très proche : il s'établit à 15,1 % en 2021 chez les adultes, contre 16,5 % pour la moyenne nationale.

2. En revanche, une morbi-mortalité plus élevée à La Réunion

Toutefois, la consommation d'alcool à La Réunion présente des impacts relativement plus néfastes, en termes de santé publique, si on les compare à la moyenne nationale¹ :

- en 2017, 4,6 % des passages annuels dans les services d'urgence hospitaliers étaient en lien direct avec l'alcool à La Réunion, contre 1,4 % pour la France entière, l'intoxication éthylique étant la pathologie la plus fréquemment comptabilisée dans ces passages sur l'île ;
- surtout, **le taux de mortalité des principales pathologies directement liées à la consommation d'alcool chez les hommes y était 40 % supérieur à celui constaté en métropole.**

L'aspect le plus préoccupant réside ainsi dans la forte surmortalité masculine qu'enregistre le territoire, malgré des indicateurs de consommation moyenne qui n'excèdent pas les données nationales.

¹ Santé Publique France, Bulletin de santé publique – alcool à La Réunion, janvier 2020.

L'une des explications de cette spécificité régionale tient aux caractéristiques des alcools consommés, parmi lesquels les spiritueux et notamment, le rhum réunionnais, tiennent une place importante. Ces produits locaux bénéficient en effet d'une fiscalité avantageuse dès lors qu'ils sont fabriqués et vendus sur place. Une autre explication pourrait par ailleurs tenir à « *une forte concentration des consommations dans une frange vulnérable de la population à l'origine de l'importante morbi-mortalité observée* »¹.

B. L'objectif affiché : taxer la publicité pour contribuer à la lutte contre la consommation excessive d'alcool à La Réunion

Le présent article propose de compléter le chapitre V (« Ressources autres que les cotisations ») du titre IV (« Ressources ») du livre II du code de la sécurité sociale (« Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses ») d'une nouvelle section intitulée « Taxation des publicités en faveur de boissons alcooliques », insérée après la section 3 « Cotisation sur les boissons alcooliques ».

Cette section serait composée d'un article unique prévoyant la perception d'une taxe au profit de la caisse nationale d'assurance maladie, assise sur les dépenses de publicité portant sur la promotion d'une boisson alcoolique à La Réunion.

Le II désigne les redevables de cette taxe. Il s'agit des entreprises produisant, important ou distribuant en France des boissons alcooliques et dont le chiffre d'affaires est supérieur ou égal à 2 millions d'euros, hors taxe sur la valeur ajoutée.

Le III précise l'assiette de cette taxe, qui serait assise sur les frais d'achats d'espaces publicitaires, ainsi que les frais d'évènements publics et de manifestations de même nature.

Le IV fixe le taux de la taxe à 1 % du montant hors taxes sur la valeur ajoutée des dépenses.

Le V prévoit que les modalités du recouvrement seront précisées par décret.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

Cet article, introduit au Sénat par un amendement n° 1262 d'Audrey Bélim et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, a été adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement.

Outre ses réserves sur la robustesse juridique du dispositif, la commission a exprimé sa volonté d'œuvrer à un meilleur encadrement de la

¹ *Ibid.*

publicité pour l'alcool et à un renforcement de la prévention de la consommation nocive d'alcool grâce à un plan national ambitieux, sur le modèle du Plan national de lutte contre le tabac (PNLT).

La rapporteure générale et Cathy Apourceau-Poly ont d'ailleurs dénoncé, à l'occasion de leur récent rapport sur la fiscalité comportementale en santé¹, l'absence de réelle politique de lutte contre la consommation nocive d'alcool en France. Soulignant l'influence qu'exercent le marketing et la publicité sur les consommateurs, elles ont notamment formulé les propositions suivantes :

- mieux encadrer la publicité sur l'alcool en l'interdisant sur internet et en renforçant l'arsenal des sanctions applicables ;
- élaborer un programme national de réduction des consommations nocives d'alcool.

Des mesures de prévention adaptées aux spécificités de chaque territoire et s'appuyant sur la mobilisation des acteurs de terrain permettraient également d'agir préventivement auprès de publics-cibles comme les jeunes.

Souscrivant pleinement à l'objectif de prévention de l'alcoolisme, la commission privilégie ces orientations plutôt qu'une taxation des dépenses de publicité pour les boissons alcooliques, dont le bénéfice en termes de santé publique apparaît plus qu'incertain.

La commission soutient l'engagement de tels travaux à l'échelle nationale, et non pour le seul territoire réunionnais, malgré l'existence de spécificités indéniables au regard de la morbi-mortalité constatée sur l'île.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'adopter cet article sans modification.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Suivant l'avis de la commission et celui exprimé par le Gouvernement en séance publique au Sénat, le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture supprime l'article 9 *ter* A. Ce faisant, il fait droit, notamment, à l'amendement n° 680 du rapporteur général Thibault Bazin, déposé en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission

Conformément à sa position initiale, **la commission propose de maintenir la suppression de cet article.**

¹ *Élisabeth Doineau, Cathy Apourceau-Poly, La fiscalité comportementale en santé : stop ou encore ?, rapport d'information n° 638 (2023-2024), mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat, 29 mai 2024.*

Article 9 ter B
Renforcement de la fiscalité sur les jeux

Cet article vise à renforcer la fiscalité sur les jeux d'argent et de hasard et à créer au profit de la caisse nationale d'assurance maladie une contribution assise sur les dépenses publicitaires et promotionnelles relatives à ces jeux. Afin de ne pas fragiliser l'équilibre financier de la filière hippique, il exclut de son périmètre les paris hippiques, physiques et en ligne.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Les jeux d'argent et de hasard : un secteur économique dynamique et des risques addictifs avérés

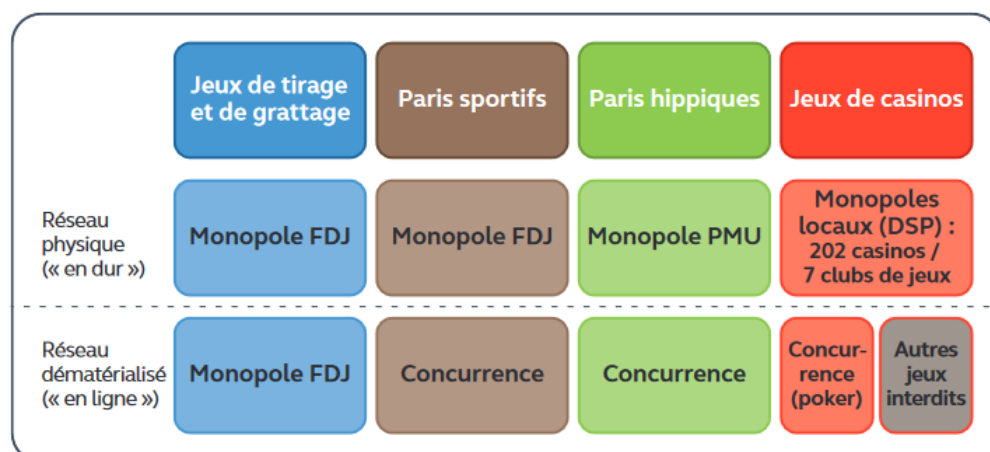
1. L'essor du marché français des jeux d'argent et de hasard

• L'ouverture à la concurrence du marché des jeux en ligne par la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 pour le poker, les paris sportifs et les paris hippiques, a engendré un fort développement de ce secteur d'activité.

En 2023, le marché français des jeux d'argent réalise un produit brut de 13,4 milliards d'euros, soit une augmentation de 3,5 % par rapport à 2022, et de 2,3 milliards d'euros pour le seul secteur des jeux en ligne, soit une hausse de 7,2 %.

En 2019, les jeux les plus vendus ou pratiqués sont les jeux de loterie, suivis des paris sportifs. Dans ce marché, les jeux en ligne ont une importance croissante : le conseil des prélèvements obligatoires rappelle que 69 % des mises en paris sportifs sont réalisées en ligne.

Composition du secteur des jeux d'argent et de hasard



Source : Cour des comptes, Les jeux d'argent et de hasard : un secteur en mutation, des enjeux de régulation, septembre 2023

L'assurance maladie indique qu'entre 2,4 et 2,9 millions de joueurs en ligne étaient dénombrés en 2017. **13 % d'entre eux sont considérés comme des « joueurs excessifs », soit une proportion en nette progression depuis 2012.** En cinq ans, les montants misés par les joueurs ont été multipliés par 2,8.

Bien que les jeux d'argent et de hasard soient interdits aux mineurs, une enquête Escapad¹ de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) portant sur un public de 17 ans montre qu'en 2017, 38,9 % des jeunes de cette tranche d'âge avaient joué à au moins un type de ces jeux dans l'année, et que 10,1 % d'entre eux y avaient joué dans la semaine.

2. L'addiction au jeu : une problématique de santé publique insuffisamment appréhendée

• L'addiction au jeu est **une addiction comportementale reconnue comme une pathologie**, pour laquelle existent des dispositifs de prévention et de prise en charge spécifiques. Le lien entre jeu pathologique et troubles mentaux a notamment été documenté par plusieurs études de référence internationale². Plus largement, ce type d'addiction induit de nombreuses conséquences négatives pour les individus concernés : difficultés financières, problèmes familiaux, isolement social, troubles anxieux et troubles de l'humeur, consommation accrue d'alcool, de tabac et de cannabis, etc.

En France, les données disponibles indiquent que :

- 10 % des joueurs représentent 83 % des mises ;
- 1 % seulement des joueurs concentre 49 % des mises³.

• **L'ordonnance n° 2019-1015 du 2 octobre 2019** réformant la régulation des jeux d'argent et de hasard a **inscrit la prévention du jeu excessif et la protection des mineurs comme le premier des quatre objectifs poursuivis par l'État au titre de sa politique d'encadrement de l'offre et de la consommation des jeux.**

Les trois autres objectifs sont les suivants⁴ : assurer l'intégrité, la fiabilité et la transparence des opérations de jeu ; prévenir les activités frauduleuses ou criminelles ainsi que le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ; veiller à l'exploitation équilibrée des différents types de jeu afin d'éviter toute déstabilisation économique des filières concernées.

¹ *Enquête sur la santé et les consommations lors de la journée défense et citoyenneté.*

² M. N. Potenza, Advancing treatment strategies for pathological gambling. *J Gambl Stud* 2005, 21 : 91-100 ; RS Mcintyre, SL Mcelroy, JZ Konarski, JK Soczynska, K Wilkins, SH Kennedy, Problem gambling in bipolar disorder : results from the Canadian community health survey. *J Affective Disord* 2007, 102 :27-34.

³ *Observatoire des jeux et Santé publique France, Les Français et les jeux d'argent et de hasard : résultats du baromètre de Santé publique France 2019, 2020.*

⁴ *Article L. 320-3 du code de la sécurité intérieure.*

Santé Publique France a, pour la première fois à l'occasion de la coupe du monde de football en 2022, lancé une campagne de prévention visant à sensibiliser les joueurs aux risques associés au jeu excessif.

B. Poursuivre un objectif de santé publique en renforçant la fiscalité sur les jeux d'argent et de hasard

Malgré la réforme engagée en 2019 visant à harmoniser les assiettes des prélèvements spécifiques autour du produit brut des jeux (PBJ), plusieurs rapports récents ont fait le constat de la complexité de la fiscalité des jeux d'argent et de hasard, la Cour des comptes la désignant comme « *un paysage touffu et difficilement lisible* »¹. Le Conseil des prélèvements obligatoires proposait quant à lui, dans une note dédiée à la fiscalité des jeux d'argent et de hasard publiée en décembre 2024², de rationaliser les prélèvements du secteur en tenant compte des objectifs de politique publique poursuivis par l'État, en particulier la prévention des addictions et la collecte de recettes publiques.

2. Renforcer les taux de prélèvement sur certaines catégories de jeux en raison de leur potentiel addictif

• **Le présent article, introduit en première lecture au Sénat par un amendement n° 134 de la rapporteure générale et un sous-amendement de Michel Savin, renforce la fiscalité sur les jeux d'argent et de hasard, notamment les jeux automatiques des casinos, les jeux de loterie, les paris sportifs et les jeux de cercle en ligne.**

À cet égard, le présent article rehausse :

- **de 11,2 % à 11,9 %** le taux de la contribution due sur une fraction égale à 68 % du produit brut des jeux automatiques des casinos (III de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, deuxième alinéa) ;

- **de 6,2% à 7,6%** le taux de la contribution sur le produit brut des jeux pour les jeux de loterie commercialisés en réseau physique de distribution et en ligne (3° du I de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale) ;

- **de 6,6 % à 7,6 %** le taux de la contribution sur le produit brut des jeux pour les paris sportifs commercialisés en réseau physique de distribution, et **de 10,6 % à 11,6 %** pour les paris sportifs en ligne (article L. 137-21 du code de la sécurité sociale, dernier alinéa) ;

- le prélèvement sur les jeux de cercle en ligne, actuellement fixé à 0,2 % du montant des sommes engagées par les joueurs, en le fixant à **10 %** du montant du produit brut des jeux, constitué par la différence entre les sommes mises par les joueurs et les sommes versées ou à reverser aux gagnants ; le prélèvement sur les jeux de cercle en ligne est également

¹ Cour des comptes, Les jeux d'argent et de hasard : un secteur en mutation, des enjeux de régulation, septembre 2023, p.66.

² Conseil des prélèvements obligatoires, Rationaliser la fiscalité des jeux d'argent et de hasard, décembre 2024, note n°10.

étendu aux jeux de cercle organisés sous forme de tournois (articles L. 137-22 et L. 137-23 du code de la sécurité sociale).

3. Créer une contribution sur les dépenses publicitaires et promotionnelles en faveur des jeux d'argent et de hasard

• **Le présent article prévoit également d'instaurer une contribution sur la publicité et les offres promotionnelles des opérateurs développant des activités de jeux d'argent et de hasard.**

En insérant dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 137-27 (4° du I), il crée une contribution au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie pesant sur les opérateurs se livrant à l'exploitation de divers jeux d'argent et de hasard, notamment les casinos, les jeux de loterie, les paris sportifs en réseau physique de distribution et les paris sportifs et jeux de cercle en ligne¹.

Cette contribution, dont le taux est fixé à 15 %, est assise sur le montant des charges des opérateurs précités comptabilisées au titre des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, ainsi que des prestations externalisées de même nature.

• Par ailleurs, **le présent article abroge l'article L. 2333-57 du code général des collectivités territoriales**, qui prévoit que les casinos installés à bord des navires de commerce transporteurs de passagers battant pavillon français, à l'exception de ceux immatriculés à Wallis-et-Futuna, sont soumis :

- à la contribution sur le produit brut des jeux automatiques des casinos (III de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale) que le présent article rehausse de 11,2 % à 11,9 % ;

- à une contribution de 3 % assise sur la totalité du produit brut des jeux dans les casinos régis par la loi du 15 juin 1907 relative aux casinos.

Cette abrogation permet de clarifier et d'harmoniser le régime de la fiscalité des jeux applicable à l'ensemble des casinos.

• Il est prévu **que les dispositions du présent article s'appliquent aux contributions et prélèvements dus à compter de l'exercice 2025.**

Son rendement est estimé à environ 0,2 milliard d'euros.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

• Reprenant la rédaction de l'amendement initial de la commission des affaires sociales du Sénat, **la commission mixte paritaire a proposé de revenir au taux de 7,2 % pour les jeux de loterie**, soit une augmentation d'un point par rapport au taux en vigueur, **ainsi qu'au taux de 15 % sur les paris**

¹ Article L. 320-6 du code de la sécurité intérieure.

sportifs en ligne, soit une hausse de 4,4 points par rapport au taux en vigueur (modification des alinéas 3 et 4).

La commission mixte paritaire a considéré que cette différence significative dans le relèvement des taux se justifiait par le caractère particulièrement addictif des paris sportifs en ligne et par l'importance du chiffre d'affaires dégagé par les opérateurs exploitant cette catégorie de jeux.

La hausse de taux adoptée par la commission mixte paritaire sur les jeux de loterie est quant à elle cohérente avec celle prévue pour les jeux de paris sportifs commercialisés en réseau physique de distribution, dont le taux est également augmenté d'un point.

- La commission mixte paritaire a par ailleurs jugé nécessaire d'**exclure les fédérations sportives, les ligues professionnelles, les associations sportives et les sociétés sportives du périmètre de la nouvelle contribution sur les dépenses publicitaires** en faveur des jeux d'argent et de hasard¹. Les partenariats financiers avec les opérateurs agréés de jeux d'argent et de hasard constituent une source de recettes importante pour les acteurs du sport professionnel français. L'instauration d'une taxe pesant sur la valeur de ces partenariats publicitaires fragiliserait donc l'équilibre économique de nombreux acteurs du milieu sportif.

- Enfin, la commission mixte paritaire a souhaité préciser les modalités techniques de perception et de recouvrement de la contribution pesant sur les activités publicitaires des jeux d'argent et de hasard par la direction générale des finances publiques à compter de 2025.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture reprend les apports de la commission mixte paritaire.

En premier lieu, il fixe **le taux de la contribution applicable aux jeux de loterie à 7,2%** et **le taux du prélèvement assis sur le produit brut des jeux appliqué aux paris sportifs en ligne à 15 %**. Les autres taux sont conformes à la version du texte issue du Sénat, confirmés par la commission mixte paritaire :

- **11,9 %** pour le taux de la contribution due sur une fraction égale à 68 % du produit brut des jeux automatiques des casinos ;

- **7,6 %** pour le taux de la contribution sur le produit brut des jeux pour les paris sportifs commercialisés en réseau physique de distribution ;

- **10 %** du montant du produit brut des jeux pour le prélèvement sur les jeux de cercle en ligne.

¹ À cette fin, une nouvelle proposition de rédaction de l'alinéa 14 indiquant que « Les personnes morales mentionnées aux articles L. 122-1, L. 122-2, L. 131-1 et L. 132-1 du code du sport ne sont pas redevables de cette contribution » avait été adoptée par la commission mixte paritaire.

En deuxième lieu, il préserve les acteurs du milieu sportif professionnel et associatif en ne les soumettant pas à la nouvelle contribution sur les dépenses publicitaires en faveur des jeux d'argent et de hasard. À cet égard, le texte transmis au Sénat en nouvelle lecture intègre les modifications proposées notamment par les **amendements n° 681, 908, 284 et 181** déposés à l'Assemblée nationale, qui visent à compléter l'alinéa 14 pour exclure « *[les] personnes morales mentionnées aux articles L. 122-1, L. 122-2, L. 131-1 et L. 132-1 du code du sport* » du périmètre de la contribution due notamment sur les frais de publication et les achats d'espaces publicitaires pour promouvoir les jeux d'argent et de hasard.

En troisième lieu, il détaille les conditions dans lesquelles sera recouvrée la contribution sur les dépenses publicitaires et de promotion des jeux d'argent et de hasard. Ces conditions, travaillées par la commission mixte paritaire, ont été reprises dans divers amendements du rapporteur général Thibault Bazin à l'Assemblée nationale (**amendements n° 682 et n° 683**).

En quatrième lieu, il reprend plusieurs modifications rédactionnelles issues des travaux de la commission mixte paritaire, intégrées aux **amendements n° 648, n° 649, n° 650 et n° 652** déposés par le rapporteur général Thibault Bazin à l'Assemblée nationale.

Enfin, pour tirer les conséquences de l'absence d'adoption du texte avant le 31 décembre 2024, pour éviter toute forme de rétroactivité et pour des raisons techniques, il est désormais précisé que l'article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2025 et s'applique aux contributions et prélèvements dus à compter la même date (**amendement n° 670 sous-amendé par le Gouvernement**). En cohérence, les échéances initialement fixées au 1^{er} janvier 2025 dans l'article sont remplacées par le 1^{er} juillet 2025.

III - La position de la commission

La commission se satisfait de la reprise de ses propositions dans le texte transmis en nouvelle lecture au Sénat.

La commission mixte paritaire avait entériné un retour à l'équilibre du dispositif porté par la commission en première lecture. Il s'agissait, en particulier, d'augmenter substantiellement le taux de prélèvement applicable aux paris sportifs en ligne, eu égard à l'essor colossal de ce marché et au potentiel addictif qui le caractérise.

La commission appelle par ailleurs de ses vœux un renforcement des dispositifs de prévention des addictions au jeu, qu'elle juge insuffisamment développés, ainsi qu'une évaluation plus régulière de la prévalence des comportements addictifs liés à la pratique des jeux d'argent et de hasard.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 9 ter C (supprimé)

Encadrement commercial et fiscal des sachets de nicotine

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, propose d'encadrer et de fiscaliser la vente de sachets de nicotine.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, résulte de deux amendements identiques de Brigitte Devésa et Xavier Iacovelli, adoptés avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement.

Il propose d'encadrer la distribution de sachets de nicotine en la confiant au réseau des buralistes et de taxer la vente de ces produits.

Le tarif pour 1 000 grammes serait de 22 euros en 2025, 44 euros en 2026 et 66 euros en 2027.

La vente aux mineurs serait interdite, de même que les perles et billes de nicotine. Les buralistes se verraient en outre attribuer un monopole de vente.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de supprimer cet article.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale ne comprend pas cet article.

III - La position de la commission

Actuellement, les sachets de nicotine ne relèvent d'aucun cadre légal contraignant, dès lors qu'ils n'appartiennent ni à la catégorie des produits du tabac ni à celle des produits du vapotage.

La vente de sachets ou de billes de nicotine peut donc être réalisée dans tout commerce, y compris aux mineurs puisque la loi ne l'interdit pas.

Ces produits sont particulièrement addictifs et n'importe qui peut s'en procurer aisément, quel que soit son âge.

Aussi, un récent rapport d'information¹ de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat préconise de « *mieux encadrer la vente de produits contenant de la nicotine, en la limitant aux bureaux de tabac et aux magasins spécialisés et en interdisant leur vente aux mineurs, voire en instaurant une licence pour les magasins spécialisés* ».

En séance publique, la ministre de la santé et de l'accès aux soins a annoncé son intention d'interdire par voie réglementaire les produits concernés, justifiant ainsi son opposition à cet article².

La commission sera attentive à la mise en œuvre de cette mesure.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

¹ *Élisabeth Doineau, Cathy Apourceau-Poly, La fiscalité comportementale en santé : stop ou encore ?, rapport d'information n° 638 (2023-2024), mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat, 29 mai 2024.*

² « En raison de la gravité de ces produits, j'ai décidé de les interdire purement et simplement, pour les jeunes comme pour les adultes. Ces dérivés n'ont aucun intérêt, et je préfère interdire un produit plutôt que le laisser vivoter. Et comme cette mesure est possible dans le cadre du pouvoir réglementaire, je signerai prochainement les décrets nécessaires. [...] Mon avis est donc défavorable sur l'ensemble des amendements, car, je le répète, j'aime mieux interdire que taxer ces produits » (*Compte rendu intégral du Sénat, séance du 21 novembre 2024*).

Article 9 ter D (supprimé)
Anticipation de la hausse de prix du paquet de cigarettes

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture à l'initiative de la commission, vise à augmenter le barème de l'accise sur les produits du tabac afin de s'approcher dès 2025 de l'objectif d'un paquet de cigarettes à 13 euros en 2027 figurant dans le plan national de lutte contre le tabac (PNLT) 2023-2027.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé

A. La fiscalité, outil le plus efficace pour réduire la prévalence du tabagisme

1. Le tabagisme : 75 000 morts prématurées par an et une contribution au déficit public d'une quinzaine de milliards d'euros

Selon l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), en 2019, 73 189 décès prématurés auraient été imputables au tabac. Compte tenu d'une espérance de vie à la naissance de 83 ans, ces personnes perdraient 14 années de vie pour le tabac (décès à 69 ans en moyenne).

Par ailleurs, le coût net du tabac pour les finances publiques serait de 1,7 milliard d'euros.



Nombre de décès prématurés



**Coût net pour
les finances publiques***



Coût social total

* Cette estimation ne prend pas en compte l'impact négatif sur le PIB.

Source : Pierre Kopp, Le coût social des drogues : estimation en France en 2019, OFDT, juillet 2023

Toutefois, comme souligné dans un récent rapport d'information¹ de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) de la commission des affaires sociales du Sénat, l'impact de la perte de PIB sur les finances publiques pourrait susciter un déficit supplémentaire de plus de dix milliards d'euros.

¹ *Élisabeth Doineau, Cathy Apourceau-Poly, La fiscalité comportementale en santé : stop ou encore ?, rapport d'information n° 638 (2023-2024), mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat, 29 mai 2024.*

2. L'inefficacité de la fiscalité du tabac n'est qu'apparente

a) Une prévalence du tabagisme toujours forte malgré le niveau élevé de la fiscalité

Une fiscalité élevée

En France, la fiscalité des produits du tabac rapporte à la sécurité sociale 13 milliards d'euros par an.

Un paquet de 20 cigarettes était vendu au 1^{er} janvier 2024 environ 12 euros, dont environ 8 euros d'accise sur les tabacs, 2 euros de TVA, 1 euro de rémunération du buraliste et 1 euro de marge du fabricant.

La France fait partie des six États de l'OCDE où le prix du paquet de cigarettes est le plus élevé. En Europe, seuls le Royaume-Uni et l'Irlande ont des tarifs supérieurs.

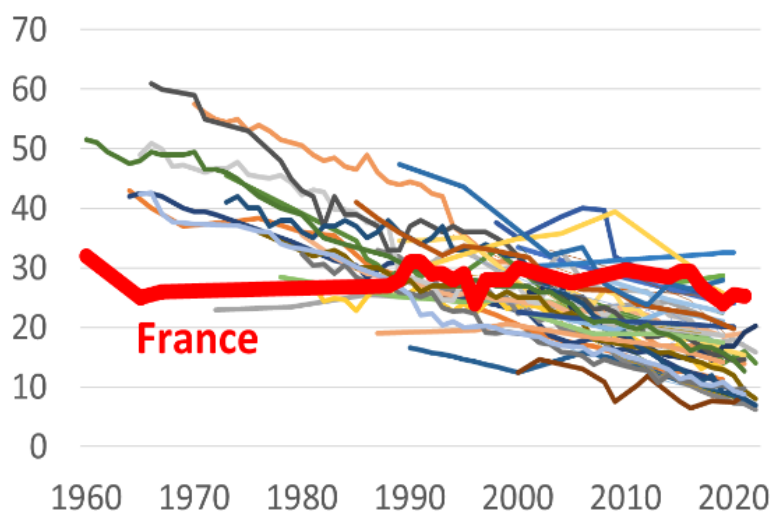
Une prévalence du tabagisme elle aussi élevée

On pourrait donc s'attendre, compte tenu des moyens mis en œuvre, à ce que la politique de lutte contre le tabagisme soit un succès.

Pourtant, contrairement aux autres États couverts par l'OCDE, la France affiche une prévalence du tabagisme à peu près stable depuis 1960, malgré l'effet de la hausse de la fiscalité de 2018-2020.

Proportion de fumeurs quotidiens parmi la population de 15 ans et plus selon l'OCDE (1960-2022)

(en %)



Source : D'après l'OCDE

b) La fiscalité : l'outil le plus efficace, même s'il ne peut suffire

Si on regarde attentivement le graphique ci-avant, on constate toutefois que les deux fortes hausses de la fiscalité, en 2003-2004 et en 2017-2020, ont coïncidé avec une baisse de la prévalence du tabagisme.

Ainsi, selon l'OMS, « *l'augmentation des taxes sur les produits du tabac est la mesure de lutte antitabac la plus efficace* »¹.

Cela était reconnu par le précédent gouvernement, même s'il ne prévoyait pas d'augmentation de la fiscalité des cigarettes. Ainsi, comme Aurélien Rousseau, alors ministre de la santé et de la prévention, l'indiquait dans son « édito » au PNLT 2023-2027, « *le levier du prix, c'est ce qui fonctionne le mieux* ».

La quasi-totalité des études disponibles concernent l'élasticité-prix de la demande de cigarettes (c'est-à-dire la manière dont le prix influe sur le nombre total de cigarettes vendues), et non la manière dont la prévalence du tabagisme (c'est-à-dire la proportion de fumeurs dans la population) dépend d'une augmentation du prix de la cigarette, qui est ce qui importe du point de vue de la santé publique.

Certaines études² suggèrent qu'aux Etats-Unis l'élasticité-prix de la demande de cigarettes proviendrait pour environ la moitié de la baisse du nombre de fumeurs et la moitié de celle du nombre de cigarettes par fumeur.

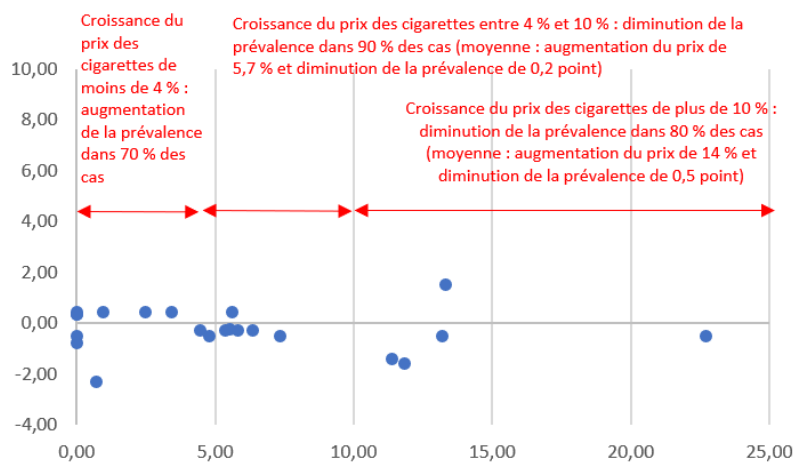
Il ne semble pas exister de telle étude dans le cas de la France.

On observe toutefois que même s'il n'existe pas de corrélation, au sens statistique du terme, entre croissance du prix du paquet de cigarettes et évolution du taux de prévalence du tabagisme, la première conditionne fortement la seconde, comme le montre le graphique ci-après.

¹ Organisation mondiale de la Santé, Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2021 – Les produits nouveaux et émergents, 2021.

² Centers for Disease Control and Prevention (CDC), « *Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups—United States, 1976–1993* », Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), 31 juillet 1998 ; 47(29):605–9. Selon cet article, aux Etats-Unis, en 1976-1993, l'élasticité-prix aurait été de - 0,15 pour la prévalence et de - 0,10 pour la consommation, conduisant à une élasticité-prix totale de - 0,25. Cet ordre de grandeur est repris dans International Agency for Research on Cancer (IARC), « *Effectiveness of Tax and Price Policies for Tobacco Control* », IARC handbooks of cancer prevention: tobacco control, volume 14, 2011.

Impact de la croissance du prix du paquet de cigarettes sur la prévalence du tabagisme (2001-2022)



Les prévalences absentes ont été interpolées de manière linéaire.

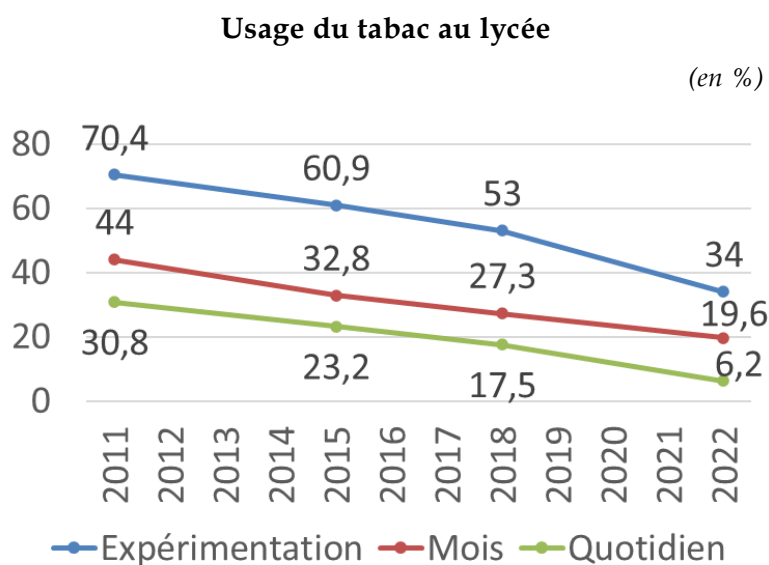
Source : Mecss du Sénat, d'après des données de l'OFTD

Schématiquement, si une année donnée le prix des cigarettes augmente de moins de 4 %, la prévalence du tabagisme augmente ; si elle augmente de plus de 4 %, elle diminue (d'environ 0,2 point pour une augmentation autour de 5 %).

c) Une occasion historique : sécuriser par la fiscalité la sortie des jeunes du tabagisme

La perspective d'une baisse importante de la prévalence du tabagisme au cours des prochaines décennies est aujourd'hui enfin envisageable, du fait de sa récente diminution parmi les lycéens, dont on peut espérer qu'elle s'étendra à l'ensemble de la population au fil du renouvellement générationnel.

Cette baisse résulte notamment du prix élevé de la cigarette, qui dissuade l'entrée dans le tabagisme.



Source : Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT)

Le revenu moyen d'une classe d'âge augmente au cours du temps, du fait de la croissance du PIB, mais aussi du fait que le revenu augmente en fonction de l'âge.

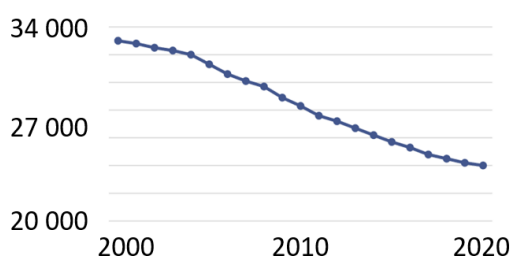
La reprise d'une certaine augmentation de la fiscalité du tabac (en plus de l'indexation actuelle sur l'inflation des tarifs et minima de perception) est donc nécessaire si l'on veut s'assurer que les personnes qui ne sont pas entrées dans le tabagisme au lycée n'y entrent pas plus tard.

d) Des « effets pervers » de la fiscalité à relativiser

La diminution du nombre de buralistes vient essentiellement d'autres facteurs

Il n'y a pas de corrélation évidente entre les hausses de prix des cigarettes et l'évolution du nombre de buralistes (cf. graphique ci-après). De fait, ceux-ci ne réalisent qu'une faible part de leurs marges sur la vente de produits du tabac.

Évolution du nombre de buralistes



Source : Confédération des buralistes

Il résulte du mécanisme de la « remise » qu'une augmentation du prix du tabac se traduit normalement par une augmentation des bénéfices des buralistes sur la vente des produits du tabac¹. Par ailleurs, les produits du tabac représentent moins de la moitié des ventes des buralistes² et une part bien plus faible de leurs marges³. L'impact de la hausse du prix du tabac sur les bénéfices des buralistes, indirect et difficilement chiffrable, vient essentiellement du fait que le tabac joue le rôle de « produit d'appel ».

D'autres facteurs ont joué un rôle, comme une image moins favorable des produits du tabac, la désertification des centres-villes et les départs à la retraite.

Il n'est pas prouvé que le marché parallèle se développe et que la fiscalité y contribue

Par ailleurs, l'argument de l'industrie du tabac selon lequel les hausses de prix favoriseraient l'augmentation du marché parallèle (c'est-à-dire le commerce transfrontalier légal, la contrebande et la contrefaçon) doit être relativisé.

Ses estimations, figurant dans une étude annuelle commandée au cabinet KPMG par Philip Morris et reposant sur des données fournies par l'industrie du tabac, s'appuient sur une méthodologie peu transparente et sont contestées, notamment, par la direction générale des finances publiques (DGFIP), la direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) et l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (ODFT).

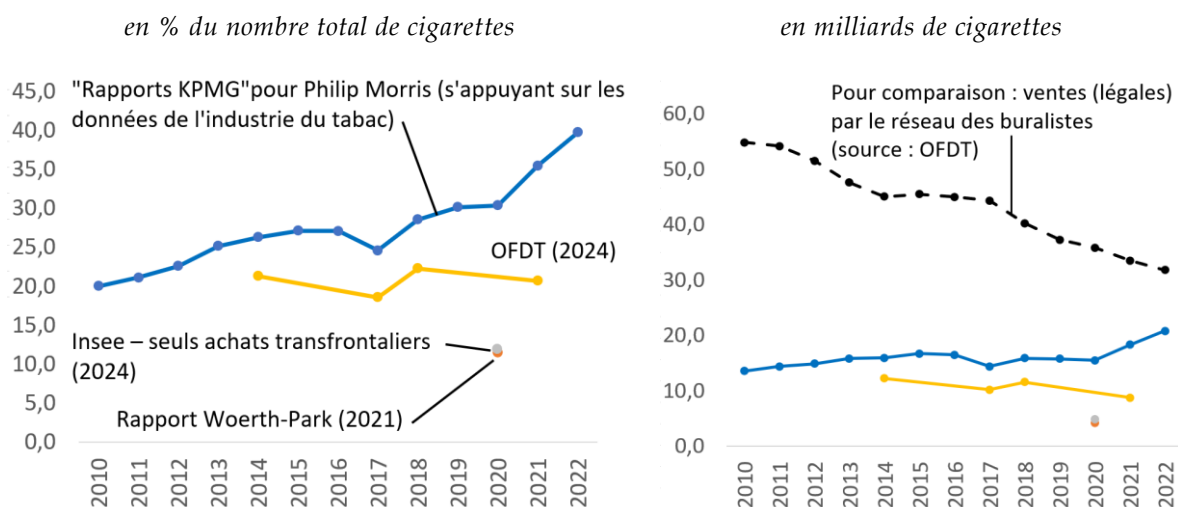
Par ailleurs, comme le montrent les graphiques ci-après, selon les chiffres de l'industrie du tabac, l'augmentation continue depuis 2010 de la **part** du marché parallèle proviendrait essentiellement de la diminution du nombre de cigarettes vendues par les buralistes, l'augmentation du **nombre** de cigarettes vendues dans le cadre du marché parallèle étant bien moins spectaculaire, et concentrée sur les seules années 2021 et 2022.

¹ La rémunération des buralistes, ou « remise », est fixée réglementairement en proportion du prix de vente des cigarettes (elle est actuellement fixée à 10,19 %). En supposant une élasticité-prix de la demande de - 0,4, une augmentation de 10 % du prix des cigarettes réduit le nombre de cigarettes vendues de 4 % et augmente le chiffre d'affaires (et donc la rémunération des buralistes) de $(0,96 \times 1,1 - 1) \times 100 = 5,6$ %.

² Selon la confédération des buralistes, en 2021 la part du tabac dans le chiffre de ventes des buralistes était de 45 % en moyenne.

³ Les marges sont plus importantes pour des activités comme le bar, la restauration, la vente de cigarettes électroniques, la restauration légère.

Principales estimations du marché parallèle



Source : Mecss du Sénat, d'après les sources indiquées

3. Les conditions d'une trajectoire de forte augmentation de la fiscalité du tabac ne semblent toutefois pas réunies

Aussi, le rapport d'information précité de la Mecss¹ préconise² de renouer avec une augmentation des prix du tabac significativement supérieure à l'inflation, afin notamment de conforter la forte baisse de la prévalence du tabagisme quotidien chez les lycéens.

Toutefois les conditions d'une trajectoire de forte augmentation du prix du tabac ne semblent pas réunies. En effet, une telle augmentation impliquerait tout d'abord de mieux évaluer le nombre de cigarettes vendues dans le cadre du marché parallèle. Elle impliquerait aussi, comme cela a été souligné lors de l'examen en séance du présent PLFSS par l'Assemblée nationale, de renforcer la lutte contre le commerce illicite, mais aussi contre le commerce transfrontalier licite, en particulier en promouvant une révision en ce sens des directives tabac. Aussi, le rapport précité de la Mecss assortit sa proposition d'augmenter les prix du tabac d'une proposition concernant ces différents sujets³.

¹ *Élisabeth Doineau, Cathy Apourceau-Poly, La fiscalité comportementale en santé : stop ou encore ?, rapport d'information n° 638 (2023-2024), mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat, 29 mai 2024.*

² *Proposition n° 4 : « Augmenter le prix des produits du tabac d'au moins 3,25 % par an hors inflation jusqu'en 2040, par la fiscalité et par une augmentation du taux de rémunération des buralistes ».*

³ *Proposition n° 5 : « Chiffrer selon une méthodologie fiable et transparente le nombre de cigarettes vendues dans le cadre du marché parallèle, et réduire ce nombre, par un renforcement de la lutte contre le commerce illicite, par des actions de prévention ciblées dans le cas du commerce transfrontalier licite, et en promouvant une révision en ce sens des directives tabac (harmonisation des prix à la hausse, application obligatoire des règles sur l'approvisionnement proportionné des marchés prévus par le protocole de 2012 à la convention de l'OMS sur la lutte antitabac) ».*

B Le dispositif proposé : une augmentation temporaire du barème de l'accise sur les produits du tabac

1. Actuellement, une fiscalité correspondant à plus de 80 % du prix des cigarettes

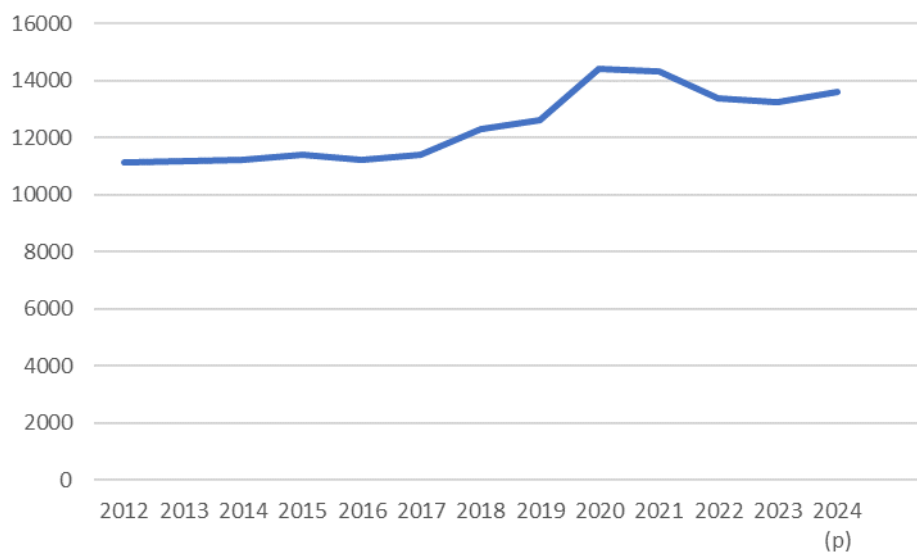
a) Un produit de plus de 13 milliards d'euros

Le produit de l'accise sur les tabacs est de plus de 13 milliards d'euros.

Malgré la diminution de la consommation qu'elle a entraînée, l'augmentation des tarifs et taux de l'accise en 2017-2020 en a fortement accru le produit, comme le montre le graphique ci-après.

Produit de l'accise sur les tabacs

(en millions d'euros)



Source : DGFIP

Plus de 80 % du produit de l'accise sont assis sur les cigarettes, comme le montre le tableau ci-après.

Répartition par catégorie du produit de l'accise sur le tabac

(en euros)

	Total 2023
Cigarettes	10 941 173 953
Tabac à rouler	1 977 215 953
Cigares	317 077 182
Tabac à priser ou à mâcher	25 387 975
TOTAL	13 260 855 064

Source : Direction générale des douanes et droits indirects

b) Un prix de vente dont plus de la moitié correspond à l'accise sur le tabac

Le prix de vente des différents produits est fixé par les fabricants et homologué par arrêté sur l'ensemble du territoire.

À partir de ce prix de vente sont calculées :

- la « remise », qui constitue la rémunération du buraliste et dont le taux est actuellement de 10,19 % ;

- l'accise sur les produits du tabac, égale soit à un minimum de perception, soit à la somme du prix de vente multiplié par le taux de l'accise et du tarif de l'accise. Les minima, taux et tarifs diffèrent selon la catégorie fiscale¹. Les minima et tarifs sont indexés chaque 1^{er} janvier sur l'inflation par arrêté. La LFSS 2023 a supprimé la disposition selon laquelle leur évolution annuelle ne pouvait excéder 1,8 %² ;

- la TVA dite « en dedans », correspondant à 16,6667 % du prix de vente³.

À titre d'illustration, le tableau ci-après décompose le prix d'un paquet de cigarettes au 1^{er} janvier 2024.

Celui-ci est d'environ 12 euros, dont 8 euros d'accise (taux en % du prix de vente plus tarif à l'unité), 2 euros de TVA (taux de 16,6667 % du prix de vente), 1 euro pour le buraliste (taux de 10,09 % du prix de vente) et 1 euro pour le fabricant (par différence).

¹ Cigares et cigarillos, cigarettes, tabac à rouler, tabacs à chauffer commercialisés en bâtonnets, autres tabacs à chauffer, autres tabacs à fumer ou à inhaler après avoir été chauffés, tabacs à priser, tabacs à mâcher.

² Elle prévoit en outre que la fiscalité du tabac est dorénavant liée à l'inflation de l'année précédente (et non plus à celle de l'année n-2), à partir de la prévision de l'indice des prix figurant dans le rapport économique, social et financier (Resf) joint au projet de loi de finances pour l'année de la révision.

³ Le prix de vente étant par nature TTC, la TVA qui s'applique est égale au taux normal de TVA (ici, 20 %, soit 0,2) divisé par la somme de 1 et du taux normal (ici, 1+0,2 = 1,2).

Décomposition du prix d'un paquet de 20 cigarettes (1^{er} janvier 2024)

(en euros)

Structure du prix	Taux / Tarif	Cigarettes « bas de marché »	Cigarettes « premium »
Prix de vente au détail (pour un paquet de 20 cigarettes)		11,50	12,50
Accise hors minimum de perception			
Taux de l'accise	55 %	6,33	6,88
Tarif de l'accise (en € pour 1 000 unités)	71,30	1,43	1,43
<i>Minimum de perception (en € pour 1 000 unités) – non concerné ici</i>	<i>371,40</i>	<i>7,43</i>	<i>7,43</i>
TVA « en dedans » sur le prix de vente au détail	16,6667 %	1,92	2,08
Remise brute du débitant de tabac	10,19 %	1,17	1,27
Marge du fabricant		0,66	0,84
Total		11,5	12,5

Source : Direction générale des douanes et droits indirects

c) Une accise reposant sur un pourcentage du prix de vente et un prix unitaire indexé sur l'inflation

Pour chaque catégorie de produits, l'accise repose sur un pourcentage du prix de vente et un prix unitaire indexé sur l'inflation.

Le tableau ci-après indique le barème applicable en 2024.

**Taux, tarif et minima de perception applicables en 2024
pour l'accise sur les tabacs**

Catégorie fiscale	Paramètres de l'accise	Montant
Cigares et cigarillos	Taux (%)	36,3
	Tarif (€/1 000 unités)	54,7
	Minimum de perception (€/1 000 unités)	296,6
Cigarettes	Taux (%)	55
	Tarif (€/1 000 unités)	71,3
	Minimum de perception (€/1 000 unités)	371,4
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	Taux (%)	49,1
	Tarif (€/1 000 grammes)	99,7
	Minimum de perception (€/1 000 grammes)	345,4
Tabacs à chauffer commercialisés en bâtonnets	Taux (%)	51,4
	Tarif (€/1 000 unités)	30,2
	Minimum de perception (€/1 000 unités)	268
Autres tabacs à chauffer	Taux (%)	51,4
	Tarif (€/1 000 grammes)	113,9
	Minimum de perception (€/1 000 grammes)	1011,3
Autres tabacs à fumer ou à inhaler après avoir été chauffés	Taux (%)	51,4
	Tarif (€/1 000 grammes)	35,2
	Minimum de perception (€/1 000 grammes)	149,5
Tabacs à priser	Taux (%)	58,1
Tabacs à mâcher	Taux (%)	40,7

Source : Arrêté du 22 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 13 décembre 2022 constatant divers tarifs et seuils de régimes d'impositions relatifs à certaines impositions sur les biens et services

2. Le dispositif proposé par le présent article additionnel

a) Une augmentation temporaire de la fiscalité pour approcher dès à présent son produit de 2027

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture à l'initiative de la commission, propose d'approcher dès 2025 le prix du paquet de cigarettes qui serait atteint en 2027 sans hausse de la fiscalité.

L'impact de cette hausse de la fiscalité sur le prix du paquet de cigarettes dépendra de la réaction des industriels du tabac. A titre d'ordres de grandeur, en l'absence de cet article, le prix du paquet de vingt cigarettes serait d'environ 12,30 euros en 2025 et 12,60 euros en 2027. Avec cet article, il approcherait 12,70 euros dès 2025, et resterait à ce niveau en 2027.

Un effort supplémentaire demeurerait donc probablement nécessaire pour atteindre l'objectif fixé par le plan national de lutte contre le tabac (PNLT) 2023-2027 d'un prix du paquet de cigarettes de 13 euros en 2027¹.

Afin de laisser aux industriels du tabac le temps d'ajuster leurs prix, l'augmentation de l'accise ne serait effective qu'à compter du 1^{er} mars 2025.

b) Un produit que l'on peut estimer à environ 200 millions d'euros en 2025

Le rendement attendu de cet article est de 0,2 milliard d'euros.

L'augmentation de la fiscalité proposée par cet article remplace une augmentation progressive du prix par une « marche » plus haute, sans modifier la cible de prix fixée en 2027 par le PNL T.

Le renouvellement de mesures remplaçant une hausse de prix continue par des hausses « en marche d'escalier », sans remettre en cause la tendance de long terme, pourrait être une manière efficace de lutter contre le tabagisme, sans amener le prix des cigarettes à des niveaux trop élevés, difficilement soutenables sur la durée.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de supprimer cet article.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale ne comprend pas cet article.

III - La position de la commission

La commission considère qu'il convient de s'en tenir au compromis trouvé par la CMP dans le cas de la fiscalité comportementale.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

¹ Selon le PNL T, « le prix du paquet de cigarettes sera porté à 13 euros d'ici 2027 ».

Article 9 ter

Extension des remises commerciales aux médicaments biosimilaires et hybrides substituables

Cet article vise à étendre aux exploitants de médicaments hybrides et biosimilaires substituables la possibilité de consentir aux pharmaciens d'officine des remises, ristournes et avantages commerciaux renforcés.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Les pharmacies d'officine peuvent bénéficier de remises commerciales augmentées sur les médicaments génériques

Le code de la sécurité sociale autorise les exploitants de médicaments à **consentir des remises, ristournes et avantages commerciaux aux pharmacies d'officine**, destinés à favoriser la pénétration de leurs produits et à adapter leur prix aux réalités économiques.

• Les remises, ristournes et avantages commerciaux sont **encadrés par le code de la sécurité sociale**.

Celui-ci prévoit notamment, d'abord, un **plafonnement des gestes commerciaux consentis à hauteur** :

- de 2,5 % du prix fabricant hors taxes (PFHT), pour l'ensemble des médicaments ;

- de 50 %, au plus, du PFHT, pour les médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques, les spécialités de référence dont le prix de vente au public est identique à celui des autres spécialités du même groupe générique ou les spécialités non génériques soumises à un tarif forfaitaire de responsabilité¹.

Pour cette dernière catégorie de médicaments, le plafond des remises, ristournes et avantages commerciaux pouvant être consentis par l'exploitant est précisé par voie réglementaire. Un arrêté de 2014 le fixe à **40 % du PFHT par année civile et par ligne de produits**, pour chaque officine².

Le code de la sécurité sociale prévoit également que les gestes commerciaux consentis aux pharmacies d'officine par les fournisseurs doivent **déclarés au comité économique des produits de santé (CEPS)**. En cas d'absence de déclaration dans les délais requis, ou lorsque celle-ci se révèle manifestement inexacte, le CEPS peut fixer une pénalité financière annuelle à la charge du fournisseur fautif, dans la limite de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre des ventes concernées³.

¹ Article L. 138-9 du code de la sécurité sociale.

² Arrêté du 22 août 2014 fixant les plafonds de remises, ristournes et autres avantages commerciaux et financiers assimilés prévus à l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 138-9-1 du code de la sécurité sociale.

- Sur les produits génériques ou les spécialités de référence soumises à un tarif forfaitaire de responsabilité, **les avantages commerciaux consentis apparaissent élevés.**

D'après le rapport de la commission d'enquête sénatoriale sur la pénurie de médicaments, publié en 2023, « le CEPS relève que le niveau relativement élevé et croissant des remises commerciales accordées par les exploitants de produits génériques constitue le signe d'une rentabilité du secteur. Le comité indique que **ces remises étaient en 2021, en moyenne, de 24 % du PFHT, pour un plafond fixé par arrêté ministériel à 40 % par produit** »¹.

Ces gestes commerciaux permettent, notamment, de **favoriser la pénétration des médicaments concernés dans les ventes officinales et d'adapter leur prix** à l'évolution des réalités économiques.

Parce que les remises, ristournes et avantages commerciaux agissent en indicateur de la rentabilité de certains produits, le code de la sécurité sociale les fait figurer parmi les **critères justifiant que des baisses de prix soient négociées ou imposées par le CEPS**. Celui-ci doit, en effet, tenir compte dans ses plans de baisses de prix du « *prix d'achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments à même visée thérapeutique par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis* »².

- Ce plafond dérogatoire visant les gestes commerciaux des fournisseurs, appliqué aux médicaments génériques et spécialités de référence soumises à un tarif forfaitaire de responsabilité, **n'est pas applicable aux médicaments biosimilaires et hybrides dont l'assurance maladie cherche, par ailleurs, à favoriser la pénétration.**

Ces derniers pourraient, pourtant, permettre la **réalisation d'économies substantielles**. Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2017, la Cour des comptes estimait ainsi qu'en prenant pour hypothèse une substitution à 80 % des huit principaux biomédicaments dont le brevet arrivait à expiration avant 2020, l'assurance maladie pourrait économiser plus de 680 millions d'euros³. Le CEPS applique, en effet, des taux de décote initiale, en ville, de 20 % pour le médicament biologique de référence et de 40 % pour le biosimilaire⁴.

Ce potentiel d'économies est, de plus, aujourd'hui limité par le **faible nombre de médicaments biosimilaires que les pharmaciens sont autorisés à substituer** au médicament biologique de référence. En application de la loi,

¹ Laurence Cohen, Pénurie de médicaments : trouver d'urgence le bon remède, tome I, rapport n° 828 (2022-2023), commission d'enquête sur la pénurie de médicaments et les choix de l'industrie pharmaceutique française, 4 juillet 2023.

² Article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale.

³ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017, p. 377.

⁴ Article 25 de l'accord-cadre du 5 mars 2021 entre le Comité économique des produits de santé et Les Entreprises du médicament (Leem).

le pharmacien ne peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biosimilaire que lorsque :

- celui-ci appartient au même groupe biologique similaire que le médicament prescrit ;

- le prescripteur n'a pas exclu cette substitution par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance ;

- ce groupe biologique similaire figure sur une liste, accompagnée le cas échéant de conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient, fixée par arrêté après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)¹.

Un arrêté d'octobre 2024 est venu ajouter un groupe biologique similaire à la liste prévue par la loi, qui demeure toutefois **limitée à trois groupes**².

La pénétration des biosimilaires, dans la délivrance officinale, demeure relativement faible. D'après l'assurance maladie, au 1^{er} mai 2024, 67 noms de marques de médicaments biosimilaires étaient commercialisés pour 13 classes thérapeutiques différentes. En ville, les remboursements associés à ces classes thérapeutiques s'élevaient à 1,9 milliard d'euros, dont 780 millions d'euros seulement pour les médicaments biosimilaires, soit un taux de pénétration d'environ 32 %. L'assurance maladie indique pourtant que *« des niveaux élevés (supérieurs à 80 %) de pénétration des médicaments génériques et des médicaments biosimilaires constituent un enjeu majeur pour la soutenabilité du système de santé et sa capacité à financer un égal accès à l'innovation thérapeutique »*³.

B. L'article 9 ter vise à permettre aux industriels de consentir des remises commerciales sur les médicaments hybrides et les médicaments biosimilaires substituables

L'article 9 ter, issu de quatre amendements identiques de Thibault Bazin (*Droite Républicaine*), Justine Gruet (*Droite Républicaine*), Frédéric Valletoux (*Horizons et indépendants*) et Bertrand Bouyx (*Horizons et indépendants*) adoptés par l'Assemblée nationale en première lecture, vise à étendre aux médicaments hybrides et biosimilaires substituables la faculté de consentir aux pharmaciens d'officine des remises, ristournes et avantages commerciaux importants.

Pour ce faire, le **1° de l'article** intègre, à l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale, les spécialités hybrides substituables et les médicaments

¹ Article L. 5125-23-2 du code de la santé publique.

² Arrêté du 31 octobre 2024 portant modification de l'arrêté du 12 avril 2022 modifié fixant la liste des groupes biologiques similaires substituables par le pharmacien d'officine et les conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient telles que prévues au 2° de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique.

³ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2025, pp. 367 et 368.

biologiques similaires dont la substitution est autorisée par arrêté à la liste des spécialités pouvant faire l'objet pour lesquelles les fournisseurs peuvent consentir des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers renforcés, dans la limite d'un plafond ne pouvant pas dépasser 50 % du PFHT et fixé par arrêté.

Le **2° de l'article** modifie, en conséquence, l'article L. 138-9-1 du même code pour prévoir que les fournisseurs de médicaments hybrides et biosimilaires substituables sont tenus de déclarer au CEPS, par année civile et par spécialité, les remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers consentis, ainsi que les chiffres d'affaires hors taxes réalisés au titre de ces spécialités.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

Le Sénat a adopté un **amendement n° 1 330 du Gouvernement**, permettant également d'appliquer un taux renforcé de remises commerciales aux médicaments de référence dont le prix de vente est identique à celui des spécialités hybrides ou biosimilaires.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'**adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat**, sous réserve d'une correction d'erreur matérielle.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale retient un **amendement n° 543 du rapporteur général**, reprenant la correction d'erreur matérielle proposée par la commission mixte paritaire.

III - La position de la commission

Les jugeant susceptibles de favoriser une meilleure pénétration des médicaments hybrides et biosimilaires dans le secteur officinal, **la commission a soutenu sans réserve ces dispositions.**

Elle souligne que la **substitution par les pharmaciens d'officine** constitue, à cet égard, un outil essentiel auquel il convient de recourir davantage. Pour les spécialités d'ores et déjà substituables, l'augmentation des remises commerciales consenties par les laboratoires devrait permettre de favoriser leur développement.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 9 quinquies (supprimé)
**Mentionner, sous peine de nullité de la procédure,
sur l'avertissement ou la mise en demeure adressé au cotisant
la faculté de se faire assister d'un conseil**

Cet article, inséré en première lecture au Sénat, vise à créer une nouvelle cause de nullité des procédures de recouvrement, issue de l'absence de mention du fait que le cotisant a la faculté de se faire assister par un conseil.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

I – Le dispositif proposé : créer une nouvelle cause de nullité de la procédure de recouvrement des cotisations et contributions sociales.

A. Le droit existant : les nullités de forme sont strictement encadrées par la jurisprudence et soumises à l'exigence d'un grief

Les employeurs et travailleurs indépendants sont soumis à une **obligation de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales** dont ils sont redevables, auprès des organismes de recouvrement dont ils relèvent.

À défaut de s'acquitter en temps imparti de ces cotisations et contributions sociales, les organismes de recouvrement et le ministère public peuvent mettre en œuvre des **procédures de recouvrement forcé** qui se matérialisent par l'émission d'un **avertissement ou d'une mise en demeure de régulariser sa situation dans le mois**, qui constitue un préalable obligatoire aux poursuites. À défaut de régularisation dans le délai imparti, l'organisme de recouvrement peut délivrer une **contrainte**, susceptible d'opposition devant le tribunal judiciaire dans un délai de quinze jours suivant sa notification par acte d'huissier. À défaut, la contrainte devient exécutoire et l'organisme de recouvrement peut saisir la créance auprès d'un tiers (établissement bancaire, employeur).

Le contenu de l'avertissement ou de la mise en demeure doit être **précis et motivé**, à savoir qu'il doit comporter la cause, la nature et le montant des sommes réclamées, ainsi que la période à laquelle elles se rapportent¹. Ces mentions, qui sont nécessaires à la **bonne information du cotisant**, s'imposent à peine de **nullité**, qui s'étend ensuite à la contrainte.

B. Le dispositif proposé : créer une nouvelle cause de nullité de la mise en demeure

L'article 9 quinquies, introduit par un amendement de Pascale Gruny et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, a été adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement.

¹ Article R. 244-1 du code de la sécurité sociale.

Il a pour objet de compléter **l'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale** par un alinéa prévoyant que « *sous peine de nullité, l'avertissement ou la mise en demeure précisent que le cotisant a la faculté de se faire assister d'un conseil pour effectuer lesdits recours* ».

Or, la représentation par avocat n'est pas obligatoire devant le tribunal judiciaire.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de **supprimer cet article**.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend **la suppression de cet article**.

III - La position de la commission

Si la commission des affaires sociales partage le souci de donner au cotisant l'information nécessaire à ce qu'il puisse faire valoir ses droits, la sanction de la nullité d'une mise en demeure ou d'un avertissement à défaut de mention que le cotisant a la faculté de se faire représenter par un avocat n'apparaît pas proportionnée au regard du fait que la représentation par avocat devant le tribunal judiciaire ne relève pas d'une obligation.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 9 sexies (supprimé)

Limitation à trois mois de la durée de suspension du délai de prescription des cotisations dans le cadre d'un contrôle

Cet article, inséré en première lecture au Sénat, vise à limiter la durée de suspension du délai de prescription des cotisations dans le cadre d'un contrôle diligenté par un organisme de recouvrement.

I – Le dispositif proposé : limiter la suspension du délai de prescription des cotisations

A. Le droit existant : le délai de prescription de cotisations et contributions sociales est actuellement suspendu indéfiniment dans le cadre d'un contrôle aux fins de recouvrement

L'article **L. 244-3 du code de la sécurité sociale** dispose que les cotisations se prescrivent trois ans à compter de la date à laquelle elles sont dues.

Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général peuvent diligenter des contrôles auprès des cotisants afin de vérifier l'assiette, le taux et le calcul des cotisations, ainsi que de toute personne dont la qualité d'employeur est présumée au terme d'un faisceau d'indices, aux fins notamment de lutter contre le travail dissimulé.

L'article L. 244-3 précité prévoit que le délai de prescription des cotisations, contributions, majorations et pénalités de retard est suspendu lors de la période contradictoire du contrôle. Celle-ci intervient lorsque l'organisme de recouvrement notifie à la personne contrôlée les griefs relevés par l'agent assermenté, afin que celle-ci puisse y répondre, et transmettre l'ensemble des éléments de nature à rapporter la preuve de sa bonne foi et du respect de la réglementation. Ces éléments peuvent amener l'organisme de recouvrement à ne pas poursuivre tout ou partie de la procédure.

B. Le dispositif proposé : la limitation à trois mois de la suspension du délai de prescription des cotisations

L'article **9 sexies**, introduit par un amendement de Pascale Gruny et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, a été adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement.

Il a pour objet de modifier l'article **L. 244-3 du code de la sécurité sociale** afin de prévoir que la suspension du délai de prescription des cotisations est limitée à trois mois lors de la phase contradictoire, sauf en cas de prolongation de celle-ci, ou d'obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de **supprimer cet article** au motif qu'il était de nature à limiter la durée des échanges lors de la phase contradictoire, ce qui peut porter préjudice à un cotisant de bonne foi qui n'aura pas le temps nécessaire pour transmettre à l'organisme de recouvrement l'ensemble des éléments attestant de la régularité de sa situation.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend **la suppression de cet article.**

III - La position de la commission

Si la commission des affaires sociales partage l'objectif de lutte contre la fraude, cet article entraînerait des conséquences probablement excessives pour les personnes contrôlées.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 9 septies

Mention, parmi les éléments obligatoires dans une contrainte, de l'information que le cotisant a la faculté de se faire assister du conseil de son choix

Cet article, inséré en première lecture au Sénat, vise à ajouter parmi les mentions obligatoires figurant sur une contrainte l'information que le cotisant a la faculté de se faire assister du conseil de son choix.

I - Le dispositif proposé : informer le cotisant de sa faculté de se faire assister par le conseil de son choix.

A. Le droit existant : les contraintes constituent des titres exécutoires dont certaines mentions sont requises sous peine de nullité

Lors de la procédure de contrôle mentionnée aux précédents articles, et plus généralement, lorsque les cotisants n'ont pas respecté l'obligation de paiement des cotisations dont ils sont redevables, les organismes de recouvrement délivrent dans un premier temps une mise en demeure ou un avertissement. À défaut de régularisation intervenue dans le mois suivant leur notification, ils peuvent délivrer une **contrainte**, qui devient un **titre exécutoire** si le débiteur n'y a pas formé opposition dans le délai requis.

L'organisme de recouvrement peut ensuite saisir un organisme tiers détenteur (établissement bancaire, employeur) qui détient une créance envers le cotisant, afin de se voir attribuer les sommes dont ce dernier lui est redevable.

À peine de nullité, la contrainte doit préciser la nature et le montant des cotisations réclamées, ainsi que la période de temps à laquelle elle se rapporte.

B. Le dispositif proposé : la limitation à trois mois de la suspension du délai de prescription des cotisations

L'article 9 *septies*, introduit par un amendement de Pascale Gruny et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, a été adopté conformément à l'avis de la commission mais contre celui du Gouvernement.

Il a pour objet de compléter l'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale, qui dispose qu'à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire, la contrainte comporte les effets d'un jugement, en indiquant que **la contrainte précise que le cotisant a la faculté de se faire assister d'un conseil de son choix.**

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a **proposé de modifier cet article en en reportant l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2026**, et en renvoyant à **un arrêté pour en préciser le dispositif juridique**. Les modifications apportées par l'article 9 *septies* aux trames de contraintes justifient que son entrée en vigueur soit reportée dans le temps.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale a été **modifié par un amendement n° 791 de son rapporteur général, qui reprend les ajouts proposés par la commission mixte paritaire.**

III - La position de la commission

La commission des affaires sociales partage la volonté de l'Assemblée nationale de sécuriser la mise en œuvre de ce nouvel ajout aux trames de contraintes, afin de limiter le risque de contentieux généré par des titres exécutoires qui seraient non conformes aux dispositions du présent article.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 10

Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 4

Cet article a pour objet d'approuver le montant prévisionnel de la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale qui font l'objet de l'annexe 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions **devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 14 mars 2022.

Article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale

(extrait)

« Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de l'année :

[...]

c) Approuve le montant de la compensation mentionnée à l'annexe prévue au 2° de l'article L.O. 111-4-1 du présent code ; »

Il propose d'approuver un montant, de 6,45 milliards d'euros dans sa rédaction initiale (6,37 milliards d'euros dans sa rédaction considérée comme adoptée en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale), correspondant au montant prévisionnel de la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 4 jointe au présent PLFSS. Il s'agit des exonérations dites « ciblées compensées », faisant l'objet d'une compensation au moyen de crédits budgétaires inscrits au projet de loi de finances¹.

¹ Les montants de la compensation par l'État, reposant sur un calcul en comptabilité de caisse, ne peuvent pas être directement rapprochés des coûts des exonérations figurant dans les tableaux habituellement utilisés pour chiffrer le coût des exonérations, établis sur la base des droits constatés.

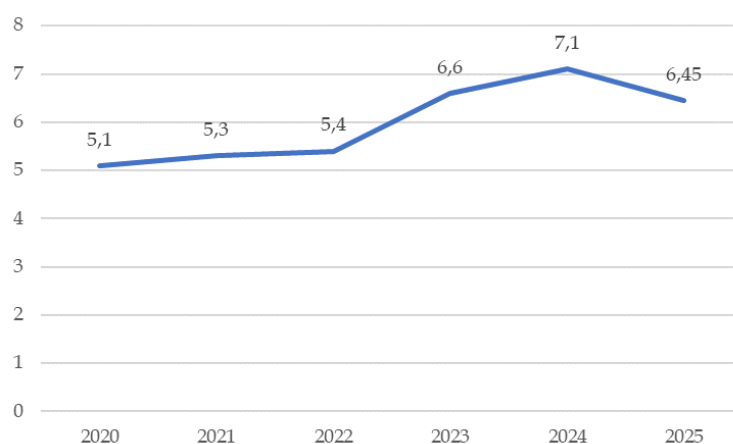
Le montant de la rédaction initiale était l'arrondi de celui, de 6,448 milliards d'euros, figurant page 57 de l'annexe 4 au présent PLFSS.

Il était en diminution de 7,1 milliards d'euros par rapport à celui de la LFSS 2024.

Cette diminution marque une inflexion par rapport à l'augmentation continue observée ces dernières années, comme le montre le graphique ci-après.

**Montants approuvés par les LFSS 2020 à 2025
(rédaction initiale du présent article)**

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales, d'après les LFSS 2020 à 2024 et le PLFSS 2025

Le tableau figurant page 57 de l'annexe 4 montre que cette diminution concernait en particulier les contrats d'apprentissage et les jeunes entreprises innovantes, dont l'article 7 proposait de rendre le régime moins favorable (ce qui a été en partie remis en cause au Sénat).

De manière plus générale, le montant global des allègements et exonérations recouvre des exonérations et allègements de différentes natures que, selon le texte initial du PLFSS, on pouvait distinguer comme suit :

**Synthèse des exonérations par nature (Robss)
(rédaction initiale du PLFSS)**

(en milliards d'euros)

	2022	2023	2024 (p)	2025 (p)
Allègements généraux	58,4	65,4	65,9	66,9
Exonérations compensées	6,6	6,7	6,7	6,9
Exonérations non compensées	2,5	2,7	2,9	2,9
Total	67,6	74,8	75,4	76,7

Remarque : ces montants, exprimés en droits constatés, ne sont pas directement comparables aux montants prévisionnels des exonérations compensées inscrits dans les LFSS, exprimés en comptabilité de caisse. Ainsi, le montant prévu pour 2025, de 6,9 milliards d'euros selon le tableau, est de 6,45 milliards d'euros selon le présent article.

Source : *Annexe 4 au PLFSS*

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

Le Gouvernement a transmis cet article au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

Le Sénat a adopté cet article sans modification.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'adopter cet article sans modification.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale actualise le montant de la prévision, ramené de 6,45 milliards d'euros à 6,37 milliards d'euros.

III - La position de la commission

La commission a approuvé le présent article, dont il convient de rappeler qu'il présente un caractère estimatif et informatif - et non normatif. Il ne saurait évidemment constituer une quelconque limite aux crédits budgétaires que l'État consacrera à ces compensations en 2025.

On souligne par ailleurs que le présent article ne porte que sur une faible part des compensations d'exonérations.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 10 bis

Suppression à compter du 1^{er} janvier 2027 de la possibilité pour le Gouvernement de plafonner par arrêté la compensation des allègements généraux de cotisations patronales à l'Unédic

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, tend à supprimer à compter du 1^{er} janvier 2027 la possibilité pour le Gouvernement de plafonner par arrêté la compensation des allègements généraux de cotisations patronales à l'Unédic.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article a été inséré par le Sénat en première lecture à l'initiative de Frédérique Puissat, avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement.

Dans sa version initiale, il prévoyait qu'une fois l'arrêté du 27 décembre 2023 (qui fixait les montants non compensés jusqu'en 2026) arrivé à échéance, le Parlement se prononçait chaque année, dans le PLFSS, sur le niveau de plafonnement à appliquer à la compensation par l'Acos à l'Unédic des allègements dégressifs de cotisations sociales patronales.

Pour mémoire, l'arrêté précité réduit les ressources de l'Unédic de 2 milliards d'euros en 2023, 2,6 milliards d'euros en 2024, 3,35 milliards d'euros en 2025 et 4 milliards d'euros en 2026.

Certes, la loi ne peut contraindre la loi à venir.

Toutefois, cet article changeait bien le droit, puisqu'il supprimait la possibilité pour le Gouvernement de plafonner par arrêté cette compensation, introduite par la LFSS 2024.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de supprimer la mention, contraire aux dispositions organiques du code de la sécurité sociale, que le plafond ne pouvait figurer que dans une LFSS, et pas dans une loi ordinaire. En effet, cette disposition aurait suscité un risque d'inconstitutionnalité.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend le texte proposé par la CMP.

III – La position de la commission

La commission est favorable à cet article, cohérent avec sa position lors de l'examen du PLFSS 2024. Le Sénat avait alors adopté un amendement de la commission supprimant cette possibilité de plafonnement. Toutefois cette disposition avait été rétablie dans la suite de la navette.

La commission considère que la modification apportée par l'Assemblée nationale, identique à celle proposée par la CMP, sécurise utilement le dispositif d'un point de vue juridique.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 11

Tableaux d'équilibre 2025 et FSV

Cet article détermine les tableaux d'équilibre pour 2025 du Fonds de solidarité vieillesse et des différentes branches des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I – Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions **devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 14 mars 2022.

Article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale (extraits)

« Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de l'année :

[...]

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. Cet équilibre est défini au regard des données économiques, sociales et financières décrites dans le rapport prévu à l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances. À cette fin, la loi de financement de l'année :

a) Prévoit les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que celles des organismes concourant au financement de ces régimes ;

[...]

d) Retracer l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes ; [...] »

Il présente le tableau d'équilibre contenant, par branche, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale pour 2025. Ce tableau est depuis la LFSS 2023 le seul à être approuvé par le Parlement, le nouveau cadre organique ne prévoyant plus d'approbation des tableaux d'équilibre du régime général.

Dans la version initiale de cet article, ce tableau, qui agrège les régimes obligatoires de base et le FSV, faisait apparaître une prévision de déficit consolidé de 16 milliards d'euros, selon la répartition par branche suivante.

**Tableau d'équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale
et du Fonds de solidarité vieillesse pour l'année 2025**

(rédaction initiale du présent article)

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	247,4	260,8	- 13,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,1	17,0	0,2
Vieillesse	297,1	300,2	- 3,1
Famille	59,7	59,7	0,0
Autonomie	42,0	42,4	- 0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	644,4	661,1	- 16,7
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	645,4	661,5	- 16,0

Source : Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025

Les prévisions pour 2025 ont été commentées par la rapporteure générale dans le tome I du rapport général sur le texte initial du PLFSS.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

Le tableau ci-après synthétise les différentes versions du présent article.

Équilibre de la sécurité sociale en 2025 : comparaison des versions successives du texte

(en milliards d'euros)

	Texte initial et texte transmis au Sénat	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte proposé par la CMP* et texte sur lequel le précédent gouvernement a été censuré	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale
Maladie				
Recettes	247,4	246,7	245,9	246,4
Dépenses	260,8	260,0	259,3	261,8
Solde	- 13,4	- 13,2	- 13,4	- 15,4
Accidents du travail et maladies professionnelles				
Recettes	17,1	17,1	17,1	17,1
Dépenses	17,0	17,0	17,0	17,0
Solde	0,2	0,2	0,2	0,2
Famille				
Recettes	59,7	59,7	59,8	59,9
Dépenses	59,7	59,7	59,7	59,5
Solde	0,0	0,0	0,0	0,4
Vieillesse				
Recettes	297,1	296,3	295,7	296,6
Dépenses	300,2	300,7	300,7	304,1
Solde	- 3,1	- 4,4	- 5,0	- 7,5
Autonomie				
Recettes	42,0	44,5	42,0	41,9
Dépenses	42,4	42,7	42,7	42,6
Solde	- 0,4	1,8	- 0,7	- 0,7
Régimes obligatoires de base de sécurité sociale consolidés				
Recettes	644,4	645,5	641,5	643,0
Dépenses	661,1	661,2	660,5	666,1
Solde	- 16,7	- 15,7	- 19,0	- 23,0
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)				
Recettes	22,0	22,0	22,0	22,1
Dépenses	21,3	21,3	21,3	21,1
Solde	0,7	0,7	0,7	0,9
Régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss)+FSV				
Recettes	645,4	646,5	642,6	644,3
Dépenses	661,5	661,5	660,9	666,4
Solde	- 16,0	- 15,0	- 18,3	- 22,1

* Conformément à l'usage, la CMP n'a pas actualisé cet article pour prendre en compte les conséquences des modifications proposées par ailleurs, laissant au Gouvernement le soin de le faire dans la suite de la navette. Les montants indiqués ici sont ceux du texte sur lequel le précédent gouvernement a été censuré.

Source : Commission des affaires sociales, d'après les textes indiqués

A. Les modifications adoptées en première lecture

Le Gouvernement a transmis cet article au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

Le Sénat a adopté, avec un avis favorable de la commission, un amendement du Gouvernement tirant les conséquences des modifications législatives ou réglementaires envisagées.

Il s'agissait d'une innovation, l'usage jusqu'à présent n'étant pas que le Gouvernement tire les conséquences des votes du Sénat lors de l'examen du texte au Sénat. La rapporteure générale se félicite de cette bonne pratique, qui devra constituer un précédent.

Selon les estimations du Gouvernement, les mesures apportées par le Sénat ou à son initiative amélioreraient le solde 2025 d'environ 1 milliard d'euros (du fait de mesures dégradant ou améliorant le solde de respectivement un peu moins et un peu plus de 3 milliards d'euros).

Au total, à la sortie du Sénat le solde 2025 était amélioré d'1 milliard d'euros. Ainsi, le déficit, de 16 milliards d'euros selon le texte initial, était ramené à 15 milliards d'euros.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La CMP a proposé de retenir le texte du Sénat. En effet, l'usage est que son texte ne tire pas les conséquences, dans ses articles de chiffres, des modifications apportées aux autres articles, ce soin étant laissé au Gouvernement dans la suite de la navette.

Toutefois le texte sur lequel le précédent gouvernement a été censuré le 4 décembre 2024 avait bien été actualisé pour prendre en compte ces modifications. Il affichait un déficit de 18,3 milliards d'euros, en augmentation de 3,3 milliards d'euros par rapport au texte adopté par le Sénat en première lecture.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, prenant acte des modifications adoptées aux autres articles et de la révision à la baisse des mesures d'amélioration du solde devant être prises par voie réglementaire, augmente encore le déficit prévisionnel de 3,8 milliards d'euros, le portant à 22,1 milliards d'euros.

III - La position de la commission

La commission déplore que le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale prévoit un déficit de 22,1 milliards d'euros en 2025, alors que le texte adopté par le Sénat en première lecture prévoyait un déficit de « seulement » 15 milliards d'euros.

Par ailleurs, comme indiqué dans l'avant-propos, cette prévision paraît optimiste.

Toutefois, l'approbation de cet article obligatoire est avant tout une prise d'acte des prévisions du Gouvernement par le Parlement.

Par ailleurs, il importe que la France se dote d'une LFSS pour 2025.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 14

Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale

Cet article propose d'approuver le rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale constituant l'annexe à la future LFSS.

Le rapport prévoit une aggravation du déficit de la sécurité sociale, qui, sur la base d'hypothèses pourtant optimistes en matière de croissance du PIB et de l'Ondam, passerait, selon le texte initial, de 16 milliards d'euros en 2025 à 19,9 milliards d'euros en 2028, et, selon le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, de 22,1 milliards d'euros en 2025 à 24,1 milliards d'euros en 2028.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément à la loi organique du 14 mars 2022.

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

« Le projet de loi de financement de l'année est accompagné d'un rapport décrivant, pour les quatre années à venir, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base, par branche, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ces prévisions sont établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques présentées dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

Le rapport précise les hypothèses sur lesquelles repose la prévision de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir. Ces hypothèses prennent en compte les facteurs concourant à l'évolution tendancielle de cet objectif ainsi que l'impact attendu des mesures nouvelles.

En outre, ce rapport présente, pour chacun des exercices de la période de programmation de la loi de programmation des finances publiques en vigueur, les écarts cumulés entre, d'une part, les prévisions de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement qui figurent dans cette même loi et, d'autre part, les objectifs de dépenses décrits dans ce rapport.

Le rapport précise les raisons et hypothèses expliquant ces écarts ainsi que, le cas échéant, les mesures prévues par le Gouvernement pour les réduire. »

Conformément aux dispositions organiques rappelées *supra*, le rapport constituant l'annexe de la future LFSS¹ détaille, pour les années 2024 à 2028, les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et les soldes par risque pour les régimes obligatoires de base et par branche pour le régime général.

Le tableau ci-après reprend, par branche, les prévisions de recettes, de dépenses et de solde des Robss figurant dans le rapport annexé qu'il était proposé d'approuver dans la version initiale du texte.

¹ Cette annexe se distingue en cela des annexes 1 à 9 du PLFSS, destinées à l'information du citoyen et du Parlement et qui n'ont pas vocation à être annexées à la future LFSS.

**Prévisions des recettes, dépenses et soldes
de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV
(version initiale du PLFSS)**

(en milliards d'euros)

	2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)
Maladie						
Recettes	232,8	239	247,4	254,2	262	269,5
Dépenses	243,9	253,6	260,8	268,3	276,2	284,4
Solde	-11,1	-14,6	-13,4	-14,2	-14,3	-14,9
Accidents du travail et maladies professionnelles						
Recettes	16,8	16,7	17,1	17	17,6	18,1
Dépenses	15,4	16	17	17,4	18,2	18,6
Solde	1,4	0,7	0,2	-0,4	-0,6	-0,5
Famille						
Recettes	56,8	58,3	59,7	60,9	63	64,9
Dépenses	55,7	57,9	59,7	61,4	62,8	64
Solde	1	0,4	0	-0,5	0,2	0,9
Vieillesse						
Recettes	272,5	287,4	297,1	307,6	315,9	322,1
Dépenses	275,1	293,7	300,2	309,3	318,6	328,2
Solde	-2,6	-6,3	-3,1	-1,7	-2,7	-6,1
Autonomie						
Recettes	37	40,9	42	42	43,9	45,1
Dépenses	37,6	40	42,4	44	45,7	47,6
Solde	-0,6	0,9	-0,4	-1,9	-1,8	-2,5
Régimes obligatoires de base de sécurité sociale consolidés						
Recettes	598,5	624,2	644,4	662,4	682,1	699,1
Dépenses	610,4	643	661,1	681	701,2	722,1
Solde	-11,9	-18,9	-16,7	-18,6	-19,1	-23
Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse						
Recettes	600	625,3	645,4	663,6	684,3	702,5
Dépenses	610,7	643,4	661,5	681,4	701,6	722,4
Solde	-10,8	-18	-16	-17,7	-17,2	-19,9

Source : Annexe au PLFSS pour 2025

Cette programmation, et les hypothèses sous-jacentes, ont été présentées dans le tome I du rapport général relatif au texte initial du PLFSS.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

Le Gouvernement a transmis cet article et le rapport annexé au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

Le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement réécrivant totalement l'annexe, notamment pour actualiser les chiffres, faisant ainsi tomber tous les autres amendements, dont ceux de la commission. Si, s'agissant des amendements de la commission, cet amendement incluait le report de trois à quatre ans de la hausse des taux de cotisation à la CNRACL, il ne retenait pas la proposition d'insérer un avertissement liminaire précisant que ce rapport constituait une prévision à droit constant mais pas une programmation – autrement dit, qu'il convenait de prendre des mesures supplémentaires pour atteindre les objectifs fixés par les programmations de finances publiques¹.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire proposait de modifier le rapport annexé principalement sur les points suivants :

- insertion de l'avertissement proposé en première lecture par la commission ;

- référence à 1,3 milliard d'euros de mesures supplémentaires d'amélioration du solde, définies de manière plus ou moins précise :

○ « des mesures d'efficience dans la gestion des organismes de sécurité sociale », pour 50 millions d'euros ;

○ « des mesures complémentaires en recettes visant à élargir l'assiette soumise à cotisation et à écrêter les niches socio-fiscales [...] mises en œuvre par voie réglementaire pour un rendement total de 0,2 milliards d'euros et des mesures d'efficience dans la gestion des organismes de sécurité sociale [...] à hauteur de 50 millions d'euros » ;

○ un « effort supplémentaire de 600 millions d'euros sur le médicament qui sera contractualisé avec les industries de santé » ;

○ dans le domaine de la santé, « 600 millions d'euros de mesures complémentaires de modération de la dépense et d'efficience, qui devront notamment être documentées par des mesures réglementaires ».

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

1. Une référence à la conférence sur les retraites

Hors modification des données chiffrées, le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale s'écarte du texte proposé par la CMP essentiellement sur les points suivants :

- il ne reprend pas l'avertissement liminaire proposé par la commission en première lecture, puis par la CMP ;

¹ Comme le plan budgétaire et structurel à moyen terme (PSMT) 2025-2029 adressé à la Commission européenne le 31 octobre 2024.

- sur le 1,3 milliard d'euros de mesures supplémentaires d'amélioration du solde, il supprime 0,7 milliard, ne conservant que le 0,6 milliard sur le médicament ;

- surtout, il indique que « le gouvernement a confié aux partenaires sociaux l'organisation d'une conférence ayant pour objectif de proposer des améliorations du système de retraite, sur l'ensemble des sujets qu'ils souhaiteront aborder, et de rétablir son équilibre financier à un horizon raisonnable, sans dégrader la trajectoire des finances publiques. Celle-ci doit se tenir à partir de mi-février et durer trois mois. Le Gouvernement soumettra ensuite au Parlement les éléments qui auront fait l'objet d'un accord entre les partenaires sociaux ».

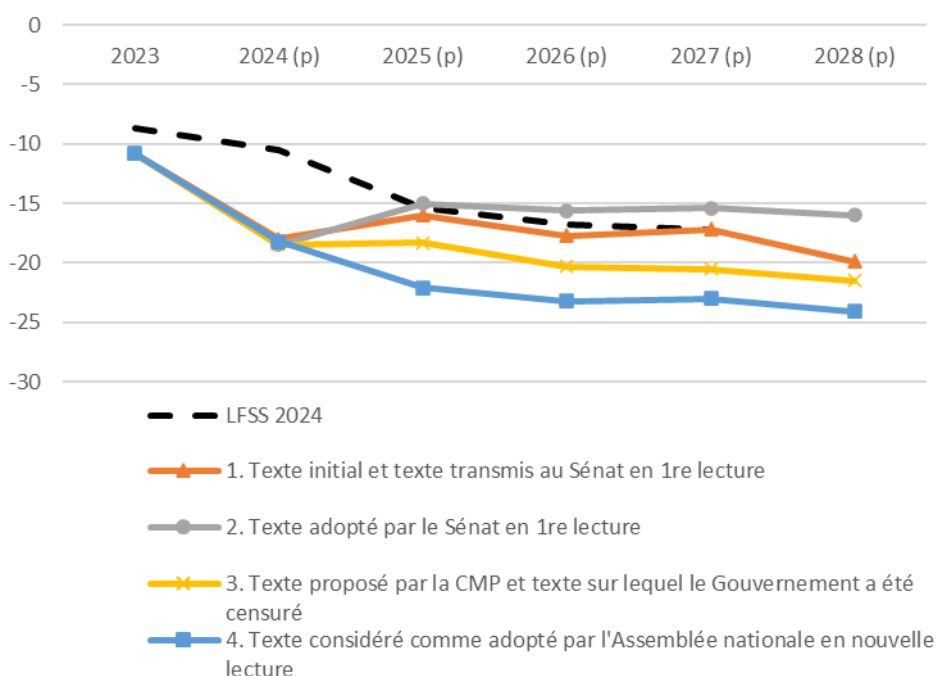
2. Un déficit porté à 22,1 milliards d'euros en 2025 et 24,1 milliards d'euros en 2028

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale actualise les principaux chiffres et effectue des modifications de coordination pour prendre en compte les modifications apportées au PLFSS.

Sur la base d'une croissance du PIB ramenée de 1,1 % à 0,9 %, les principaux équilibres seraient les suivants.

Solde de la sécurité sociale (Robss + FSV) : prévision des versions successives du texte

(en milliards d'euros)



	2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)
Texte initial et texte transmis par le Gouvernement au Sénat						
Recettes	600,0	625,3	645,4	663,6	684,3	702,5
Dépenses	610,7	643,4	661,5	681,4	701,6	722,4
Solde	-10,8	-18,0	-16,0	-17,7	-17,2	-19,9
Texte adopté par le Sénat en première lecture						
Recettes	600,0	624,8	646,5	665,8	686,1	706,2
Dépenses	610,7	643,4	661,5	681,4	701,5	722,2
Solde	-10,8	-18,5	-15,0	-15,6	-15,4	-16,0
Texte adopté par la CMP* et texte sur lequel le précédent gouvernement a été censuré						
Recettes	600,0	624,8	642,6	660,5	680,6	700,4
Dépenses	610,7	643,4	660,9	680,8	701,1	721,9
Solde	-10,8	-18,5	-18,3	-20,3	-20,5	-21,5
Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture						
Recettes	600,0	624,7	644,3	662,2	682,6	702,5
Dépenses	610,7	642,9	666,4	685,4	705,6	726,6
Solde	-10,8	-18,2	-22,1	-23,2	-23,0	-24,1

FSV : Fonds de solidarité vieillesse. Robss : régime obligatoire de base de sécurité sociale.

* Formellement, la CMP n'a pas actualisé les articles de chiffres. Toutefois, sous réserve de quelques adaptations techniques mineures, le texte sur lequel le Gouvernement a été censuré était celui de la CMP.

Source : Commission des affaires sociales, d'après les textes indiqués

3. Un déficit accru de 6 milliards d'euros par rapport au texte initial, dont 1 milliard d'euros correspondant à de moindres recettes et 5 milliards d'euros correspondant à des dépenses supplémentaires

Le tableau ci-après permet de comparer l'équilibre par branche du texte initial et du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale.

Schématiquement, par rapport au texte initial, le déficit en 2025 serait accru de 6 milliards d'euros, dont 1 milliard d'euros correspondant à de moindres recettes et 5 milliards d'euros correspondant à des dépenses supplémentaires.

Les moindres recettes, concernant en quasi-totalité la branche maladie, s'observent dès 2024 et correspondent notamment à la révision à la baisse du montant des remises sur les médicaments.

Les modifications des mesures sur les recettes entre le texte initial et le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale tendant à réduire les recettes d'environ 3 milliards d'euros (essentiellement du fait de la réduction de 2,5 milliards d'euros du rendement de la mesure sur les allègements généraux de cotisations patronales), cela suggère un plus grand dynamisme spontané des recettes.

Les dépenses supplémentaires (5 milliards d'euros) se répartissent entre la branche maladie (1 milliard d'euros, du fait d'une moindre maîtrise

des dépenses de santé) et la branche vieillesse (4 milliards d'euros, du fait essentiellement de l'abandon du décalage de la revalorisation des pensions de retraite, pour 2,9 milliards d'euros).

Les modifications des mesures sur les dépenses entre le texte initial et le texte considéré comme adopté comme adopté par l'Assemblée nationale tendant à augmenter les dépenses de « seulement » 3 milliards d'euros, cela suggère un plus grand dynamisme spontané des dépenses.

**Comparaison du texte initial et du texte considéré comme adopté
par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

(en milliards d'euros)

	Exécution	Texte initial et texte transmis par le Gouvernement au Sénat						Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture					Écart				
		2023	2024	2025	2026	2027	2028	2024	2025	2026	2027	2028	2024	2025	2026	2027	2028
Maladie																	
Recettes	232,8	239,0	247,4	254,2	262,0	269,5	238,0	246,4	253,5	261,4	268,9	-1,0	-1,0	-0,7	-0,6	-0,6	
Dépenses	243,9	253,6	260,8	268,3	276,2	284,4	253,3	261,8	269,5	277,5	285,7	-0,3	1,0	1,2	1,3	1,3	
Solde	-11,1	-14,6	-13,4	-14,2	-14,3	-14,9	-15,3	-15,4	-16,0	-16,1	-16,8	-0,7	-2,0	-1,8	-1,8	-1,9	
Accidents du travail et maladies professionnelles																	
Recettes	16,8	16,7	17,1	17,0	17,6	18,1	16,7	17,1	17,0	17,6	18,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Dépenses	15,4	16,0	17,0	17,4	18,2	18,6	16,1	17,0	17,3	18,2	18,6	0,1	0,0	-0,1	0,0	0,0	
Solde	1,4	0,7	0,2	-0,4	-0,6	-0,5	0,6	0,2	-0,4	-0,6	-0,5	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	
Famille																	
Recettes	56,8	58,3	59,7	60,9	63,0	64,9	58,4	59,9	61,2	63,4	65,3	0,1	0,2	0,3	0,4	0,4	
Dépenses	55,7	57,9	59,7	61,4	62,8	64,0	57,9	59,5	61,2	62,5	63,7	0,0	-0,2	-0,2	-0,3	-0,3	
Solde	1,0	0,4	0,0	-0,5	0,2	0,9	0,5	0,4	0,0	0,8	1,6	0,1	0,4	0,5	0,6	0,7	
Vieillesse																	
Recettes	272,5	287,4	297,1	307,6	315,9	322,1	287,6	296,6	306,3	314	321,9	0,2	-0,5	-1,3	-1,9	-0,2	
Dépenses	275,1	293,7	300,2	309,3	318,6	328,2	293,6	304,1	312	321,1	330,8	-0,1	3,9	2,7	2,5	2,6	
Solde	-2,6	-6,3	-3,1	-1,7	-2,7	-6,1	-6,0	-7,5	-5,7	-7,1	-8,9	0,3	-4,4	-4	-4,4	-2,8	
Autonomie																	
Recettes	37,0	40,9	42,0	42,0	43,9	45,1	41,1	41,9	42,1	43,9	45,2	0,2	-0,1	0,1	0,0	0,1	
Dépenses	37,6	40,0	42,4	44,0	45,7	47,6	39,9	42,6	44,3	46,0	47,9	-0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	
Solde	-0,6	0,9	-0,4	-1,9	-1,8	-2,5	1,1	-0,7	-2,2	-2,1	-2,8	0,2	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	
Régimes obligatoires de base de sécurité sociale consolidés																	
Recettes	598,5	624,2	644,4	662,4	682,1	699,1	623,6	643,0	660,8	680,2	698,9	-0,6	-1,4	-1,6	-1,9	-0,2	
Dépenses	610,4	643,0	661,1	681,0	701,2	722,1	642,6	666,1	685,1	705,2	726,3	-0,4	5,0	4,1	4,0	4,2	
Solde	-11,9	-18,9	-16,7	-18,6	-19,1	-23,0	-19,0	-23,0	-24,3	-25,0	-27,4	-0,1	-6,3	-5,7	-5,9	-4,4	
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)																	
Recettes	20,4	21,4	22,0	22,8	23,5	24,2	21,4	22,1	22,8	23,6	24,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	
Dépenses	19,3	20,6	21,3	21,9	21,6	21,1	20,6	21,1	21,8	21,5	20,9	0,0	-0,2	-0,1	-0,1	-0,2	
Solde	1,1	0,8	0,7	0,9	1,9	3,1	0,8	0,9	1,1	2,1	3,3	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	
Régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss)+FSV																	
Recettes	600,0	625,3	645,4	663,6	684,3	702,5	624,7	644,3	662,2	682,6	702,5	-0,6	-1,1	-1,4	-1,7	0,0	
Dépenses	610,7	643,4	661,5	681,4	701,6	722,4	642,9	666,4	685,4	705,6	726,6	-0,5	4,9	4,0	4,0	4,2	
Solde	-10,8	-18,0	-16,0	-17,7	-17,2	-19,9	-18,2	-22,1	-23,2	-23,0	-24,1	-0,2	-6,1	-5,5	-5,8	-4,2	

Source : Commission des affaires sociales, d'après les textes indiqués

III - La position de la commission

La commission déplore le niveau très élevé du déficit en 2025, qui à droit inchangé augmenterait encore par la suite.

Le texte adopté par le Sénat en première lecture correspondait, selon le Gouvernement, à un déficit de « seulement » 15 milliards d'euros en 2025 et 16 milliards d'euros en 2028, ce qui, sans être particulièrement vertueux, aurait eu le mérite de permettre une baisse symbolique par rapport au déficit de 2024 (18,2 milliards d'euros).

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale correspond à un déficit de 22,1 milliards d'euros en 2025, qui atteindrait 24,1 milliards d'euros en 2028 – prévision qui, comme indiqué dans l'avant-propos, paraît optimiste.

Cela souligne la nécessité de se doter rapidement d'une trajectoire crédible de rapprochement de l'équilibre, reposant sur des mesures documentées.

L'adoption du présent PLFSS est toutefois le nécessaire préalable au rétablissement de nos finances sociales.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2025

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Article 15

Régulation des dépenses dans le champ conventionnel

Cet article vise à renforcer les outils de régulation des dépenses dans les secteurs de la biologie médicale et de l'imagerie. Il fixe à 300 millions d'euros, par ailleurs, pour les années 2025 à 2027, le niveau minimal d'économies à réaliser dans les champs de l'imagerie et du transport sanitaire.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Face au dynamisme des dépenses d'imagerie et de biologie, les outils existants de régulation apparaissent insuffisants

1. Le dynamisme des dépenses de biologie et d'imagerie

a) Le secteur de la biologie s'est fortement concentré et connaît une rentabilité importante

- Les dépenses de biologie apparaissent **spontanément dynamiques**, portées par une **forte croissance des volumes** ces dernières années.

Sur la période 2014-2021, la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) estime le **rythme spontané d'évolution des dépenses à 3,5 % par an**. Celui-ci est notamment porté par une croissance annuelle des volumes de 2,8 % sur la même période. Ce dynamisme est freiné par des baisses tarifaires régulières, fondées sur les gains de productivité observés dans le secteur, qui ont permis de réduire la progression des dépenses de 1,7 % par an en moyenne¹. Pour l'année 2025, la croissance spontanée des dépenses s'établirait, d'après le Gouvernement, à 3,2 %².

La **croissance annuelle du nombre d'actes semble s'accélérer**. Après exclusion des dépistages relatifs à la covid-19, celle-ci s'est établie à 4 %

¹ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2023, p. 206.

² Annexe 5 « Ondam et dépenses de santé », p. 30.

entre 2019 et 2021, et à 3,9 % entre 2018 et 2019. Selon la Cnam, cette croissance est essentiellement le fait d'une augmentation du nombre d'actes prescrits par ordonnance - 7,7 en moyenne en 2021, contre 7,1 en 2019¹. Sur les cinq premiers mois de 2024, d'après le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), l'augmentation des dépenses de biologie est portée par un fort « effet volume » (+ 5,5 %), atténué par des baisses tarifaires (pour un effet prix de - 4,6 %)².

L'activité de biologie des laboratoires privés est **concentrée sur une vingtaine d'actes**, parmi le millier d'actes inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), qui représentaient, en 2021, 72 % de l'activité en volume et 56 % des remboursements. Figurent parmi ceux-ci le dosage de la créatine, en très forte croissance, ou de la ferritine³.

- Le secteur apparaît, en outre, **particulièrement profitable**. D'après la Cnam, en 2022, l'excédent brut d'exploitation (EBE) y atteindrait 25 % du chiffre d'affaires et le résultat net, 26 % du chiffre d'affaires.

Ces indicateurs sont globalement **en hausse depuis le milieu des années 2010**⁴. Entre 2016 et 2022, le rapport entre le résultat net et le chiffre d'affaires serait ainsi, d'après la Cnam, passé de 10 % à 26 %.

¹ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2023, p. 209.

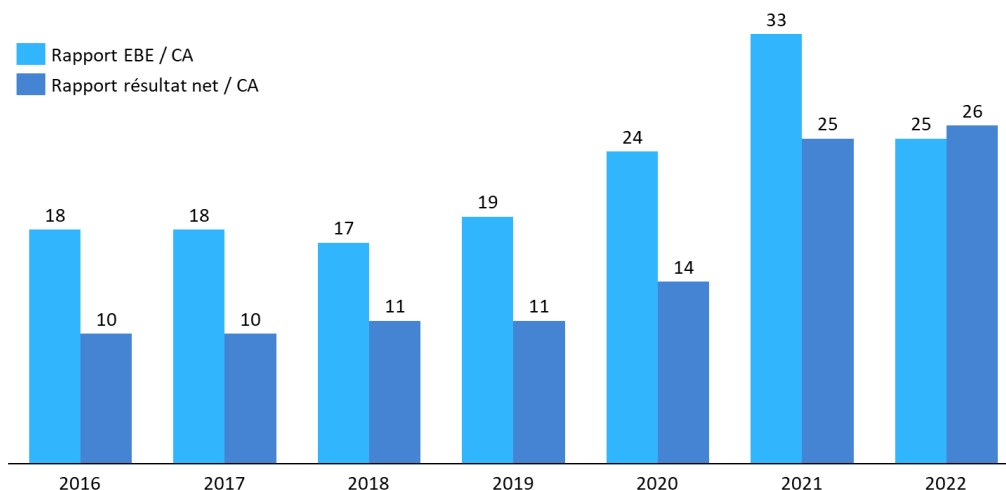
² Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024, p. 83.

³ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2023, pp. 211-212.

⁴ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2025, p. 268.

Excédent brut d'exploitation et résultat net des laboratoires, rapportés au chiffre d'affaires du secteur (2016-2022)

en %



Source : commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données Cnam (2024)

- Le secteur est caractérisé, enfin, par un **très haut niveau de concentration et un mouvement avancé de financiarisation**.

Ainsi que le relève un rapport d'information récent de la commission des affaires sociales relatif à la financiarisation de l'offre de soins¹, **le nombre de structures juridiques a sensiblement diminué dans le secteur**. Selon la Cnam, alors la France comptait 2 625 structures à la fin de l'année 2009, elles n'étaient plus que 377 à la fin de l'année 2021. Cette même année, les six plus grands groupes de biologie privés (Biogroup-LCD, Cerballiance, Inovie, Synlab, Eurofins et Unilabs) concentraient à eux seuls 62 % des sites de biologie médicale recensés sur le territoire national².

Si la place de ces six grands groupes dans l'offre de biologie médicale varie sensiblement d'une région à l'autre, le rapport d'information relevait toutefois que la biologie constituait, en ville, « *sans doute le secteur le plus nettement financiarisé* »³.

b) *Le dynamisme des dépenses d'imagerie s'est accéléré ces dernières années*

- Les dépenses relatives aux actes d'imagerie médicale, en ville, proviennent tant de la **rémunération des actes techniques d'imagerie**, relevant de la classification commune des actes médicaux (CCAM), que de

¹ Rapport d'information n° 776 (2023-2024) Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ? de Corinne Imbert, Bernard Jomier et Olivier Henno, déposé le 25 septembre 2024, p. 36.

² Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2023, juillet 2022, p. 196.

³ Rapport d'information n° 776 (2023-2024) Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ?, op. cit., p. 34.

la prise en charge, sous forme de **forfaits techniques**, des frais d'amortissement et de maintenance des appareils d'imagerie lourde.

Le rapport à la CCSS de juin 2021 estimait qu'en 2019, la quasi-totalité des honoraires des radiologues provenaient des actes d'imagerie (69 % du total) et des forfaits techniques (29 %), le reste correspondant à d'autres actes techniques ou consultations¹.

D'après la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) des ministères sociaux, **les revenus des radiologues se classent parmi les plus élevés** au sein des spécialités médicales exerçant en libéral. En 2019, ainsi, le revenu libéral moyen des radiologues s'élevait à 202 600 euros, contre 146 200 euros pour l'ensemble des spécialistes et 116 800 euros pour l'ensemble des médecins, y compris les médecins généralistes².

La part relative des actes et des forfaits techniques **varie sensiblement en fonction de la technologie utilisée**. Les forfaits constituaient ainsi, d'après la Cour des comptes, en 2020, près des deux tiers des dépenses en matière d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou de scannographie³. Ces actes d'imagerie lourde représentaient, en 2019, 48 % des montants remboursés par l'assurance maladie pour seulement 19 % des actes réalisés⁴.

- Ces dépenses ont connu une **croissance soutenue ces dernières années**.

D'après la Cnam, les remboursements d'assurance maladie du régime général pour les activités d'imagerie médicale – hors échographie – en secteur libéral ont, ainsi, crû de **6,2 % par an en moyenne entre 2021 et 2023**, contre 3 % par an en moyenne entre 2013 et 2019.

En 2023, ces remboursements s'élevaient à **3,4 milliards d'euros**, dont 1,4 milliard d'euros de forfaits techniques. Les actes relevant de la radiologie et de l'imagerie médicale représentaient, à eux seuls, 41 % des sommes remboursées et 42 % des actes relevant de la CCAM.

¹ Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, *juin 2021*, p. 133.

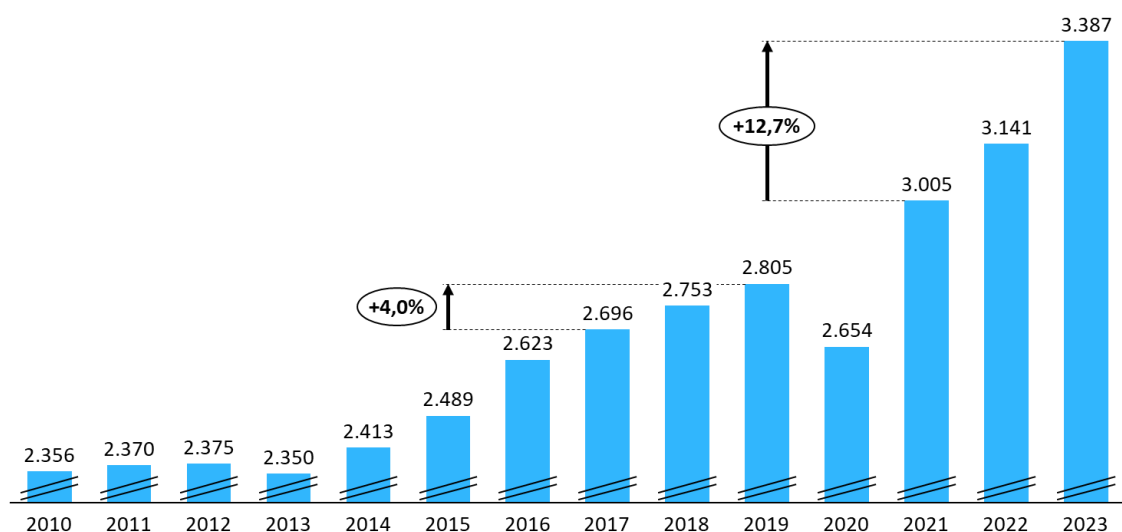
² Drees, Revenus des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017, *mars 2022*.

³ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, *octobre 2022*, p. 172.

⁴ Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, *juin 2021*, p. 134.

Montants remboursés pour les actes d'imagerie et forfaits techniques (2010-2023)

(en millions d'euros)



Source : commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données Cnam (2024)

Cette augmentation est, pour l'essentiel, portée par une **croissance des volumes, en particulier en matière d'imagerie lourde**. La Cour des comptes observe, ainsi, que sur la période 2017-2019, le nombre total d'examens a augmenté de 3,4 %, les progressions les plus marquées concernant l'imagerie lourde et, notamment, l'IRM qui a connu une croissance de 12,9 %¹. Sur la période 2019-2021, le nombre total d'actes n'a augmenté que de 0,7 %, grâce notamment à la diminution de 4,8 % des actes de radiologie. Toutefois, la croissance constatée des dépenses a été portée par l'augmentation du nombre de scannographies, plus onéreuses².

- Enfin, l'imagerie de ville est, comme la biologie médicale, fréquemment citée parmi les **secteurs faisant l'objet d'un phénomène de financiarisation**.

La Cnam relève ainsi, en 2024, que « dans ce secteur, la financiarisation du système de santé conduit au regroupement croissant des professionnels dans des sociétés d'exercice libéral mais aussi au développement des activités de radiologie par certains centres de santé »³.

Le rapport d'information précité de la commission des affaires sociales du Sénat a, par ailleurs, constaté la progression de groupes d'imagerie privés financiarisés, portés par des besoins d'investissement importants et des départs en retraite de nombreux praticiens détenteurs de cabinets

¹ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2022, p. 178.

² Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2022, op., cit., p. 172.

³ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2025, p. 383.

indépendants et à la recherche de repreneurs. D'après certains acteurs interrogés, ce mouvement de financiarisation pourrait toucher 20 % à 30 % du secteur, pourtant traditionnellement fragmenté¹.

2. Les dispositifs existants de régulation des dépenses

a) Les accords triennaux de maîtrise des dépenses de biologie

- Les tarifs de biologie médicale dépendent, d'une part, de leur **inscription et de leur cotation au sein de la nomenclature** – exprimée en nombre de lettres-clés – et, d'autre part, de la **valeur de la lettre clé** associée, fixée par la convention conclue entre l'assurance maladie et les directeurs de laboratoires de biologie médicale (LBM)².

Deux principaux outils permettent, ainsi, à l'assurance maladie de procéder à des baisses tarifaires dans le secteur. D'une part, une diminution de cotation ciblée peut viser un ou plusieurs actes pour réduire leur valeur exprimée en nombre de lettres-clés. D'autre part, une baisse de la valeur de la lettre-clé permet de réduire, à due proportion, le tarif associé à chacun des actes inscrits. L'avenant 11 à la convention nationale, signé le 10 janvier 2023, a ainsi prévu une baisse du prix de la lettre B à compter du 1^{er} février 2023, pour la fixer à 0,26 euro en France métropolitaine, à 0,30 euro dans les Antilles et à 0,32 euro en Guyane et à la Réunion³.

- Permises par les gains de productivité réalisés par le secteur et justifiées par la croissance spontanée des dépenses, des **mesures de régulation des dépenses de biologie médicale** ont été mises en œuvre ces dernières années.

Entre 2006 et 2013, ainsi, l'assurance maladie a, à plusieurs reprises, diminué la cotation de nombreux actes de biologie médicale afin contenir la progression spontanée des dépenses.

Surtout, depuis 2014, des **protocoles triennaux** ont été conclus avec la profession, permettant une régulation couplée des prix et des volumes des actes courants de biologie, à l'exclusion des actes innovants ou relevant de la gestion de crise sanitaire.

Trois protocoles ont, ainsi, été mis en œuvre pour les années 2014 à 2021, qui ont permis de contenir la croissance des dépenses de biologie entrant dans leur champ :

- le **protocole pour la période 2014-2016**, d'abord, qui a fixé un objectif de croissance annuelle des remboursements de 0,25 % ;

¹ Rapport d'information n° 776 (2023-2024) Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ? de Corinne Imbert, Bernard Jomier et Olivier Henno, déposé le 25 septembre 2024.

² Article L. 162-14 du code de la sécurité sociale.

³ Arrêté du 26 janvier 2023 portant approbation de l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales et l'assurance maladie.

- le **protocole pour la période 2017-2019**, ensuite, qui a reconduit le même objectif ;

- le **protocole triennal pour les années 2020-2022**, enfin, qui a porté cet objectif de croissance à 0,4 % pour 2020, 0,5 % pour 2021 et 0,6 % pour 2022¹.

Compte tenu de la très forte croissance du chiffre d'affaires du secteur observée durant la crise sanitaire, et l'effet inflationniste des dépenses liées à la covid-19 se trouvant hors du champ de la régulation, la **LFSS pour 2023** a prévu qu'un nouvel accord devrait être conclu avant le 1^{er} février 2023 afin de générer une économie d'au moins 250 millions d'euros dès la première année. Dans le cas contraire, elle autorisait le Gouvernement à baisser unilatéralement les tarifs des actes de biologie médicale non liés à la gestion de la crise sanitaire, par arrêté, afin d'atteindre cet objectif d'économies².

Malgré un vaste mouvement de contestation de la profession, les partenaires conventionnels ont pu signer :

- l'**avenant 11 à la convention nationale**, le 10 janvier 2023, portant une baisse de la lettre-clé B pour l'année 2023 et définissant un cadre de travail en vue de la définition d'une trajectoire pluriannuelle pour 2024-2026³ ;

- un **nouveau protocole triennal pour les années 2024 à 2026**, le 27 juillet 2023⁴, prévoyant une progression des dépenses de 0,4 % par an sur la période et diverses mesures de maîtrise des volumes destinées à y contribuer.

• Ces protocoles se sont **révélés efficaces pour maîtriser les dépenses de biologie médicale** ces dix dernières années.

D'après la Cnam, les dispositifs de régulation négociés ont permis de réaliser, entre 2014 et 2021, 545 millions d'euros d'économies et de contenir à 0,9 % l'augmentation annuelle moyenne des dépenses, pour une croissance spontanée estimée à 3,5 % par an sur la même période.

Ces économies ont été réalisées, principalement, par la **mise en œuvre de baisses ciblées de cotation**. Des baisses temporaires généralisées de l'ensemble des actes de biologie, par la diminution de la valeur de la lettre B, ont été activées en 2016 et 2018 pour des rendements de 26 et 21 millions d'euros.

¹ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2023, p. 203.

² Article 51 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

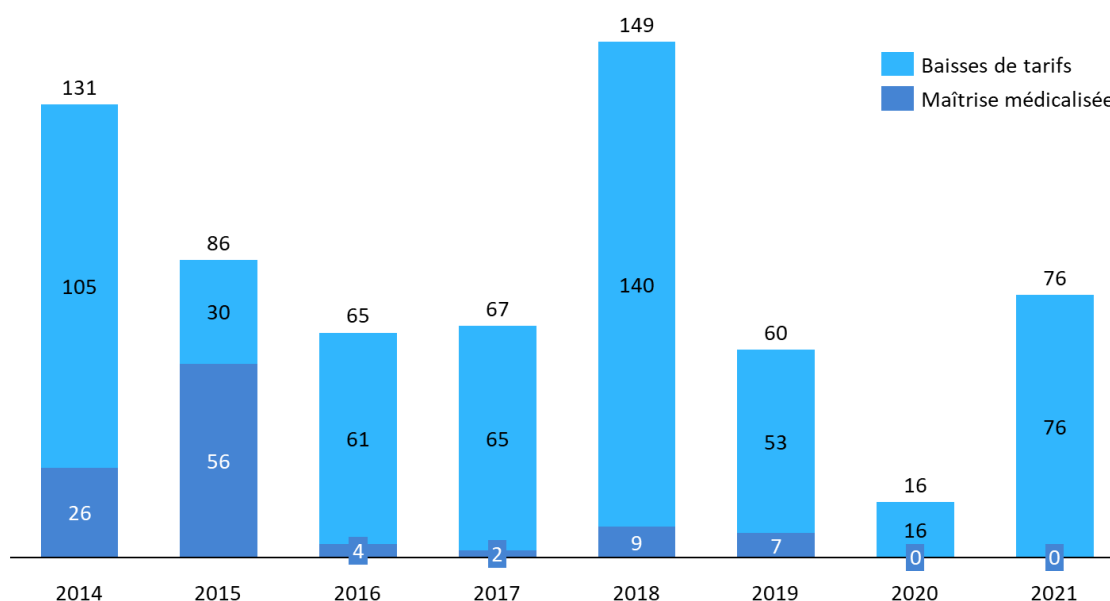
³ Arrêté du 26 janvier 2023 portant approbation de l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales et l'assurance maladie.

⁴ Cnam, Signature d'un nouveau protocole d'accord fixant le cadre d'évolution des tarifs pour 2024 à 2026, 28 juillet 2023.

Alors que le dynamisme des dépenses apparaît largement fondé sur la croissance des volumes, **l'efficacité des efforts de maîtrise du nombre d'actes apparaît, en revanche, plus faible**. La Cnam relève, ainsi, que « *le bilan de la gestion du risque est plus contrasté avec un rendement de 104 millions d'euros sur la période 2014-2021, en partie imputable aux actions visant à réduire le nombre de dosages en vitamine D* »¹.

Économies réalisées dans le cadre des protocoles de biologie depuis 2014

en millions d'euros



Source : commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données Cnam (2022)

b) La régulation des dépenses d'imagerie

Les actes d'imagerie comme les forfaits techniques font l'objet d'une **régulation tarifaire limitée**.

- Les **tarifs des actes d'imagerie médicale** dépendent de leur inscription dans la CCAM, de leur hiérarchisation au sein de celle-ci et des tarifs fixés conventionnellement.

L'inscription d'un acte à la nomenclature et sa hiérarchisation sont décidées par l'Uncam, après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et sur la base d'un rapport du Haut conseil des nomenclatures, établi en application d'une méthode préalablement validée par la commission de hiérarchisation des actes professionnels². La tarification des actes d'imagerie est fixée par la convention médicale conclue entre l'Uncam et les syndicats représentatifs des médecins³.

¹ Ibid., p. 207.

² Article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

En conséquence, et ainsi que le relevait la Cour des comptes en 2022, « une modification des tarifs des actes n'est possible que dans le cadre d'un avenant à la convention médicale [...], dont les délais de conclusion sont généralement incompatibles avec les besoins d'une régulation infra-annuelle des dépenses »¹.

• Les **forfaits techniques** ont pour objectif de rémunérer les frais d'amortissement et de fonctionnement de l'appareil (locaux, équipement principal et annexe, maintenance, personnel non médical, consommables, frais de gestion, assurance, etc.)².

Ces forfaits sont également **fixés par la convention médicale**³. Ils font l'objet d'avis de la commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale, transmis au directeur général de l'Uncam et, par lui, aux syndicats représentatifs des médecins généralistes et spécialistes.

La LFSS pour 2017⁴ avait permis au directeur général de l'Uncam, à défaut d'accord conventionnel sur l'évolution des forfaits techniques après avis de la commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale, de **fixer unilatéralement ces forfaits**. La Cour des comptes relevait toutefois, en 2022, les limites de cette procédure en constatant que « l'Uncam n'a pas accès aux données comptables des exploitants d'appareils, ce qui l'empêche de connaître le niveau réel des coûts en question »⁵.

Pour améliorer l'information de l'Uncam, la LFSS pour 2023⁶ a autorisé celle-ci à conduire, tous les trois ans, une **étude nationale des charges du secteur**, comprenant le recueil, auprès d'un échantillon représentatif de professionnels, d'éléments relatifs à l'évolution des charges associées aux équipements, à l'organisation ou au fonctionnement des structures les utilisant⁷.

La même LFSS a **supprimé la faculté confiée à l'Uncam de fixer unilatéralement les forfaits techniques**. Elle a, en revanche, permis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre mois à compter de la promulgation de la loi, d'arrêter ces tarifs⁸.

¹ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, op. cit., p. 181.

² Annexe n° 1 à la convention médicale approuvée par l'arrêté du 20 juin 2024 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

³ Article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article 99 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

⁵ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, op. cit., p. 182.

⁶ Article 49 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

⁷ Article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale.

⁸ Amendement n° 856 du Gouvernement considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture. Dans son exposé sommaire, le Gouvernement affirmait souhaiter rappeler ainsi « la prééminence de la négociation conventionnelle ».

• Afin de contenir leur progression, plusieurs **protocoles de régulation des dépenses d'imagerie** ont été mis en place ces quinze dernières années.

Alors que des mesures ponctuelles de maîtrise des dépenses avaient été prises au coup par coup à partir de 2007, pour un montant total d'économies de 228,5 millions d'euros, des **protocoles d'accord pluriannuels** ont été conclus par l'Uncam et la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR) à compter de 2010 permettant :

- pour la **période 2011-2012**, des baisses tarifaires et une réduction des volumes, pour un montant total d'économies de 166,7 millions d'euros ;

- pour la **période 2013-2015**, des baisses tarifaires et la diminution des forfaits techniques, pour un montant total d'économies estimé, en 2016, à 176 millions d'euros.

La Cour des comptes observait toutefois, dans une communication à la commission des affaires sociales du Sénat d'avril 2016, que ces protocoles d'accord n'avaient permis de compenser « *ni l'augmentation du recours à l'imagerie ni la hausse du nombre d'actes* », et qu'ils n'avaient davantage « *développé de vision prospective de l'évolution des dépenses entre les techniques d'imagerie en fonction de leur bénéfice médical* »¹.

Plus récemment, un **protocole a été conclu** entre l'Uncam et la FNMR, couvrant la période 2018-2020, et portant des objectifs en matière pertinence des actes. Le rapport à la CCSS de juin 2021 observait, toutefois, que ces objectifs n'avaient été que très partiellement atteints - à hauteur de 60 % en 2018 et 30 % en 2019. Ainsi que le relevait la Cour des comptes en 2022, « *cette insuffisance de résultats n'a pas été compensée par des mesures tarifaires* »².

Les négociations engagées en vue du renouvellement de ce protocole, arrivé à expiration en 2020, se sont interrompues en raison de la revendication, portée par la FNMR, de la suppression de la faculté, pour le directeur général de l'Uncam, de fixer unilatéralement le montant des forfaits techniques.

Dans son rapport dit « Charges et produits » pour 2025, la Cnam souligne que pour « *contenir les montants remboursés en lien avec les actes d'imagerie, un **nouveau protocole d'accord pour les années 2025 à 2027** pourrait être négocié avec la profession, avec comme objectif de réaliser des économies de l'ordre de 100 millions d'euros par an et revenir ainsi sur une tendance historique d'évolution de cette dépense dans la lignée des protocoles signés avec la profession depuis 2007* »³.

¹ Cour des comptes, L'imagerie médicale. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, avril 2016, p. 82.

² Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, op. cit., p. 184.

³ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2025, p. 366.,

• Enfin, la convention médicale de 2024¹ porte des engagements réciproques des partenaires conventionnels en faveur d'une **meilleure maîtrise des volumes**. La diminution des actes d'imagerie redondants ou non pertinents figure, ainsi, parmi les 15 programmes d'actions partagés identifiés en matière de pertinence et de qualité des soins².

La convention fixe pour objectif commun de **diminuer de 8 % les actes d'imagerie identifiés**³. Pour cela, l'assurance maladie s'est, notamment, engagée :

- à construire des campagnes d'information régulières pour les prescripteurs, coconstruites avec les représentants des radiologues ;

- à renforcer le rôle du médecin radiologue, en lui permettant de modifier la demande initiale d'imagerie ;

- à outiller les professionnels avec, par exemple, la mise à disposition de lettres d'adressage types ou la saisine de la HAS sur des recommandations alternatives tenant compte de l'offre de soins.

En contrepartie, les médecins se sont notamment engagés :

- à respecter les recommandations de bonne pratique sur les demandes d'imagerie médicale et respecter le principe de sobriété des prescriptions ;

- à s'assurer de l'absence d'examens redondants, notamment par la consultation du dossier médical partagé (DMP) avant chaque demande d'imagerie⁴.

B. L'article 15 déposé vise à renforcer la régulation des dépenses dans les secteurs de la biologie et de l'imagerie

Le présent article vise à renforcer les outils de régulation des dépenses dans ces deux secteurs et à garantir, pour les années 2025 à 2027, un niveau minimal d'économies dans le champ de l'imagerie.

1. La création de nouveaux outils de régulation des dépenses

Le **I de l'article** rétablit, d'abord, trois articles du code de la sécurité sociale afin de confier aux partenaires conventionnels, à l'Uncam et au Gouvernement de nouveaux outils de maîtrise des dépenses.

Le 1^o **du I** modifie l'intitulé de la section 2.2 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} de la partie législative du code de la sécurité sociale, pour y faire figurer les accords de maîtrise des dépenses créés par l'article 15. Cette section

¹ Arrêté du 20 juin 2024 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

² Article 60 de la convention médicale de 2024.

³ Article 61 de la convention médicale de 2024.

⁴ Article 61-10 de la convention médicale de 2024.

serait, ainsi, renommée « *Accords de maîtrise des dépenses, accords de bon usage et contrats de bonne pratique des soins* ».

Le 2° **du I** rétablit, au sein de cette section, trois articles abrogés.

• **L'article L. 162-12-18 rétabli** porterait les dispositions relatives aux nouveaux **accords de maîtrise des dépenses**. Ces accords pourraient être conclus, à l'échelle nationale et dans les champs de l'imagerie et de la biologie, respectivement par les parties à la convention médicale¹ et par les parties à la convention des LBM². Ils définiraient pour une période pluriannuelle :

- des objectifs quantitatifs ou une trajectoire de maîtrise des dépenses ;

- les engagements des partenaires conventionnels mis en œuvre pour respecter ces objectifs ;

- les modalités de suivi du respect de ces objectifs ;

- les mesures correctrices, enfin, pouvant être adoptées en cas de non-respect, annuel ou infra-annuel, des objectifs ou de la trajectoire définis.

L'Uncam devrait informer de son intention d'ouvrir une négociation en vue de la conclusion d'un accord de maîtrise des dépenses les organisations syndicales représentatives de la profession concernée, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam) et les conseils nationaux des ordres professionnels.

La validité de l'accord de maîtrise des dépenses serait subordonnée au respect des conditions applicables aux conventions professionnelles. En conséquence, les accords devront être signés par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national et ayant réuni, aux élections à l'Union régionale des professionnels de santé (URPS), au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national³.

Le directeur général de l'Uncam devrait transmettre l'accord signé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui l'approuveraient dans des conditions identiques à celles applicables à la convention médicale. En conséquence, les accords seront réputés approuvés si les ministres n'ont pas fait connaître aux signataires, dans le délai de 21 jours à compter de la réception du texte, qu'ils s'opposent à son approbation du fait de sa non-conformité aux lois et règlements en vigueur, pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou, enfin, parce qu'il est porté atteinte au principe d'égal accès aux soins⁴.

¹ Article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 162-14 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 162-14-1-2 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

• L'**article L. 162-12-19** rétabli prévoit qu'en cas de non-respect des objectifs quantitatifs ou de la trajectoire fixés par un accord de maîtrise des dépenses, constaté annuellement ou en cours d'année, et lorsque les mesures correctrices ne sont pas adoptées ou se révèlent insuffisantes, **le directeur général de l'Uncam peut**, par dérogation aux dispositions prévoyant la fixation de ces tarifs par les conventions professionnelles¹, **décider unilatéralement de baisses de tarifs.**

Les conditions d'application de ces dispositions devraient être fixées par décret en Conseil d'État. Selon l'étude d'impact jointe au PLFSS déposé, ce décret devra notamment définir les conditions dans lesquelles le non-respect des objectifs fixés pourra être constaté et autoriser, en conséquence, les baisses unilatérales².

• Enfin, l'**article L. 162-12-20** rétabli permet aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de saisir, afin de concourir au respect de l'Ondam, les partenaires conventionnels pour qu'un accord de maîtrise des dépenses soit conclu dans un délai de quatre mois à compter de la saisine.

À défaut d'accord valablement conclu dans ce délai, l'article **autorise les ministres à adopter par arrêté des mesures de baisse des tarifs** pendant une durée de quatre mois.

2. La fixation d'un niveau minimal d'économies pour l'imagerie

Enfin, le **II de l'article 15** fixe à 300 millions d'euros, pour les trois prochaines années, le niveau minimal d'économies devant être réalisé dans le champ de l'imagerie.

Pour ce faire, il prévoit qu'en l'absence, au 30 avril 2025, d'accord de maîtrise des dépenses d'imagerie médicale permettant de réaliser un tel montant d'économies sur les années 2025 à 2027, le directeur général de l'Uncam peut procéder, jusqu'au 30 juin 2025, à des baisses de tarifs d'imagerie permettant d'atteindre le montant d'économies prescrit.

L'étude d'impact jointe au projet de loi déposé anticipe, en conséquence, « *une économie de l'ordre de 100 millions d'euros par an au cours des trois prochaines années* »³.

¹ Article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et s'agissant des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements matériels lourds d'imagerie médicale, article L. 162-1-9-1 du même code.

² Annexe 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi », p. 82.

³ Ibid., p. 84.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

1. Le texte transmis au Sénat

Le Gouvernement a transmis cet article au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

2. Les modifications adoptées par le Sénat

Le Sénat a adopté huit amendements et un sous-amendement à l'article 15 en première lecture.

- Considérant que la régulation des dépenses, lorsqu'elle est fondée sur des baisses tarifaires, peut favoriser la financiarisation d'un secteur de l'offre de soins et fragiliser les structures indépendantes, le Sénat a d'abord adopté un **amendement n° 139** de la commission des affaires sociales et un **amendement identique n° 1 180** de Bernard Jomier et ses collègues membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain incluant, parmi les éléments définis dans les accords de maîtrise des dépenses, des objectifs quantitatifs et qualitatifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance des professionnels de santé.

Ces amendements reprennent la proposition n° 4 du rapport de la commission des affaires sociales relatif du Sénat relatif à la financiarisation de l'offre de soins¹.

- Attaché à l'exercice conventionnel, le Sénat a, par ailleurs, adopté un **amendement n° 141** de la commission et un **amendement identique n° 588 rect.** de Véronique Guillotin supprimant du texte les dispositions qui autorisent, d'une part, le directeur général de l'Uncam et, d'autre part, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à procéder unilatéralement à des baisses de tarifs en cas d'absence d'accord de maîtrise des dépenses ou d'insuffisance de celui-ci.

La commission a souligné, en effet, que les dérogations à la procédure de négociation des tarifs devaient demeurer exceptionnelles et faire l'objet d'une autorisation parlementaire systématique.

- Le Sénat a, en outre, adopté un **amendement n° 142** de la commission reportant du 30 avril au 30 juin 2025 la date à laquelle devra être conclu un accord de maîtrise des dépenses dans le champ de l'imagerie, et du 30 juin au 31 juillet 2025 la date à laquelle le directeur général de l'Uncam pourra, en l'absence d'accord conclu, procéder unilatéralement à des baisses de tarifs.

¹ Corinne Imbert, Bernard Jomier et Olivier Henno, rapport d'information n° 776 (2023 2024) « Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ? », proposition n° 4 : « Veiller à ce que les tarifs conventionnels négociés permettent la viabilité financière des structures indépendantes et faire figurer dans les objectifs légaux des conventions professionnelles celui de la protection de l'indépendance des professionnels de santé ».

La commission a entendu, ainsi, privilégier la voie conventionnelle en laissant davantage de temps à l'assurance maladie et aux syndicats pour conclure valablement un accord.

- Ont également été adoptés un **amendement n° 140** de la commission, associant plus étroitement les partenaires conventionnels au suivi de l'application des accords de maîtrise des dépenses, et un **amendement n° 63** d'Alain Milon prévoyant que les fédérations représentatives d'établissements de santé doivent être informées par l'Uncam de son intention d'ouvrir une négociation en vue de la conclusion d'un tel accord.

- Enfin, le Sénat a adopté un **amendement n° 1 370** du Gouvernement visant à intégrer le transport de patients dans le périmètre de l'article 15 en prévoyant, d'une part, la possibilité de conclure dans ce secteur des accords de maîtrise des dépenses et, d'autre part, la réalisation de 300 millions d'euros d'économies entre 2025 et 2027 dans le champ des transports sanitaires et dans celui du transport en taxi, par la conclusion d'un tel accord ou, à défaut, par baisse unilatérale des tarifs.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'adopter cet article dans sa **rédaction issue du Sénat**, sous réserve de modifications rédactionnelles.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend les modifications rédactionnelles adoptées par la commission mixte paritaire, ainsi que deux amendements du rapporteur général visant à tenir compte du retard pris dans l'examen du présent PLFSS en reportant de trois mois la date à laquelle les partenaires conventionnels devront avoir conclu un accord de maîtrise des dépenses dans les champs de l'imagerie médicale et du transport de patients. Ces amendements reportent également de trois mois la date jusqu'à laquelle, à défaut d'accord, le directeur général de l'Uncam pourra décider de baisses unilatérales de tarifs.

En conséquence, ces dates sont désormais respectivement fixées au 30 septembre 2025 et au 31 octobre 2025.

III - La position de la commission

La commission se félicite que l'article 15 considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, en nouvelle lecture, **reprenne l'ensemble des apports du Sénat**.

Elle juge que ces dispositions, ainsi modifiées, ménagent un **meilleur équilibre entre impératif de maîtrise des dépenses de santé de ville et respect du cadre conventionnel de négociation des tarifs**.

La commission souhaite que les baisses unilatérales de tarifs demeurent exceptionnelles et fassent l'objet, en tout état de cause, d'une autorisation parlementaire systématique. Elle appelle, en revanche, les partenaires conventionnels à prendre en compte le contexte financier actuel de l'assurance maladie et à **œuvrer en faveur d'une meilleure efficacité de la dépense de santé**.

La commission rappelle, enfin, qu'au-delà de la question tarifaire, la régulation des dépenses de santé en ville requiert une **meilleure maîtrise des volumes**, pour laquelle la coopération des professionnels de santé est indispensable.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 15 bis A

Définition par les conventions professionnelles d'engagements et d'objectifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance des professionnels de santé

Cet article vise à inclure, parmi les objectifs légaux des conventions professionnelles conclues par l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des professionnels de santé, la définition d'engagements quantitatifs ou qualitatifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance des professionnels de santé.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. La financiarisation de l'offre de soins en ville et le rôle des partenaires conventionnels dans la protection de l'accès territorial aux soins et de l'indépendance professionnelle

1. Une financiarisation croissante de l'offre de soins en ville

- Un rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat a récemment mis en lumière la **financiarisation croissante de l'offre de soins en ville**¹.

Traditionnellement fondés sur un capitalisme dit « professionnel », dans lequel les praticiens sont propriétaires de leur cabinet et de leur structure juridique d'exercice libéral, plusieurs secteurs de l'offre de soins en ville sont désormais marqués par l'intervention croissante d'acteurs financiers.

La **biologie médicale** constitue ainsi, en ville, selon le rapport précité, le secteur « *le plus nettement financiarisé* ». En 2021, les six plus grands groupes

¹ Corinne Imbert, Bernard Jomier et Olivier Henno, rapport d'information n° 776 (2023-2024) « Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ? », 25 septembre 2024.

de biologie privés, financiarisés, concentraient à eux seuls 62 % des sites de biologie médicale sur le territoire national¹.

D'autres secteurs de l'offre de soins en ville sont également concernés. Dans l'imagerie médicale, un mouvement comparable de concentration et de financiarisation se développerait à la faveur du rachat du patrimoine professionnel de praticiens partant à la retraite, 20 % à 30 % du secteur étant désormais concerné par ce phénomène². De nombreuses dérives marchandes ont, par ailleurs, été observées ces dernières années de la part des centres de santé dentaires et ophtalmologiques, ayant récemment motivé la réintroduction d'une autorisation préalable de dispenser des soins³ et conduit l'assurance maladie à renforcer ses contrôles⁴.

Enfin, un phénomène de financiarisation est également observé dans le **secteur officinal**, porté par le recours de professionnels aux prêts et obligations proposés par des fonds d'investissement, qui imposent en retour des contraintes relatives à la gestion de l'officine ou à son activité⁵.

• Or la financiarisation de secteurs de l'offre de soins ambulatoire peut avoir des **conséquences néfastes sur l'accès territorial aux soins comme sur l'indépendance des professionnels de santé.**

La financiarisation soutient, d'abord, le **processus de concentration de l'offre de soins observé dans plusieurs secteurs.** Il peut résulter d'une telle dynamique des situations d'oligopoles voire de quasi-monopoles locaux. L'Autorité de la concurrence a plusieurs fois souligné, dans le cadre de son activité de contrôle des opérations de concentration, le risque induit de réduction de la diversité de l'offre dans certains territoires⁶. Dans le secteur de la biologie médicale, l'optimisation des chaînes d'analyse au sein des grands groupes financiarisés a également conduit à l'abandon de sites analytiques de proximité⁷.

L'intervention directe d'acteurs financiers dans l'offre de soins est également susceptible d'avoir des effets sur les conditions d'exercice des professionnels de santé et de **rendre plus délicat, notamment, le maintien de leur indépendance professionnelle.** Ce principe déontologique fondamental

¹ Ibid., p. 36.

² Ibid., p. 49.

³ Article 1^{er} de la loi n° 2023-378 du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé.

⁴ Cnam, communiqué de presse, « Lutte contre les fraudes : l'assurance maladie annonce le nouveau déconventionnement de 10 centres de santé dentaires d'un même réseau », 23 avril 2024.

⁵ Corinne Imbert, Bernard Jomier et Olivier Henno, rapport d'information n° 776 (2023-2024) « Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ? », op. cit., pp. 47 et suivantes.

⁶ Voir par exemple Autorité de la concurrence, communiqué de presse, décision 20-DCC-92 du 23 juillet 2020 relative à la prise de contrôle exclusif du groupe Dyomedeia-Neolab par le groupe Biogroup.

⁷ Corinne Imbert, Bernard Jomier et Olivier Henno, rapport d'information n° 776 (2023-2024) « Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ? », op. cit., p. 84.

doit conduire les professionnels à déterminer, en conscience, leurs actes professionnels dans le seul intérêt des patients¹.

2. La mobilisation des partenaires conventionnels

- La régulation conventionnelle des dépenses de santé de ville peut constituer un **facteur propice au développement de la financiarisation**.

Dans la biologie médicale, la négociation de protocoles d'accord a permis, entre 2014 et 2021, de tenir compte des gains de productivité réalisés par les grands groupes de laboratoires et de contenir, par une régulation couplée des prix et des volumes, la croissance annuelle des dépenses du secteur à 0,9 %².

Toutefois et ainsi que le souligne le rapport d'information de la commission des affaires sociales, cette régulation peut **fragiliser les structures indépendantes**, dont la taille ne permet pas de tels gains de productivité, et favoriser la poursuite, en conséquence, du mouvement de concentration et de financiarisation marquant le secteur³.

- Dans ce contexte, **la vigilance et la mobilisation des partenaires conventionnels** apparaissent indispensables.

S'il apparaît légitime que le régulateur tienne compte, dans la fixation des tarifs applicables, des gains de productivité et des taux de marge observés chez les grands opérateurs financiarisés, il doit toutefois également veiller à **préserver des conditions économiques favorables au maintien des structures indépendantes**. Pour cette raison, la commission des affaires sociales a recommandé, dans son rapport d'information précité, de « *veiller à ce que les tarifs conventionnels négociés permettent la viabilité financière des structures indépendantes et [de] faire figurer dans les objectifs légaux des conventions professionnelles celui de la protection de l'indépendance des professionnels de santé* »⁴.

L'**activité conventionnelle récente** a, en ce sens, fourni plusieurs exemples d'initiatives pouvant contribuer à protéger l'indépendance des professionnels de santé et maintenir un maillage satisfaisant de l'offre de soins dans les territoires.

La **convention médicale de 2024** porte, ainsi, plusieurs engagements des partenaires conventionnels en matière d'accès aux soins⁵ – augmenter le nombre d'installations dans les zones sous-dotées, la file active des médecins libéraux, la couverture du territoire par la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et le service d'accès aux soins (SAS), etc. – et crée

¹ Commentaires de l'article 5 du code de déontologie médicale, juin 2022.

² Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2023, juillet 2022, p. 206.

³ Corinne Imbert, Bernard Jomier et Olivier Henno, rapport d'information n° 776 (2023-2024) « Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ? », op. cit., p. 111.

⁴ Ibid., proposition n° 4.

⁵ Article 59-1 de la convention médicale de 2024.

un observatoire de l'accès aux soins chargé de suivre leur application¹. La convention a également cherché à mieux encadrer la rémunération des prises en charge non régulées, aux horaires de la PDSA, pour maîtriser certaines dérives observées dans des centres de soins non programmés².

La **convention nationale des chirurgiens-dentistes de 2023** porte, par ailleurs, des mesures de régulation du conventionnement visant à limiter la concentration de l'offre dans certains territoires et, en particulier, l'ouverture en nombre excessif de centres dentaires dans le centre-ville des grandes agglomérations³.

B. Le dispositif proposé : la définition d'engagements quantitatifs ou qualitatifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance par les partenaires conventionnels

Pour favoriser l'implication des partenaires conventionnels, l'article 15 bis A, issu d'un amendement de Bernard Jomier adopté par le Sénat en première lecture, vise à inclure dans les objectifs légaux des conventions professionnelles la définition d'objectifs partagés d'accès territorial aux soins et de protection de l'indépendance professionnelle.

Pour ce faire, il insère à l'article L. 162-14-1, relatif aux conventions conclues par les syndicats des professionnels de santé avec l'assurance maladie, un nouvel alinéa prévoyant que ces conventions définissent des engagements des signataires et des objectifs quantitatifs ou qualitatifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance des professionnels de santé, ainsi que les modalités de suivi du respect de ces engagements et de ces objectifs.

L'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est applicable aux conventions des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des auxiliaires médicaux, des laboratoires privés d'analyses médicales et des entreprises de transports sanitaires.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'**adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat**, sous réserve d'une modification rédactionnelle et d'une proposition de rédaction, étendant la mesure aux conventions conclues entre l'assurance maladie et les syndicats de pharmaciens d'officine.

Le réseau officinal est, en effet, également confronté à des phénomènes de financiarisation et de concentration de l'offre.

¹ Article 59-2 de la convention médicale de 2024.

² Voir, à ce sujet, le commentaire de l'article 15 bis du présent PLFSS.

³ Article 35 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes 2023-2028.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, le Gouvernement a retenu deux amendements du rapporteur général reprenant les modifications apportées à l'article par la commission mixte paritaire.

III - La position de la commission

La commission s'est félicitée de la transmission, par le Gouvernement, de ces dispositions insérées dans le projet de loi par le Sénat. Celles-ci permettront de **renforcer l'implication des partenaires conventionnels** dans le maintien de l'accès territorial aux soins et la protection de l'indépendance des professionnels de santé.

En cela, l'article 15 *bis* A **répond directement à une recommandation que la commission avait formulée** dans le cadre de ses travaux relatifs à la financiarisation de l'offre de soins.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 15 bis B

Lutter contre la fraude aux audioprothèses en renforçant les contrôles pesant sur le respect de leurs obligations par les audioprothésistes conventionnés avec l'assurance maladie

Cet article vise à lutter contre les fraudes constatées dans le champ des audioprothèses, en subordonnant le conventionnement des professionnels et la prise en charge des prestations au respect des règles d'exercice et d'installation en vigueur. Le respect de ces règles serait vérifié lors du conventionnement puis au moins une fois tous les cinq ans par l'organisme local d'assurance maladie.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. De nombreuses fraudes ont été détectées par l'assurance maladie ces dernières années dans la distribution d'audioprothèses

1. L'encadrement de l'activité des audioprothésistes

• Les audioprothésistes, qui disposent du monopole de la vente des audioprothèses et des prestations de services associées, sont une **profession de santé paramédicale** encadrée par le code de la santé publique.

Les audioprothésistes sont, ainsi, chargés par la loi de l'appareillage des déficients de l'ouïe, celui-ci comprenant « *le choix, l'adaptation, la délivrance, le contrôle d'efficacité immédiate et permanente de la prothèse auditive et l'éducation prothétique du déficient de l'ouïe appareillé* ». La loi précise que la délivrance est soumise à prescription médicale préalable et obligatoire du port d'un appareil, après examen otologique et audiométrique tonal et vocal¹.

L'activité et l'installation des audioprothésistes fait également l'objet d'un encadrement législatif. Ainsi, cette activité ne peut être exercée que dans un local réservé à cet effet et aménagé², les ventes itinérantes ou par correspondance étant interdites³. Les audioprothésistes sont, par ailleurs, tenus de se faire enregistrer dans leur département d'activité, l'agence régionale de santé (ARS) publiant, pour chaque département, une liste de cette profession portée à la connaissance du public⁴.

La profession peut être exercée par les titulaires du diplôme d'État d'audioprothésiste ou d'un diplôme, certificat ou titre permettant l'exercice de la médecine en France⁵.

- Les relations entre les audioprothésistes et l'assurance maladie sont désormais régies par une **convention nationale**.

Sur le fondement des dispositions du code de la sécurité sociale l'autorisant à conclure des accords, à l'échelle nationale ou locale, avec les distributeurs et produits et prestations inscrits à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR)⁶, **l'Uncam a signé, en 2024, une convention nationale** avec trois syndicats représentatifs des audioprothésistes, se substituant aux anciennes conventions régionales.

La nouvelle convention porte **plusieurs engagements des signataires**, destinés à garantir la qualité des prestations dispensées, définir des bonnes pratiques professionnelles et rationaliser les pratiques de publicité constatées. Elle précise notamment que ne peuvent adhérer à la convention que les entreprises s'engageant « *à mettre en œuvre l'ensemble des moyens susceptibles de garantir le strict respect des règles d'exercice et des règles de délivrance conditionnant la prise en charge de ces dispositifs médicaux, en veillant notamment à ce que la formation et la compétence de leurs personnels salariés soient conformes aux obligations légales* »⁷.

¹ Article L. 4361-1 du code de la santé publique.

² Article L. 4361-6 du code de la santé publique.

³ Article L. 4361-7 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 4361-2 du code de la santé publique.

⁵ Article L. 6361-3 du code de la santé publique.

⁶ Article L. 165-6 du code de la sécurité sociale.

⁷ Article 6 de la convention conclue en 2024 entre l'Uncam et les syndicats d'audioprothésistes.

2. Une croissance de l'activité et des fraudes détectées par l'assurance maladie ces dernières années

- Portées par le vieillissement de la population et l'augmentation du taux d'équipement, les ventes d'aides auditives ont connu, sur la période récente, une **très forte croissance**.

En augmentation depuis 15 ans, les ventes de prothèses auditives ont récemment bénéficié de l'**entrée en vigueur du 100 % santé** qui permet aux assurés, depuis 2021, de bénéficier d'un panier sans reste à charge. Le marché des aides auditives a, ainsi, connu une croissance annuelle moyenne de 7,2 % entre 2010 et 2018¹. En 2021, du fait de l'entrée en vigueur du 100 % santé et d'un effet de rattrapage consécutif à la crise sanitaire, la consommation d'audioprothèses a bondi de 63,1 %, avant de se replier légèrement en 2022 (- 2,3 %) et de croître légèrement en 2023 (+ 3 %). La consommation d'audioprothèses représente désormais plus de 2 milliards d'euros par an, contre 841 millions d'euros en 2013².

En conséquence, le **nombre d'audioprothésistes a très fortement augmenté sur la même période**. Selon l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), leur nombre a doublé entre 2008 et 2021, passant de 2 137 à 4 378³.

- Parallèlement à la croissance de la profession et de l'activité, l'assurance maladie a **renforcé ses contrôles sur les ventes d'audioprothèse** et indiqué **détecter de nombreuses fraudes**.

Face à l'augmentation rapide du nombre de sociétés conventionnées, la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) a indiqué, en 2023, souhaiter **renforcer ses contrôles pour mettre fin à des manquements observés** : « *exercice illégal de la profession d'audioprothésiste, exercice interdit d'une activité itinérante, absence de suivi obligatoire du bénéficiaire appareillé, facturation de matériel différent de celui délivré, ordonnances de complaisance ou établissement de fausses ordonnances* »⁴.

Faisant le bilan de cette initiative dans son rapport « Charges et produits » pour 2025, elle précise que les actions de contrôle diligentées ont permis de détecter **21,3 millions d'euros de fraudes en 2023**. L'assurance maladie aurait rejeté plus de 9 000 factures, dont plus d'un tiers pour absence d'examen ou d'acte préalable par un médecin, et déposé plus de 300 plaintes pénales dans les cas les plus graves⁵.

¹ Cour des comptes, enquête « La réforme du 100 % santé » commandée par la commission des affaires sociales du Sénat, pp. 25-26.

² Drees, Les dépenses de santé en 2023, édition 2024, p. 106.

³ Igas, Évaluation de la filière auditive. Tome 2 : annexes, novembre 2021, p. 115.

⁴ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2024, juillet 2023, p. 303.

⁵ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2025, juillet 2024, p. 409.

B. Le dispositif proposé : subordonner le conventionnement et son maintien au respect des règles d'exercice et d'installation en vigueur

L'article 15 *bis* B, issu d'un amendement gouvernemental adopté par le Sénat en première lecture, vise à lutter contre les fraudes constatées dans le champ des audioprothèses, en subordonnant le conventionnement des professionnels et la prise en charge des prestations au respect des règles d'exercice et d'installation en vigueur.

- Pour ce faire, le **I de l'article 15 *bis* B** insère dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 165-6-1 conditionnant le remboursement des produits et prestations d'appareillage des déficients de l'ouïe et l'adhésion à la convention nationale des audioprothésistes, par le distributeur au détail qui les délivre, au respect par ce dernier des conditions d'exercice et d'installation prévues par le code de la santé publique ainsi que des conditions de distribution des produits et prestations figurant sur la LPPR¹.

L'article L. 165-6-1 prévoit également que le respect de ces conditions sera vérifié lors de la première demande d'adhésion à la convention et au moins une fois tous les cinq ans par l'organisme local d'assurance maladie. Lorsqu'elles ne seront plus remplies, les effets de l'adhésion seront suspendus ou retirés par le directeur dudit organisme. Les conditions de suspension ou de retrait des effets de l'adhésion doivent être déterminées par décret en Conseil d'État.

- Le **II de l'article** prévoit que les dispositions du I entrent en vigueur à une date fixée par décret et, au plus tard, le 1^{er} septembre 2025.

- Enfin, le **III de l'article** confie à un décret en Conseil d'État le soin de fixer le délai dans lequel les organismes locaux d'assurance maladie devront vérifier le respect des conditions fixées par le nouvel article L. 165-6-1 du code de la sécurité sociale par les audioprothésistes adhérant à la convention nationale, à la date de publication du décret en Conseil d'État mentionné au même article L. 165-6-1.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'**adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat**, sous réserve de modifications rédactionnelles.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, le Gouvernement a retenu huit amendements rédactionnels

¹ L'existence de cette liste est prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

du rapporteur général reprenant les modifications apportées à l'article par la commission mixte paritaire.

III - La position de la commission

La commission a **favorablement accueilli** les dispositions de l'article 15 bis B, qu'elle avait soutenues en première lecture. Au regard de la croissance rapide de l'activité de vente des audioprothèses et des fraudes constatées ces dernières années, elle juge souhaitable le renforcement des contrôles proposé.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 15 bis

Réguler les structures de soins non programmés

Cet article, inséré à l'Assemblée nationale par un amendement du Gouvernement, vise à reconnaître et à réguler les structures de soins non programmées.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Le développement non régulé des structures de soins non programmés

1. La faiblesse de l'offre de soins ambulatoires : un contexte propice au développement des structures de soins non programmées

• **L'accès aux soins de premier recours souffre d'insuffisances.** Les études montrent que la désertification médicale progresse dans de nombreux territoires, en lien avec une démographie médicale déclinante. Les effectifs de médecins généralistes sont passés de 100 000 en 2012 à 94 500 en 2021, soit une baisse de 5,6 %. En parallèle, le ministère de la santé indique que 700 000 patients chroniques en ALD ne disposent pas de médecin traitant.

Cette raréfaction de l'offre de soins ambulatoires déborde sur l'hôpital, dont les services d'urgence sont régulièrement saturés. Également confrontés à une pénurie de médecins urgentistes, de nombreux hôpitaux ont choisi de mettre en place des organisations graduées au sein de leurs services d'urgences, avec une régulation renforcée de l'accueil des patients, voire des ouvertures modulées.

• **En parallèle, la demande de soins tend à s'accroître**, sous l'effet du vieillissement de la population et de la chronicisation croissante de certaines pathologies. Les usagers du système de santé sont de plus en plus

en attente de réponses rapides voire immédiates à leurs besoins de soins, **y compris pour ce qui relève de prises en charge bénignes et non urgentes.**

Les structures de soins non programmées constituent alors une réponse à cette demande et peuvent contribuer à favoriser l'accès aux soins dans des territoires sous-denses, tout en désengorgeant les services hospitaliers d'accueil des urgences.

- **Les soins non programmés recouvrent à la fois une activité régulée, qui correspond à l'offre organisée dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS) et de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), mais aussi une activité non régulée, hors SAS et hors PDSA.** Pour mémoire, la PDSA s'étend de 20 heures à 8 heures tous les jours, et comprend les dimanches et jours fériés ainsi que le samedi après-midi à partir de 14 heures.

L'offre de soins non programmés revêt des formes diverses : elle peut être assurée par des cabinets médicaux, éventuellement constitués en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), par des centres de santé, ou par des établissements de santé accueillant des soins non programmés en journée, éventuellement avec le concours de médecins libéraux.

Dans ce contexte, l'organisation de l'accès aux soins de premier recours apparaît déterminante pour réguler la demande de soins non programmés.

2. Des dérives anticipées et désormais identifiées

- Si les agences régionales de santé (ARS) ont entrepris de **cartographier l'offre de soins non programmés sur leur territoire**, le nombre de ces structures ne semble pas recensé de façon systématique à ce jour.

La création des structures de soins non programmés répond à des initiatives locales, qui peuvent résulter ou non d'un projet de territoire. La création de ces structures ne nécessitant pas d'autorisation préalable, **les ARS n'ont aujourd'hui aucun droit de regard sur leur ouverture, ni aucune capacité à en réguler étroitement le fonctionnement.**

Néanmoins, l'assurance maladie et le ministère de la santé partagent le constat d'une prolifération de ces structures, qui peuvent prospérer sur des pratiques tarifaires peu éthiques, et contribuer à fragiliser le modèle d'exercice de la médecine libérale.

- **L'identification des enjeux et des potentielles dérives associées à l'émergence et au développement des structures de soins non programmés n'est pas nouvelle.** En 2018, un rapport du député de la Charente Thomas Mesnier sur l'organisation de l'accès aux soins non programmés relevait l'importance d'encadrer l'activité de ces structures. Il soulignait, à propos du développement de cette nouvelle offre :

« Si un tel effort de renfort et d'organisation de ce service public confié aux médecins n'était pas entrepris, il ne fait guère de doute que des initiatives

privées à but lucratif, qui sélectionnent les patients, et dont on voit déjà l'émergence, se développeront de façon désorganisée avec le risque qu'elles encouragent une approche consumériste, ignorant les parcours de soins et la recherche d'un égal accès aux soins sur le territoire, et qu'elles contribuent au désengagement des professionnels de santé. »

• **L'assurance maladie s'est clairement saisie de cette question à l'occasion de la dernière convention médicale signée en juin 2024** avec les syndicats de médecins libéraux. Dans ses articles 49 à 52, cette convention organise des dispositifs visant à « améliorer la prise en charge des soins non programmés tout en évitant certaines dérives constatées »¹. En particulier, les mesures retenues par les partenaires conventionnels visent à renforcer l'accueil et l'offre en amont de la PDSA, pour recentrer cette dernière sur l'urgence, et à privilégier la prise en charge des soins non programmés dans un cadre régulé.

Mesures inscrites dans la convention signée entre l'assurance maladie et les médecins libéraux le 4 juin 2024

1. Prise en charge non programmée en dehors des horaires de la PDSA

Pour valoriser les prises en charge non programmées hors PDSA, la convention prévoit :

- la possibilité pour les médecins effecteurs de coter une majoration supplémentaire lorsqu'ils acceptent de prendre en charge un patient en dehors de sa patientèle médecin traitant entre 19 heures et 21 heures sur demande de la régulation SAS² ;

- la possibilité pour les médecins traitants de coter une majoration supplémentaire lorsqu'ils acceptent de prendre en charge un patient de leur patientèle médecin traitant entre 19 heures et 21 heures sur demande du centre de régulation médicale des urgences³ ;

- la création d'une majoration pour les visites à domicile lorsque le médecin intervient chez le patient dans un délai de 24 heures suivant l'appel de la régulation SAS, facturable uniquement si la visite est facturée à tarif opposable⁴.

Ces majorations permettent de valoriser les médecins qui ouvriraient des créneaux supplémentaires en fin de journée ou accepteraient de se déplacer au domicile du patient, pour prendre en charge des soins non programmés, dans un cadre régulé, et limiter ainsi le report sur les horaires de PDSA.

2. Prise en charge non programmée aux horaires de la PDSA

Afin de mieux encadrer la rémunération des prises en charge non régulées, aux horaires de la PDSA, la convention prévoit de leur appliquer une majoration

¹ Titre 4 de la convention médicale de 2024.

² Article 49-2 de la convention médicale de 2024.

³ Article 49-4 de la convention médicale de 2024.

⁴ Article 49-2 de la convention médicale de 2024.

de 5 euros, non cumulable avec les majorations de PDSA pour les actes régulés¹. Par ailleurs, la convention introduit :

- une revalorisation du tarif des visites à domicile aux horaires de la PDSA à partir du 1^{er} janvier 2026 ;
- une définition de la notion d'urgence pour l'application de certaines majorations, ces dernières n'étant plus facturables en téléconsultation ;
- la clarification, enfin, des conditions de facturation de certains actes techniques.

3. Un renforcement des actions de contrôle

Dans une circulaire relative à la mise en œuvre de la convention médicale, l'assurance maladie souligne : « Afin de s'assurer du bon usage des majorations facturées dans le cadre de la prise en charge de soins non programmés et s'assurer qu'elles permettent réellement de répondre aux besoins des patients, les partenaires conventionnels ont marqué leur volonté de mener des plans de contrôles par les caisses primaires »².

Constatant, par ailleurs, dans son dernier rapport dit « Charges et produits », que certains centres de soins non programmés « ont une pratique d'optimisation, d'une part, peu compatible avec les règles de prise en charge par l'assurance maladie et, d'autre part, qui peut conduire à une désorganisation des territoires », l'assurance maladie juge « opportun, dans un contexte de rationalisation des soins non programmés et des valorisations associées, et également pour s'assurer de leur intégration au sein de l'offre de ville et en partenariat avec l'offre hospitalière, de stabiliser le cadre de régulation des centres de soins non programmés à travers la diffusion d'un cahier des charges national »³.

• À l'occasion d'un récent rapport sur la financiarisation de l'offre de soins⁴, enfin, **le Sénat a également mis l'accent sur les pratiques de facturation opportunistes voire abusives employées par des centres de soins non programmés**, appelant à conditionner l'ouverture de tout centre de soins primaires à une autorisation préalable par le directeur général de l'ARS.

B. Une volonté de réguler l'offre des structures de soins non programmés

Le présent article propose de créer un nouveau chapitre au sein du titre II « Autres services de santé » du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, qui comprend déjà un chapitre relatif aux centres

¹ Article 50-2 de la convention médicale de 2024.

² Circulaire 25-2024 de l'assurance maladie présentant les dispositions de la convention médicale signée le 4 juin 2024 et approuvée par arrêté du 20 juin 2024, 31 juillet 2024

³ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2025, p. 244.

⁴ C. Imbert, B. Jomier, O. Henno, Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ?, rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales, septembre 2024.

de santé (chapitre III). Ce chapitre III *quinquies*, intitulé « **Structures de soins non programmées** », serait constitué d'un unique article L. 6323-6.

1. Les structures et les professionnels concernés par la mesure

Le premier alinéa du nouvel article L. 6323-6 du code de la santé publique précise que les structures de soins non programmées sont **des cabinets médicaux ou des centres de santé pratiquant des soins de premier recours et exerçant à titre principal une activité de soins non programmés**. Les conditions de leur organisation, de leur accessibilité, les modalités d'orientation des patients et les activités qu'elles assurent sont définies dans un cahier des charges. Ce cahier des charges est fixé par décret.

Le deuxième alinéa indique que les professionnels exerçant dans ces structures se déclarent – s'ils sont libéraux – ou sont déclarés – lorsqu'ils sont salariés par un centre de santé – à la caisse primaire d'assurance maladie et à l'ARS compétentes. En outre, les professionnels exerçant au sein de ces structures sont tenus de participer au service d'accès aux soins (SAS) et à la PDSA.

Le troisième alinéa prévoit que le bénéfice de certains financements ou actes remboursables peut être conditionné au respect de dispositions inscrites dans l'une des conventions professionnelles mentionnées à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale¹.

2. Des conditions d'application largement renvoyées au niveau réglementaire

Enfin, le quatrième et dernier alinéa renvoie l'essentiel des conditions d'application du présent article au décret, notamment les modalités de définition de l'activité de soins non programmés et de fixation du cahier des charges.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

- En première lecture, le Gouvernement a transmis au Sénat cet article inséré par son amendement n° 2440, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

- **Sensible aux dérives qui accompagnent le développement des structures de soins non programmés, la commission des affaires sociales a porté plusieurs amendements visant à consolider la mesure.** En particulier, la commission s'est montrée soucieuse de fixer des règles précises directement dans la loi, sans renvoyer l'essentiel de cette responsabilité au pouvoir

¹ Sont visées les conventions des médecins, des laboratoires de biologie médicale, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des transporteurs sanitaires.

réglementaire. L'ensemble des amendements suivants, poursuivant le même objectif de régulation, ont ainsi été adoptés :

- **l'amendement n° 1 379**, qui précise que les maisons de santé peuvent être constituées sous forme de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa) dans les conditions prévues à l'article L. 4041-1 du code de la santé publique ;

- **l'amendement n° 143**, qui inscrit dans la loi une définition de l'activité des soins non programmés, en se référant au rapport existant entre le nombre d'assurés ayant déclaré l'un des médecins de la structure en médecin traitant et le nombre d'assurés pris en charge par ces médecins ;

- **l'amendement n° 144**, qui prévoit, d'une part, que le cahier des charges national devra fixer des règles relatives aux délais de prise en charge et, d'autre part, que les projets de santé des maisons de santé et des centres de santé doivent, lorsqu'ils agissent en structures de soins non programmés, respecter ce cahier des charges ;

- **l'amendement n° 145**, qui propose que les conditions dans lesquelles les professionnels exerçant dans une structure de soins non programmés sont tenus de participer au service d'accès aux soins (SAS) et à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) soient fixées par décret.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire, sur proposition conjointe des deux rapporteurs, a proposé d'amender cet article dans sa version issue du Sénat :

- en modifiant la mention relative aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, désormais désignées indépendamment des maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) auxquelles elles ne sont pas nécessairement adossées ;

- en supprimant, dans un souci de souplesse, les dispositions définissant l'activité de soins non programmés dès lors que des praticiens expriment le souhait de prendre en charge certains de leurs patients les ayant désignés médecin traitant dans ces mêmes structures ;

- en prévoyant de consulter la fédération française des centres de soins non programmés pour élaborer le cahier des charges applicable aux centres de soins non programmés.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend l'ensemble des modifications proposées par la commission mixte paritaire.

III - La position de la commission

Dans la continuité des travaux qu'elle a conduit sur la financiarisation de l'offre de soins, la commission soutient résolument le principe d'un encadrement renforcé des structures de soins non programmés.

La navette parlementaire ayant permis de consolider le dispositif au niveau législatif tout en ménageant la souplesse nécessaire au pouvoir réglementaire, et la version transmise au Sénat en nouvelle lecture correspondant à celle proposée par la commission mixte paritaire, **la commission propose d'adopter cet article sans modification.**

Article 15 quater

Demande de rapport sur le référentiel des actes innovants hors nomenclature

Cet article consiste en une demande de rapport visant à évaluer la prise en charge des actes inscrits au référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN).

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Le RIHN, un registre permettant la prise en charge d'actes innovants de biologie et d'anatomopathologie non encore inscrits à une nomenclature justifiant le remboursement en droit commun

La prise en charge des actes de biologie médicale et d'anatomocytopathologie est conditionnée à une inscription à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), incluse dans la liste des actes et prestations définissant les actes et prestations remboursables réalisés par les professionnels de santé¹.

Toutefois, à l'instar de l'accès précoce pour les médicaments, il existe un dispositif de prise en charge précoce, transitoire et dérogatoire pour les actes innovants² de biologie médicale et d'anatomocytopathologie dans l'attente d'une inscription à la NABM : l'inscription sur le référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN), créé par une instruction de la DGOS en date du 31 juillet 2015³ et depuis consacré par la loi⁴. Cette

¹ Article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

² Au sens de l'article R. 165-63 du code de la sécurité sociale.

³ Instruction DGOS/PF4 n° 2015-258 relative aux modalités d'identification, de recueil des actes de biologie médicale et d'anatomocytopathologie hors nomenclature éligibles au financement au titre de la MERRI G03.

⁴ Article L. 162-1-24 du code de la sécurité sociale.

prise en charge est conditionnée au **recueil de données** permettant l'évaluation ultérieure de l'acte.

L'inscription sur le RIHN s'opère sur une **période de trois ans**, à l'issue desquels la Haute Autorité de santé (HAS) évalue l'acte en vue d'une **éventuelle inscription sur la NABM** si les données cliniques et médico-économiques recueillies tendent à **démontrer l'existence d'un service attendu suffisant**. Les actes **insuffisamment matures** peuvent être **maintenus** au sein du RIHN pour une période de deux ans, et les **actes suffisamment matures sont également maintenus au sein du RIHN jusqu'à l'avis de la HAS** concernant l'inscription à la NABM.

B. Le passage à une prise en charge de droit commun, insuffisamment dynamique, conduit à créer un goulet d'étranglement et à maintenir une prise en charge au titre du RIHN pour des actes ne présentant plus de caractère innovant

Toutefois, d'importantes **carences dans le recueil** des données conduisent à créer un **goulet d'étranglement au sein du RIHN** en empêchant ou ralentissant l'évaluation en vue d'une prise en charge de droit commun : la HAS note que *« cela a fortement limité les évaluations en sortie de RIHN en vue du remboursement par l'Assurance maladie »*.

Il en résulte un **manque de dynamisme dans le passage du RIHN à la NABM** : entre 2015 et 2021, seuls **sept actes du RIHN** ont été inscrits à la NABM. Par conséquent, année après année, un **stock d'actes « bloqués » sur le RIHN s'est constitué**. Les mesures visant à fluidifier la sortie du RIHN, prévues par l'article 51 de la LFSS pour 2023¹, n'ont **pas permis de pallier ces faiblesses**, comme l'avait pressenti la commission des affaires sociales du Sénat lorsqu'elle avait eu à se prononcer sur ces dispositions.

C. Un financement sur une enveloppe fermée, incompatible avec le stock d'actes bloqués sur le RIHN et à la source de surcoûts pour les établissements et d'un accès à l'innovation réduit pour les patients

Le **financement des actes inscrits sur le RIHN²** est assuré sur l'Ondam, par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général d'aide à la contractualisation (**Migac**)³ et, plus précisément, par la dotation au titre des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (Merri).

L'enveloppe dédiée, nommée **Merri G03**, est **fermée** et dotée de **493,29 millions d'euros pour 2022**.

Dans ces conditions, **l'engorgement du RIHN** lié au goulet d'étranglement en sortie génère une importante **tension sur le financement des actes du RIHN**. Le stock d'actes « bloqués », qui **ne présentent plus**

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

² Article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

nécessairement de caractère innovant, sature à lui seul l'enveloppe et fait obstacle à la prise en charge de nouveaux actes innovants.

Le coût des actes innovants de biologie ou d'anatomocytopathologie, parfois important, doit donc être **supporté par les établissements de santé** sur leur budget propre, une fois l'enveloppe nationale consommée : il en résulte une **atteinte à « l'équité d'accès aux actes inscrits sur le RIHN »** puisque seuls certains établissements peuvent consentir à l'effort financier nécessaire.

Pour l'année 2021, selon la direction de la sécurité sociale, la dotation « a permis de **couvrir 51 % des coûts supportés par les établissements de santé pour ces activités (le coût associé aux activités prises en compte pour le calcul correspondait à un total de 790 M€ pour une enveloppe limitée à 406 M€)** ».

Les **premiers pénalisés en sont les patients**, dont l'accès à l'innovation en biologie se trouve **réduit**, à rebours de l'objectif affiché du RIHN.

D. Le dispositif proposé : une demande de rapport sur le RIHN

L'article 15 *quater*, inséré en première lecture à l'Assemblée nationale, consiste en une **demande de rapport afin d'évaluer le RIHN et le niveau de financement des actes innovants** de biologie et d'anatomopathologie hors nomenclature par rapport aux besoins. Ce rapport doit aboutir à des **propositions pour améliorer la prise en charge des actes innovants de biologie** et d'anatomopathologie.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

En adoptant les deux amendements identiques n° 1346 de la rapporteure et 896 *rect. bis* de la sénatrice Vanina Paoli-Gagin (Les Indépendants - République et territoires), le Sénat a souhaité préciser que le rapport devrait couvrir l'ensemble des actes pris en charge au titre du RIHN, quelle que soit leur date d'inscription. Ces mêmes amendements fixent également un délai maximal de six mois au Gouvernement avant la remise du rapport.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article, avec une simple modification rédactionnelle.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend la modification rédactionnelle proposée lors de la CMP, à l'initiative du rapporteur général. Aucune autre modification n'est apportée au texte du Sénat.

III - La position de la commission

La commission des affaires sociales, qui **avait exprimé toutes ses réserves sur la réforme proposée par l'article 51 de la LFSS pour 2023**, note que plus de deux ans après l'entrée en vigueur de ces dispositions, la situation du RIHN n'a pas fondamentalement évolué, et qu'un goulet d'étranglement continue d'êtreindre la prise en charge précoce des actes innovants de biologie.

Le dispositif issu du Sénat n'ayant été que marginalement amendé, la commission réitère naturellement son soutien à cet article.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 16

Extension du champ de l'accompagnement à la pertinence des prescriptions

Cet article vise à étendre la procédure d'accompagnement à la pertinence des prescriptions, mise en place par la LFSS pour 2024 pour les produits de santé et prestations associées, aux actes remboursables et transports prescrits.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Pour renforcer l'efficience des dépenses de santé, l'assurance maladie cherche à améliorer la pertinence des prescriptions

1. La notion de pertinence des prescriptions et les enjeux financiers associés

• La pertinence des soins et prescriptions constitue un **enjeu sanitaire et financier majeur pour l'assurance maladie et fréquemment mis en avant.**

Selon la Haute Autorité de santé (HAS), « *un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est nécessaire, en phase avec les besoins du patient, et approprié dans son indication. La pertinence des soins permet d'éviter les traitements inadéquats avec des risques potentiels pour les patients et des dépenses inutiles pour la collectivité. C'est une notion évolutive [...] en raison de l'évolution des techniques ou des connaissances* »¹.

L'amélioration de la pertinence des soins est recherchée par l'assurance maladie dans le cadre d'une politique dite de « maîtrise médicalisée » des dépenses de santé. Celle-ci regroupe l'ensemble des actions

¹ Haute Autorité de santé, article « Pertinence des soins - Les professionnels en action » mis en ligne le 15 janvier 2018 et mis à jour le 12 juin 2019.

mises en œuvre pour réduire le nombre d'actes et produits non justifiés médicalement ou pour lesquels il existe, à efficacité égale, des actes et des produits de moindre coût¹.

Les enjeux attachés à la pertinence des soins et à l'efficacité des dépenses de santé sont également **soulignés à l'international**. Un rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) de 2017 estimait, ainsi, que « *près d'un cinquième des dépenses de santé apportent une contribution nulle, ou très limitée, à l'amélioration de l'état de santé de la population. En d'autres termes, les pouvoirs publics pourraient dépenser beaucoup moins dans ce domaine sans que cela n'ait d'impact sur la santé des patients* »².

- La pertinence des soins constitue également, pour les professionnels de santé, une **obligation légale et déontologique**.

Si la liberté de prescription figure parmi les « *principes déontologiques fondamentaux* » listés par le code de la sécurité sociale³, les médecins sont toutefois tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, « *d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* »⁴.

Le code de déontologie médicale fait, par ailleurs, obligation au médecin, dès lors qu'il accepte de répondre à une demande, d'assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et **fondés sur les données acquises de la science**⁵. Compte tenu de ces données, le médecin doit limiter ses prescriptions à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins⁶.

Si les recommandations de bonnes pratiques produites par la HAS demeurent, en elles-mêmes, dépourvues de caractère contraignant, elles participent toutefois, selon une jurisprudence établie du Conseil d'État, à la réunion et à la mise à disposition des professionnels de santé des données acquises de la science, sur lesquelles doivent être fondés les soins⁷.

- Le montant des dépenses remboursables associées à des prescriptions médicales est **élevé et croissant ces dernières années**.

D'après la Cnam, il s'établit en 2022 à 57 milliards d'euros, les principaux postes de prescription étant les médicaments (18,5 milliards d'euros), les indemnités journalières (12,5 milliards d'euros) et les dispositifs médicaux de la liste des produits et prestations remboursables (6,7 milliards d'euros). Entre 2019 et 2022, les dépenses remboursables prescrites ont,

¹ *Cour des comptes*, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, mai 2023, p. 254.

² OCDE, « Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé », 2017, p. 3.

³ Article L. 162-2 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article R. 4127-32 du code de la santé publique.

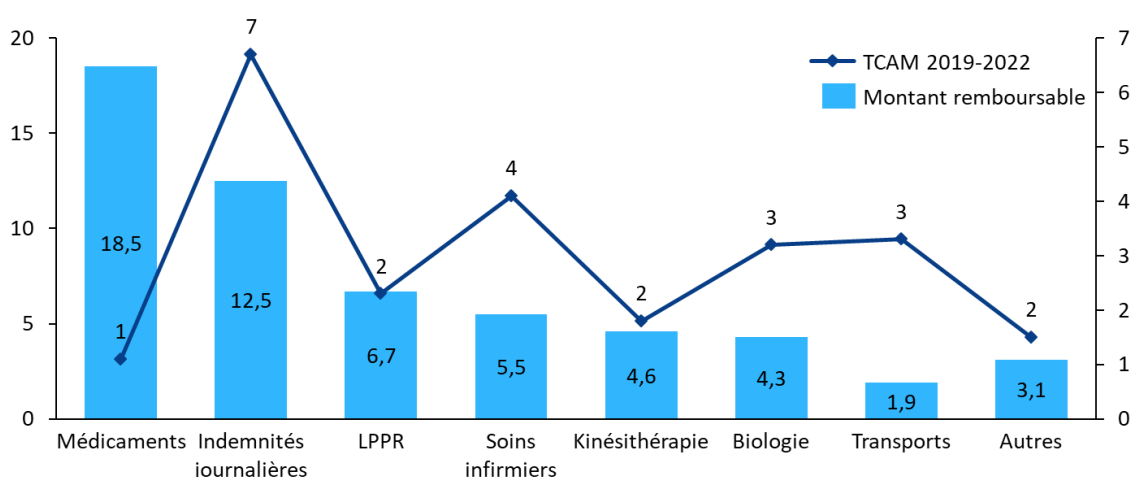
⁶ Article R. 4127-8 du code de la santé publique.

⁷ Conseil d'État, Association Autisme Espoir vers l'école, 1^{ère} et 4^e chambres réunies, 23 décembre 2020, n° 428 284, publié au recueil Lebon.

par ailleurs, connu un taux de croissance annuel moyen (TCAM) de 3 %, compris entre 6,7 % et 1,1 % selon les postes¹. Les prescriptions de médecins généralistes représenteraient, en 2022, près de 74 % du total des prescriptions médicales, soit 42,1 milliards d'euros.

Montant remboursable en 2022 et TCAM 2019-2022 par poste de prescription

En milliards d'euros et en %



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données Cnam (2024)

Sur l'ensemble de ces postes, **des marges de progrès dans l'efficacité des dépenses de santé sont identifiées.**

En matière de **médicaments**, l'assurance maladie observe, par exemple, d'importants phénomènes de surprescription – en nombre de patients ou en durée de traitements unitaires –, et un volume important de prescriptions réalisées hors des indications thérapeutiques remboursables (ITR) qui demeurent, en principe, les seules prises en charge.

Les indications thérapeutiques remboursables

En vue de leur admission au remboursement, les médicaments disposant d'une **autorisation de mise sur le marché** (AMM) du fait d'une balance bénéfique / risque favorable² doivent être évalués par la Haute Autorité de santé (HAS)³ qui apprécie, notamment, le **bien-fondé de l'inscription du médicament au regard du service médical rendu**⁴.

¹ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2025, p. 356.

² Article L. 5121-8 du code de la santé publique.

³ Article R. 163-4 du code de la santé publique.

⁴ Article R. 163-18 du code de la sécurité sociale.

L'inscription sur les listes des spécialités remboursables est prononcée, indication par indication, sur le fondement de cet avis¹. On parle alors **d'indication thérapeutique remboursable (ITR)**.

Les médecins sont tenus de **signaler sur l'ordonnance le caractère non remboursable des produits** lorsqu'ils prescrivent une spécialité en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement². L'assurance maladie indique, toutefois, identifier de nombreuses prescriptions hors ITR ne portant pas cette mention³.

En matière de **dispositifs médicaux**, l'assurance maladie indique constater un taux de croissance élevé des dépenses, de l'ordre de 4 % par an en moyenne depuis 2016, et souhaiter lutter « *contre le gaspillage observé de certains dispositifs médicaux en cohérence avec les objectifs nécessaires de sobriété* ». Les compléments nutritionnels oraux, les dispositifs d'autosurveillance de la glycémie ou les pansements prescrits suite à une intervention chirurgicale apparaissent prioritairement visés⁴.

Une progression très dynamique des dépenses de **biologie médicale** est également observée. La Cnam constate, notamment, la persistance d'actes peu utiles dans le parcours de soins. Seuls 9 % des dosages de vitamine D, par exemple, correspondraient à l'une des six indications recommandées par la HAS. De la même manière, les triples dosages ou les doubles dosages des hormones thyroïdiennes ne seraient justifiés que dans de très rares cas⁵.

En matière d'**imagerie**, une forte croissance des volumes d'actes est observée, qui conduit la Cnam à recommander, notamment, aux médecins requérants de s'assurer systématiquement de l'absence d'examen redondants par une consultation préalable du DMP⁶. L'Académie nationale de médecine a également mis en avant, dans un rapport de 2021, que « *seulement une demande d'imagerie sur sept était correctement libellée* » et mentionnait, notamment, l'indication ou le motif de l'examen, pour permettre au radiologue de répondre efficacement à la demande⁷.

Enfin, en matière de **transports**, le très fort taux de progression des dépenses, qui ont augmenté de 9,3 % entre 2022 et 2023, a poussé l'assurance maladie à élaborer une feuille de route pluriannuelle de maîtrise des dépenses de transport et le législateur, dans la LFSS pour 2024, à favoriser

¹ Article R. 163-4 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 162-4 du code de la sécurité sociale.

³ Pour certains médicaments, jusqu'à un tiers de patients traités en dehors des ITR. Voir Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2025, p. 355.

⁴ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2025, p. 371.

⁵ Ibid., p. 374.

⁶ Voir, à ce sujet, le commentaire de l'article 15 du présent projet de loi.

⁷ Académie nationale de médecine, Relations entre clinique et imagerie : état de la situation actuelle, propositions d'amélioration, mars 2021.

le développement du recours aux transports partagés lorsque l'état du patient est jugé compatible avec cette modalité de prise en charge¹.

2. Les outils mis en place par les pouvoirs publics et l'assurance maladie

Afin d'améliorer la pertinence des prescriptions, de maîtriser les dépenses d'assurance maladie et de promouvoir le bon usage, plusieurs outils ont été mis en place par le législateur et l'assurance maladie.

- La **procédure d'accord préalable** permet, ainsi, au service du contrôle médical de l'assurance maladie de confirmer la prise en charge d'un acte ou d'un traitement avant son exécution. Elle a vocation à s'appliquer aux actes et traitements lorsque :

- leur nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical, notamment lorsqu'il existe un risque de non-respect de ces indications ou de mésusage ;

- leur justification, du fait de leur caractère innovant ou risqué, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;

- ils sont particulièrement coûteux pour l'assurance maladie, ou le recours à une autre prestation se révèle moins coûteux².

À défaut de réponse du service du contrôle médical dans un délai de 15 ou, pour les prestations les plus complexes ou coûteuses, de 21 jours, l'accord est réputé avoir été donné³.

La procédure d'accord préalable s'applique, notamment, à certains examens et analyses de laboratoire, à certains appareillages médicaux et aux transports de plus de 150 kilomètres, en série, en avion ou en bateau⁴.

- Certains médicaments sont, par ailleurs, soumis à des **règles particulières de prescription**.

Il en va ainsi des **médicaments soumis à prescription restreinte** : médicaments réservés à l'usage hospitalier⁵, médicaments à prescription hospitalière⁶, à prescription initiale hospitalière⁷ ou dont la prescription est réservée à des médecins spécialistes⁸.

¹ Article 69 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

² Article L. 315-2 du code de la sécurité sociale.

³ Article D. 315-5 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article R. 322-10-4 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article R. 5121-83 du code de la santé publique.

⁶ Article R. 5121-85 du code de la santé publique.

⁷ Article R. 5121-88 du code de la santé publique.

⁸ Article R. 5121-91 du code de la santé publique.

Les **médicaments d'exception**, par ailleurs, ne sont pris en charge qu'après information du service du contrôle médical et s'ils sont prescrits dans le respect d'indications prévues par une fiche d'information thérapeutique¹.

La **prescription de médicaments classés comme stupéfiants** ne peut, enfin, s'effectuer que par une ordonnance papier sécurisée, indiquant en toutes lettres la quantité prescrite, les doses ou concentrations de substances².

• La **convention médicale, conclue le 4 juin 2024**, vise également à renforcer et valoriser la pertinence des prescriptions et la qualité des soins. Elle mobilise, pour ce faire, plusieurs leviers.

La convention fixe, d'abord, **15 programmes d'actions partagés**, reposant sur des engagements réciproques de l'assurance maladie et des médecins et assortis d'objectifs permettant de suivre leur mise en œuvre³. Les engagements de l'assurance maladie visent, notamment, à mieux diffuser les référentiels de bonne pratique définis par la HAS et le ministère, à développer un accompagnement dédié et à mieux outiller les médecins, en leur permettant d'analyser leur pratique et de la comparer à celle de leurs confrères⁴.

Les médecins s'engagent, de leur côté, à prescrire aux meilleurs standards de pertinence et par ordonnance numérique, ainsi qu'à recourir à l'ensemble des téléservices de l'assurance maladie⁵.

Exemples de programmes d'actions partagés engagés par la convention médicale de 2024

1. Programme n° 2 : Lutte contre l'antibiorésistance⁶

Constatant que, malgré une baisse tendancielle observée depuis 2012, la France restait en 2021 au 5^e rang des pays européens en matière de consommation d'antibiotiques, avec une utilisation supérieure de 30 % à la moyenne européenne, le programme n° 2 vise à diminuer la prescription d'antibiotiques de 10 % dès 2025 et de 25 % à l'horizon 2027.

2. Programme n° 4 : Conformité des prescriptions médicales aux indications thérapeutiques remboursables (ITR)⁷

Mettant en avant des problèmes importants de conformité - un tiers des remboursements actuels de médicament de la classe des antidiabétiques analogues GLP-1 seraient réalisés hors ITR - la convention vise à promouvoir l'utilisation des outils d'accompagnement à la prescription de l'assurance maladie pour les molécules sélectionnées par le ministère :

¹ III de l'article R. 163-2 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 5132-5 du code de la santé publique.

³ Article 60 de la convention médicale de 2024.

⁴ Article 60-1 de la convention médicale de 2024.

⁵ Article 60-2 de la convention médicale de 2024.

⁶ Article 61-2 de la convention médicale de 2024.

⁷ Article 61-4 de la convention médicale de 2024.

- nouvelle procédure d'accompagnement à la pertinence des prescriptions ;
- ordonnances de médicaments d'exception, pour une liste de molécules que l'assurance maladie s'engage à actualiser.

3. Programme n° 10 : Diminution des actes d'imagerie redondants ou non pertinents¹

Constatant que la dynamique des dépenses d'imagerie s'est accrue de plus de 200 millions d'euros, fin 2023, par rapport au tendanciel de ces dernières années, le programme n° 10 vise à diminuer les actes d'imagerie redondants voire inutiles et à améliorer la pertinence des demandes.

La convention met également en place **quatre dispositifs d'intéressement**, devant permettre un partage financier des économies permises par l'amélioration de la pertinence et de la sobriété des prescriptions, parmi lesquels figurent :

- un dispositif d'intéressement à la **prescription de médicaments biosimilaires**, dès l'initiation du traitement ou en remplacement d'un médicament bioréférent² ;

- un dispositif d'intéressement à la **dé-prescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)**, dans les situations jugées non pertinentes selon les recommandations de bonnes pratiques de la HAS³.

La convention met en place, en outre, un nouveau **ratio de sobriété annuel⁴**, devant permettre :

- de mieux informer les médecins sur leur pratique de prescription, en comparant le montant correspondant à une moyenne nationale après correction pour tenir compte des caractéristiques de sa patientèle ;

- de rémunérer les médecins ayant les pratiques de prescription les plus sobres.

Enfin, la convention médicale prévoit la création d'un **observatoire national de la pertinence et de la qualité**, chargé de suivre la réalisation des objectifs partagés. En cas d'écart, les partenaires se sont engagés à proposer ensemble des actions correctives⁵.

• La LFSS pour 2024⁶ a inséré, enfin, dans le code de la sécurité sociale une nouvelle **procédure d'accompagnement des professionnels à la pertinence des prescriptions**. Celle-ci prévoit que la prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations associées peut

¹ Article 61-10 de la convention médicale de 2024.

² Article 62 de la convention médicale de 2024.

³ Article 63 de la convention médicale de 2024.

⁴ Articles 66 et suivants de la convention médicale de 2024.

⁵ Article 73 de la convention médicale.

⁶ Article 73 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

être subordonnée au renseignement, sur un formulaire, par le prescripteur d'éléments relatifs aux circonstances et aux indications de la prescription lorsque le produit et les prestations présentent :

- un intérêt particulier pour la santé publique ;
- un impact financier pour les dépenses d'assurance maladie ;
- ou un risque de mésusage.

Lorsque le recours à ce formulaire est exigé, celui-ci doit être présenté au pharmacien ou à un autre professionnel de santé en vue de la prise en charge par l'assurance maladie du produit de santé et des prestations concernées¹.

Un **décret du 30 octobre 2024**² est venu préciser les modalités de mise en œuvre de la procédure, en prévoyant notamment :

- que ce document indique si la prescription respecte les indications ouvrant droit au remboursement ou les recommandations de la HAS ;

- que, pour l'établissement de ce document, le prescripteur a, en principe, recours à un téléservice dédié ou, par exception, peut compléter un questionnaire disponible sur le site de l'assurance maladie qu'il doit adresser, par voie postale ou système de communication sécurisé mis en place par l'assurance maladie, au service du contrôle médical placé auprès de l'organisme d'assurance maladie de l'assuré³.

Ce nouveau dispositif a vocation, selon l'assurance maladie, à *« accompagner les prescripteurs lors de la prescription de certains médicaments présentant un risque de mésusage (hors ITR) en les aidant à s'assurer du respect de l'ITR [...]. Cet accompagnement a priori du respect de l'ITR prendra la forme d'un nouveau téléservice simple et rapide directement accessible par le prescripteur permettant des vérifications sur trois ou quatre critères principaux uniquement »*.

L'assurance maladie indique que les premiers médicaments concernés par ce dispositif seront les antidiabétiques analogues du GLP-1 puis les benzodiazépines, mais précise que des réflexions sont menées *« pour augmenter le panel des produits qui feront l'objet d'un accompagnement à la prescription »*⁴.

¹ Article L. 162-19-1 du code de la sécurité sociale.

² Décret n° 2024-968 du 30 octobre 2024 relatif au document destiné à renforcer la pertinence des prescriptions médicales.

³ Article R. 161-45 du code de la sécurité sociale.

⁴ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2025, p. 356.

B. L'article 16 étend et précise la procédure d'accompagnement à la pertinence des prescriptions

L'article 16 vise, d'une part, à étendre la procédure d'accompagnement à la pertinence des prescriptions aux actes et transports de patients prescrits et, d'autre part, à préciser ses modalités d'application.

- Pour ce faire, **le 1° du I** rétablit l'article L. 162-1-7-1 du code de la santé publique, abrogé.

Cet article prévoirait désormais que la prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations associées, d'un acte inscrit au remboursement¹ ou d'un transport de patient peut être subordonnée, en cas d'impact financier pour l'assurance maladie ou de risque de mésusage, à la présentation par le patient d'un document, **établi par le prescripteur**, indiquant, à l'exclusion de toute autre donnée médicale, que sa prescription respecte les indications ouvrant droit au remboursement ou les recommandations de la HAS.

Afin d'établir ce document, le prescripteur doit renseigner, dans des conditions prévues par voie réglementaire, des éléments permettant de vérifier si sa prescription s'inscrit ou non dans le cadre de ces indications ou recommandations, **transmis au service du contrôle médical**.

Lorsqu'il constate l'absence du document, ou lorsque ce document indique qu'une prescription ne s'inscrit pas dans les indications remboursables ou les recommandations, le **professionnel appelé à exécuter la prescription** doit recueillir l'accord du patient pour délivrer ou réaliser les produits, actes et prestations non pris en charge.

La liste des produits, actes et prestations soumis à cette procédure devrait être fixée par arrêté par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Ces arrêtés précisent la nature des informations à renseigner par le prescripteur pour transmission au service du contrôle médical.

- **Le 2° du I** abroge, en conséquence, l'article L. 162-19-1 du code de la sécurité sociale portant l'actuelle procédure d'accompagnement à la pertinence des prescriptions.

- **Le 3° du I** modifie l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale pour ajouter la nouvelle procédure d'accompagnement à la pertinence des prescriptions parmi les conditions auxquelles peut être subordonnée la prise en charge de certaines prestations d'assurance maladie. Les caisses d'assurance maladie sont chargées, avec l'appui des services médicaux et dans le respect du secret professionnel et médical, d'en vérifier le respect.

Les assurés sociaux et les professionnels de santé ayant réalisé les actes ou prestations, ou délivré les produits sont tenus, le cas échéant, de fournir à la caisse ou au service du contrôle médical les éléments

¹ Dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

nécessaires à ces vérifications. En cas d'anomalie, la caisse ou le service médical apprécient les responsabilités respectives de chacun de ces acteurs.

- Enfin, le **II de l'article** rend ces dispositions applicables à Mayotte.

- La **fiche d'évaluation préalable** annexée par le Gouvernement au projet de loi déposé indique que, dans les faits, l'extension de cette procédure devrait concerner principalement les prescriptions de transport et d'examens de biologie. Elle précise que « *dans un second temps, cette mesure pourrait être étendue à d'autres actes, comme les examens d'imagerie médicale* ».

S'agissant des transports, le Gouvernement indique souhaiter inciter le prescripteur à prioriser les prescriptions de transports destinées aux patients présentant des déficiences ou des incapacités, en réservant les ambulances aux seuls patients le nécessitant. Dans l'hypothèse d'un report de 10 % des transports vers un mode de prise en charge moins onéreux, une économie de 114 millions d'euros pourrait être réalisée à compter de 2027.

En matière de biologie, le Gouvernement indique espérer une économie de 47 millions d'euros par an, en visant en particulier :

- les dosages de vitamine D, dont le mésusage est évalué à 25 millions d'euros ;

- les dosages du taux de thyroïdostimuline (THS), dont le mésusage est évalué à environ 15 millions d'euros ;

- les examens cyto bactériologiques des urines, dont le mésusage est évalué à 36 millions d'euros.

Enfin, le Gouvernement précise souhaiter déployer, dans un premier temps, la mesure auprès des prescripteurs de ville, en l'absence de visibilité sur la date de déploiement du téléservice à l'hôpital¹.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

1. Le texte transmis au Sénat

Le Gouvernement a transmis cet article au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

2. Les modifications adoptées par le Sénat

En première lecture, le Sénat a adopté six amendements à l'article 16.

Afin de recentrer le périmètre de la nouvelle procédure sur les prescriptions à plus fort enjeu, le Sénat a adopté un **amendement n° 147** de la commission et un **amendement identique n° 1 376** du Gouvernement précisant qu'elle n'a vocation à s'appliquer qu'aux produits de santé, actes ou

¹ Annexe n° 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi », pp. 87 et suivantes.

transports particulièrement coûteux pour l'assurance maladie, ou présentant un risque de mésusage.

Considérant que les recommandations de la HAS sont, en elles-mêmes, dépourvues de caractère contraignant et que les recommandations internationales ou des sociétés savantes contribuent également à la mise à disposition des professionnels de santé des données acquises de la science, le Sénat a, par ailleurs, adopté un **amendement n° 149** de la commission des affaires sociales supprimant la référence aux recommandations de la HAS dans l'article 16.

En revanche, le Sénat a adopté un **amendement n° 148** de la commission permettant d'utiliser la procédure d'accompagnement à la pertinence des prescriptions pour vérifier si le prescripteur a consulté le dossier médical partagé (DMP) du patient préalablement à sa prescription et limiter, ainsi, les actes inutiles ou redondants.

Un **amendement de la commission n° 150**, qui précise que l'assurance maladie doit mettre à disposition du prescripteur un téléservice dédié permettant de vérifier si sa prescription s'inscrit ou non dans les ITR a, par ailleurs, été adopté par le Sénat.

Enfin, le Sénat a adopté un **amendement n° 1 250** de Marie-Do Aeschlimann et plusieurs de ses collègues, prévoyant que les professionnels de santé et associations d'usagers du système de santé agréées devront être consultés préalablement à la fixation par arrêté des produits, actes et prestations soumis à la procédure d'accompagnement à la pertinence des prescriptions.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'adopter cet article dans sa **rédaction issue du Sénat**, sous réserve de modifications rédactionnelles et d'une proposition de rédaction, visant à repousser au 1^{er} janvier 2026 l'entrée en vigueur de la nouvelle procédure d'accompagnement à la pertinence des prescriptions.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend plusieurs modifications rédactionnelles proposées par la commission mixte paritaire, ainsi qu'un amendement du rapporteur général reportant au 1^{er} janvier 2026 l'entrée en vigueur de la nouvelle procédure.

III - La position de la commission

La commission se félicite du maintien, dans l'article 16 transmis en nouvelle lecture, de l'ensemble des apports du Sénat.

Considérant que **la pertinence des prescriptions constitue un enjeu sanitaire et financier de premier plan** pour l'assurance maladie, la commission avait soutenu ces dispositions en première lecture. En autorisant le Gouvernement et l'assurance maladie à vérifier la consultation préalable du DMP, la commission souhaite que celles-ci permettent également de réduire le nombre d'actes inutiles ou redondants.

Comment en première lecture, la commission a toutefois souhaité être particulièrement attentive à la **simplicité de la procédure qui sera mise en place**, afin que celle-ci ne réduise pas inutilement le temps médical disponible, dont l'insuffisance est désormais bien documentée. Elle juge, enfin, nécessaire que celle-ci soit limitée aux produits, actes et transports présentant les plus forts enjeux sanitaires ou financiers.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 16 bis A

Amélioration de la coordination entre assurance maladie obligatoire et complémentaires santé en matière de lutte contre la fraude

L'article 16 bis A, inséré en première lecture au Sénat à l'initiative de la commission des affaires sociales et de deux amendements identiques de Xavier Iacovelli et du Gouvernement, vise à mieux coordonner l'action de l'assurance maladie obligatoire et celle des complémentaires santé en matière de lutte contre la fraude.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - La coopération entre assurance maladie obligatoire et complémentaires santé : un angle mort de la lutte contre la fraude

A. Des défaillances dans la lutte contre la fraude, liées à une organisation en silo entre assurance maladie obligatoire et complémentaires santé

En matière de lutte contre la fraude, **l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC) semblent aujourd'hui agir chacune de leur côté**, sans réelle coordination. La récente mission d'information sénatoriale sur les complémentaires santé¹ **pointe ainsi du doigt une organisation de la lutte contre la fraude « en silo »**.

Alors que la branche maladie accusera, à en croire les estimations du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, un **déficit prévisionnel de 13,4 milliards d'euros en 2025**, il n'est **pourtant plus temps**

¹ Sénat, Complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français, rapport d'information n° 770 (2023-2024), déposé le 24 septembre 2024.

d’attendre pour agir contre la fraude aux prestations, compte tenu des **enjeux financiers associés** et de **l’objectif d’intérêt public sous-tendu**. Lors de leur audition par la mission d’information précitée, deux organismes complémentaires avaient communiqué les montants de fraude qu’ils avaient détectés sur leur périmètre : 52 millions d’euros pour Malakoff Humanis et 45 millions d’euros pour Harmonie mutuelle. Il est très probable qu’avec davantage de coordination et de coopération pour détecter les cas de fraude, ce à quoi AMO comme AMC ont intérêt, ces montants pourraient encore s’accroître.

B. Un cadre législatif restrictif, inadapté aux enjeux actuels

Pour expliquer les difficultés d’articulation entre AMO et AMC en matière de lutte contre la fraude, la mission d’information précitée pointe du doigt un « *cadre législatif restrictif* » et « *inadapté aux enjeux actuels du traitement des données de santé* ».

Lorsqu’une **fraude est suspectée par l’assurance maladie** et que celle-ci déclenche les contrôles et enquêtes nécessaires, l’article L. 114-9 du code de la sécurité sociale, qui traite de la question, se borne en effet à poser le principe d’une **information des complémentaires santé qui pourraient être affectées** par le mécanisme de fraude suspecté, lorsque ces dernières peuvent être identifiées.

Le même article ne prévoit, réciproquement, aucune modalité d’information de l’assurance maladie obligatoire en cas de suspicion d’une fraude chez une complémentaire santé.

Selon France Assureurs, cette « *base légale pour un échange d’informations sur la fraude [n’est] ni suffisante ni opérante* »¹. Le directeur général de la Cnam ne voit pour sa part « *que des avantages à ce que l’on partage mieux avec les complémentaires santé les éléments dont nous disposons* » pour renforcer la lutte contre la fraude².

II - Le dispositif proposé : améliorer la coordination et la coopération entre AMO et AMC en matière de lutte contre la fraude

L’amélioration de la coordination entre AMO et AMC, et notamment l’instauration d’un cadre de transferts de données sécurisé permettant une approche commune de la détection des fraudes pourrait constituer une **opportunité pour lutter plus efficacement contre la fraude**.

Tel est l’objet de l’amendement n° 154 de la commission des affaires sociales, adopté en première lecture par le Sénat, ainsi que des amendements identiques n° 349 rect. de Xavier Iacovelli et n° 1337 du Gouvernement.

¹ Réponses écrites au questionnaire du rapporteur de la mission d’information précitée.

² Compte rendu du 9 avril 2024 sur la mission d’information précitée.

En son 1°, l'article 16 *bis* A remplace l'information des complémentaires santé affectées lorsque l'assurance maladie déclenche une procédure pour fraude par un nouveau mécanisme. Celui-ci prévoit, lorsqu'une **plainte pour fraude est déposée** au nom ou pour le compte de l'assurance maladie, que celle-ci soit tenue de **communiquer au procureur de la République le nom et les coordonnées des complémentaires concernées** ainsi que **toute information qu'elle détiendrait sur le préjudice causé** auxdites complémentaires – ce qui constitue une nouveauté.

En son 2°, il insère un nouvel article L. 114-9-1 au sein du code de la sécurité sociale, régissant les **modalités de partages d'informations entre AMO et AMC en cas de suspicion de fraude** préalable à une potentielle action en justice. **Il ouvre la possibilité que l'AMO et l'AMC puissent mutuellement se communiquer des données en cas de suspicion de fraude.**

Un **partage de données de l'AMO** serait possible lorsque les investigations menées par l'assurance maladie en cas de suspicion de fraude semblent **concluantes**, tandis qu'un partage de données de l'AMC serait conditionné à la connaissance, par la complémentaire santé, **d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude**¹.

Les échanges de données ainsi prévus seraient **circonscrits dans le respect du droit à la protection des données**, et encadrés, dans le détail, par un décret en Conseil d'État pris après **avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés**.

Seules les informations strictement nécessaires à l'identification de l'auteur ou de la nature des faits de fraude suspectés pourront être communiquées² par l'assurance maladie à la complémentaire santé, et celle-ci ne pourra **pas conserver ces données au-delà d'une durée strictement nécessaire afin de préparer, d'exercer et de suivre une action en justice**. Une information est également prévue lorsque l'AMO procède à un déconventionnement.

Les mêmes limites s'appliqueraient aux données transférées de l'AMC vers l'AMO, si ce n'est que les informations transmises pourraient être conservées le temps de **déclencher ou poursuivre une procédure de contrôle ou d'enquête, de préparer, d'exercer et de suivre une action en justice, ou de prononcer certaines autres sanctions**, comme des déconventionnements ou des sanctions administratives.

Les données échangées, qui transiteront par un **intermédiaire présentant un haut niveau de sécurité**³, ne pourront être **utilisées qu'à des fins de lutte contre la fraude sous peine de sanctions pénales** et devront

¹ Dans les deux cas, des décrets en Conseil d'État pourront rajouter des conditions.

² Il est précisé, pour les seuls transferts de données venant de l'AMO, que les données à caractère personnel concernant la santé sont strictement limitées à la nature des actes et prestations concernés par la fraude.

³ Celui-ci devra présenter des garanties d'indépendance vis-à-vis des complémentaires santé.

être **supprimées sans délai si la suspicion est levée**. Une obligation de secret professionnel s'appliquera pour tous les collaborateurs des complémentaires santé qui auraient à transmettre des données à l'assurance maladie, ou à connaître des données qui en proviennent.

III - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article, en y intégrant diverses améliorations rédactionnelles et une coordination juridique.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend l'essentiel des modifications rédactionnelles proposées par la CMP, ainsi que la coordination qui avait été ajoutée.

IV - La position de la commission

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale étant identique sur le fond à la version issue du Sénat, la commission propose d'adopter cet article, qui permettra de renforcer les synergies entre assurances maladie obligatoire et complémentaire afin de mieux lutter contre la fraude.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 16 bis B
Sécurisation de la carte Vitale

Cet article, inséré à l'initiative de la commission des affaires sociales lors de la première lecture au Sénat, vise à mieux sécuriser la carte Vitale afin de lutter contre la fraude aux prestations sociales.

Il inscrit dans la loi le principe que la carte Vitale, qu'elle soit matérielle ou dématérialisée, présente un caractère sécurisé.

Il vise également à favoriser et à accélérer le déploiement de l'application sécurisée « carte Vitale », en incitant financièrement les professionnels de santé à accepter la carte Vitale dématérialisée et en avançant au 1^{er} octobre 2025 la généralisation du déploiement de cette application à l'échelle nationale.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I – La sécurisation des cartes Vitale est un impératif pour lutter efficacement contre les fraudes aux prestations sociales

A. Le défaut de sécurisation de carte Vitale génère une fraude évitable aux prestations sociales

Alors que la branche maladie accusera, selon les estimations du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, un **déficit prévisionnel de 13,4 milliards d'euros en 2025, il est indispensable d'agir contre la fraude aux prestations de l'assurance maladie.**

Dans son rapport 2023 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale¹, la **Cour des comptes estime entre 1,1 et 1,3 milliard d'euros le coût de la fraude et des fautes** sur un champ ne recouvrant **que six catégories d'actes et prestations à la charge de l'assurance maladie** (soins infirmiers et de masso-kinésithérapie, actes des médecins généralistes, produits de santé délivrés par les pharmacies d'officine, transport de patients et complémentaire santé solidaire), ne recouvrant que 27 % du total des prestations légales versées par la branche.

L'extrapolation de ces données, certes fragile sur un plan statistique, porterait donc entre 4,1 et 4,8 milliards d'euros l'estimation du montant total de la fraude et des fautes aux prestations d'assurance maladie.

Le détournement des cartes Vitale constitue un mécanisme de fraude répandu.

Les stratagèmes de fraude découlant de l'insuffisante sécurisation de la carte Vitale sont nombreux et divers. Les principaux sont la facturation

¹ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, mai 2023.

de soins fictifs en tiers payant par un professionnel de santé, l'utilisation d'une carte Vitale détournée au bénéfice d'une personne ne remplissant pas les conditions nécessaires à une prise en charge par l'assurance maladie ou l'utilisation d'une carte Vitale d'un assuré dont les droits sont fermés.

1. Aucune donnée ne permet d'étayer l'affirmation des pouvoirs publics selon laquelle le nombre de cartes Vitale surnuméraires serait résiduel

Comme le note la Cour des comptes, « *l'existence de plusieurs cartes Vitale au nom d'un même assuré peut faciliter ces détournements* ». Si le précédent gouvernement a affirmé que le **nombre de cartes surnuméraires n'excédait pas les 1 000 unités**, la preuve n'en a jamais été fournie. La Cour des comptes entendait **expertiser ce chiffrage**, mais n'a jamais été mise en mesure de le faire, faute de transmission des données nécessaires pour lui permettre d'effectuer une comparaison entre le nombre de cartes Vitale en validité par tranche d'âge et la structure démographique de la population ressortant des recensements de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Le **système d'opposition aux carte Vitale** en cas de perte ou de vol, prévu à l'article R. 161-33-3 du code de la sécurité sociale, n'apparaît, quant à lui, aujourd'hui **pas suffisamment efficace** pour être un **vecteur efficace** de lutte contre la fraude.

2. Les insuffisances dans la vérification de la validité des cartes Vitale avant versement des prestations

Si, **en droit**, la fin du bénéfice des droits aux prestations d'assurance maladie entraîne **l'impossibilité d'utiliser la carte Vitale**¹, les professionnels de santé² **n'opèrent pas systématiquement de vérification** que les droits d'un assuré sont ouverts sur le service dédié de l'assurance maladie³, ce qui peut entraîner des versements indus.

B. L'expérimentation bienvenue d'une application « carte Vitale » sécurisée, comportant des éléments biométriques

1. Une application « carte Vitale » sécurisée

Afin de **lutter contre la fraude et d'accompagner le mouvement de dématérialisation** rendu possible par la révolution numérique, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et le groupement d'intérêt économique (GIE) Sesam Vitale ont **développé une application « carte Vitale »**, téléchargeable depuis un smartphone ou une tablette.

Cette application s'inscrit dans une **logique de sécurisation de la carte Vitale**.

¹ Article R. 161-33-3 du code de la sécurité sociale.

² En dehors du cas des pharmaciens.

³ Le service ADR permet à un professionnel de santé de vérifier que les droits d'un assuré sont ouverts.

Elle contient, comme l'application France Identité, des **éléments biométriques**. L'assuré doit en effet **photographier son visage et sa pièce d'identité**¹ pour permettre l'activation de l'application, conditionnée à la **concordance entre les deux images** et la correspondance entre le numéro de sécurité sociale déclaré et les données du justificatif d'identité.

En outre, elle repose, comme de nombreuses applications, sur un **mécanisme d'authentification à deux facteurs**, ce qui est une source de **sécurisation du dispositif**.

Enfin, l'application « carte Vitale » procède à une **synchronisation en temps réel de la situation d'ouverture des droits**, ce qui fait obstacle à l'utilisation de l'application par un assuré ne justifiant plus des conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie.

2. Une expérimentation au déploiement lent et progressif

Démarrés en 2017, les **travaux sur l'application « carte Vitale » ont abouti à une expérimentation engagée en 2019** et étendue, en 2023, de deux à six départements.

En **2024**, l'expérimentation a été étendue à 17 départements supplémentaires, et **couvre désormais 23 départements**. La **généralisation de l'expérimentation est attendue pour fin 2025**, selon la Cnam.

La carte Vitale dématérialisée, déjà inscrite dans la loi², viendrait en **complément et non en remplacement de la carte Vitale matérielle**.

II - Le dispositif proposé : l'inscription dans la loi du caractère sécurisé de la carte Vitale, et l'accélération du déploiement de l'application « carte Vitale » sécurisée

Depuis plusieurs années, le Sénat décrie l'**insuffisance de la sécurisation de la carte Vitale et les fraudes associées**, qui constituent des dépenses évitables pour l'assurance maladie dans un contexte financier contraint et dégradé.

Assurer la sécurité de la carte Vitale est d'autant plus nécessaire que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale réclame des efforts conséquents à tous les assurés, et, plus largement, à tous les acteurs du système de santé, afin d'endiguer le déficit de nos finances sociales.

En responsabilité, sur proposition de la commission des affaires sociales, le Sénat a donc **adopté, en première lecture, un amendement n° 153 rect. visant à renforcer la sécurisation de la carte Vitale et à accélérer le déploiement de l'application « carte Vitale » sécurisée.**

¹ R. 161-33-13 du code de la sécurité sociale.

² Articles L. 161-31 et R. 161-33-1 du code de la sécurité sociale.

Le 1° du I de la rédaction initiale de l'article 16 *bis* B **inscrit dans la loi le caractère « sécurisé » de la carte Vitale**, qu'elle soit sous forme matérielle ou dématérialisée. Si elles sont adoptées, ces dispositions **contraindront les pouvoirs publics à tirer les conséquences de la volonté du législateur** et à mener des actions devant limiter l'envergure de la fraude à la carte Vitale.

Le même 1° prévoit également que la délivrance de la carte Vitale soit désormais subordonnée à la présentation d'une preuve d'identité.

Le II prévoit **d'accélérer le calendrier de généralisation de l'expérimentation** de l'application « carte Vitale » sécurisée : **aujourd'hui prévue fin 2025, le texte initial prévoyait qu'elle soit avancée au 1^{er} juillet.**

Afin **d'accompagner le déploiement rapide de l'application sécurisée** pour rendre le versement des prestations sociales plus sûr et améliorer le service rendu aux professionnels comme aux assurés, le 2° du I prévoit enfin des **mécanismes conventionnels de rémunération des professionnels de santé** qui auraient mis à jour leur logiciel et accepteraient l'utilisation de la carte Vitale dématérialisée.

III - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de décaler **du 1^{er} juillet au 1^{er} octobre 2025** la date de généralisation de l'expérimentation de l'application « carte Vitale », considérant que **la Caisse nationale de l'assurance maladie n'était pas en mesure de tenir le calendrier initialement fixé.**

La commission mixte paritaire avait également retenu deux modifications rédactionnelles.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend, sur proposition du rapporteur général, **le décalage au 1^{er} octobre 2025 de déploiement de la généralisation de l'application « carte Vitale »** proposé par la CMP.

Il ne reprend en revanche pas certaines modifications rédactionnelles qui avaient alors été proposées.

IV - La position de la commission

Bien que la commission souhaite un **déploiement aussi rapide que possible de l'application « carte Vitale »** sur l'ensemble du territoire, elle accepte le décalage de trois mois du calendrier qu'elle avait initialement préconisé, considérant qu'il est nécessaire que la généralisation de l'expérimentation puisse **s'opérer dans de bonnes conditions** afin que

les assurés aient confiance en l'application « carte Vitale » sécurisée et y recourent effectivement.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 16 bis C

Réforme du service du contrôle médical de l'assurance maladie

Cet article vise à réformer l'organisation du service du contrôle médical de l'assurance maladie, en le rapprochant du réseau des caisses primaires d'assurance maladie. Il conduit notamment à transférer aux caisses du réseau les contrats liant aujourd'hui les personnels administratifs à la Caisse nationale d'assurance maladie.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. L'organisation du service du contrôle médical ne lui permettrait pas d'accomplir ses missions étendues de manière efficace

1. Missions et moyens du service du contrôle médical

• Les **missions du service médical (SCM) de l'assurance maladie** apparaissent particulièrement étendues.

Le service est, d'abord, chargé par la loi de **constater les abus** en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et prestations¹. En matière d'arrêt de travail, il procède à des contrôles systématiques des prescriptions réalisées par un médecin dont l'activité de prescription apparaît anormalement élevée. Il est également chargé, lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, d'examiner le rapport du médecin diligenté et de demander à la caisse de suspendre les indemnités journalières ou de procéder à un nouvel examen.

Le SCM procède, par ailleurs, auprès des établissements de santé, des pharmaciens et des distributeurs de produits ou prestations, dans le respect des règles déontologiques, aux **contrôles nécessaires en matière de délivrance et de facturation** de médicaments, produits ou prestations donnant droit à remboursement par l'assurance maladie².

Il procède également à l'**analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé et des professionnels de santé** dispensant des soins aux assurés, notamment au regard des règles définies, pour ces derniers,

¹ Article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

² Ibid.

par les conventions professionnelles qui régissent leurs relations avec l'assurance maladie¹.

Au-delà de ses missions légales, le SCM participe à des **actions de natures diverses**, dont l'importance croissante a été constatée par la Cour des comptes dans un rapport récent sur la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam)². Le SCM contribue ainsi à la lutte contre la désinsertion professionnelle, au déploiement de l'exercice coordonné en ville – sous forme de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) – et à l'amélioration de la pertinence des soins, en coordination avec les agences régionales de santé (ARS).

La Cour des comptes relève encore, dans le même rapport, que les indemnités journalières concentrent, à elles seules, près du quart de l'activité du SCM, soit davantage que les activités de lutte contre la fraude, de contrôle et de conseil aux professionnels de santé cumulées. Rappelant que la fraude sociale s'élèverait à près de 4 milliards d'euros pour l'assurance maladie³, elle appelle à renforcer les ressources affectées à ces deux dernières activités⁴.

• Pour l'accomplissement de ces missions étendues, le SCM dispose de **ressources importantes mais faiblissantes**.

Le SCM s'appuie, d'abord, sur des **praticiens conseils**, médecins, pharmaciens ou chirurgiens-dentistes, dont le rôle est particulièrement important. Ces derniers ont, ainsi, accès aux données de santé à caractère personnel, lorsque celles-ci sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission et dans le respect du secret médical⁵. Inscrits à l'ordre et soumis aux règles déontologiques applicables à leurs professions, les praticiens conseils ne peuvent aliéner leur indépendance professionnelle dans l'exercice de leurs activités médicales⁶. Les directions régionales du service médical (DRSM) comptaient, en 2022, 1 547 praticiens conseils⁷.

Le SCM comporte, par ailleurs, des **professionnels paramédicaux et agents administratifs spécialisés** : infirmiers du service médical, techniciens du service médical, conseillers des services de l'assurance maladie, etc. Les praticiens conseils peuvent, en application de la loi, déléguer sous leur responsabilité la réalisation de certains actes et de certaines activités

¹ Ibid.

² *Cour des comptes*, La Cnam : examen de la gouvernance et de certaines fonctions de gestion. Exercices 2017-2022, *rapport d'observations définitives*, janvier 2024, p. 62.

³ *Cour des comptes*, La lutte contre la fraude aux prestations sociales, septembre 2020.

⁴ *Cour des comptes*, La Cnam : examen de la gouvernance et de certaines fonctions de gestion. Exercices 2017-2022, *rapport d'observations définitives*, janvier 2024, p. 65.

⁵ Article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

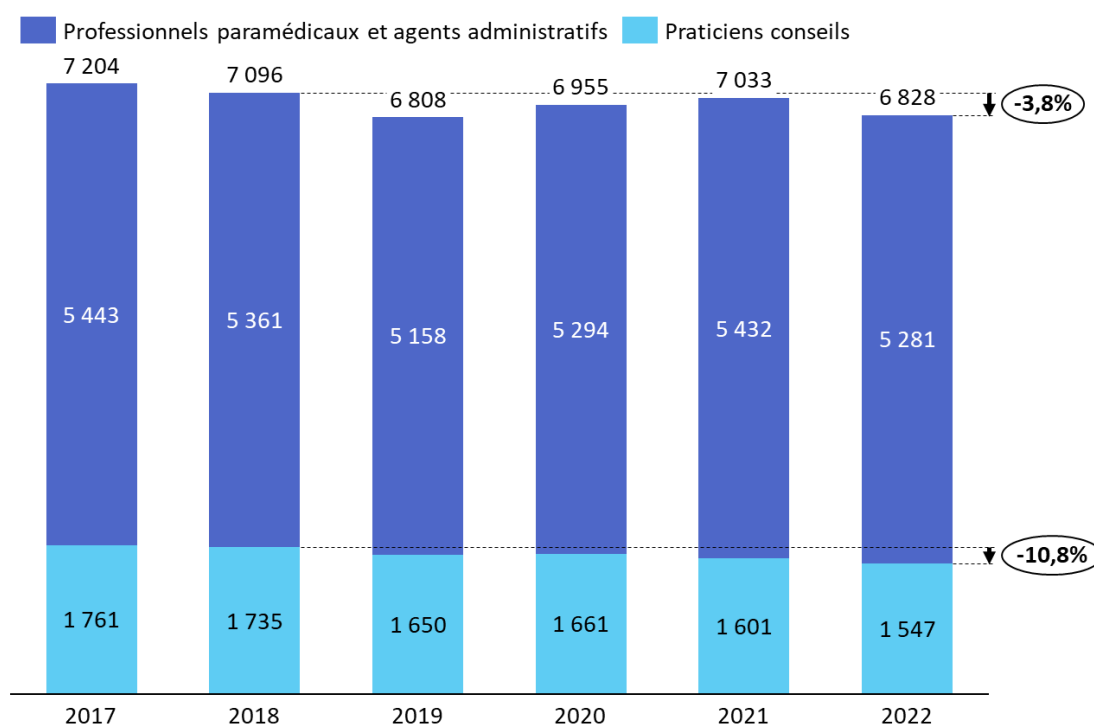
⁶ Article R. 4127-5 du code de la santé publique pour les médecins, article R. 4127-209 pour les chirurgiens-dentistes et article R. 4235-3 pour les pharmaciens.

⁷ *Cour des comptes*, La Cnam : examen de la gouvernance et de certaines fonctions de gestion. Exercices 2017-2022, *rapport d'observations définitives*, janvier 2024, p. 66.

au personnel du contrôle médical disposant de la qualification nécessaire, dans la limite des compétences prévues par le code de la santé publique¹.

Selon la Cour des comptes, **l'effectif des DRSM est décroissant ces dernières années**, du fait de départs à la retraite et de difficultés à recruter, dans une période de faible démographie médicale. Les DRSM ont perdu, entre 2018 et 2022, 11 % de leurs praticiens conseils et 1,5 % de leurs professionnels paramédicaux et agents administratifs².

Effectif des DRSM entre 2017 et 2022



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données de la Cour des comptes (2024)

2. Une organisation devenue inadaptée

- Le SCM dispose d'une **organisation historique, conçue pour assurer l'indépendance des praticiens conseils**.

Le contrôle médical constitue, ainsi, un **service national** confié aux praticiens conseils – médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens³. Pour la direction du SCM, le directeur général de la Cnam est assisté d'un médecin conseil national qu'il nomme⁴. Les règles de fonctionnement du SCM sont établies par la Cnam après avis du médecin conseil national⁵.

¹ Article L. 315-1 du code de la santé publique.

² Cour des comptes, La Cnam : examen de la gouvernance et de certaines fonctions de gestion. Exercices 2017-2022, rapport d'observations définitives, janvier 2024, p. 66.

³ Article R. 315-2 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article R. 315-5 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article R. 315-6 du code de la sécurité sociale.

Le SCM dispose, toutefois, d'une **organisation déconcentrée** indépendante du réseau des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) :

- dans chaque région, un **échelon régional du service médical (ERSM)** est placé sous la direction d'un médecin conseil régional nommé par le directeur général de la Cnam sur proposition du médecin conseil national¹ ;

- dans chaque département, un **échelon local du service médical (ELSM)** est placé sous la direction d'un médecin conseil chef de service, nommé par le directeur général de la Cnam sur proposition du médecin conseil national et après avis du médecin conseil régional intéressé.

Le personnel des ERSM et ELSM est **rattaché à la Cnam** et placé sous l'autorité du directeur de la Cnam. Le médecin conseil régional fixe l'organisation du travail dans les échelons régionaux du service médical (ERSM) et les ELSM, et a autorité sur le personnel.

• Le **maintien de deux réseaux distincts serait, toutefois, devenu inadapté au contexte actuel** pour plusieurs raisons.

D'abord, du fait de réformes internes de la Cnam, le **médecin conseil national ne prendrait plus part à la direction du réseau médical de la Cnam**. Depuis une réforme de 2022, l'animation de ce réseau a été confiée à la direction déléguée aux opérations (DDO). Désormais et comme l'observe la Cour des comptes, « *alors qu'il s'agit de services déconcentrés de la Cnam, ne disposant pas d'autonomie juridique ni d'une responsabilité autonome, les échelons régionaux et locaux du service sont encadrés par la DDO dans les mêmes conditions que les CPAM qui relèvent d'une toute autre situation juridique* »².

Surtout, la coexistence de deux réseaux distincts serait source de **coûts de coordination et de redondances**. La Cnam décrit des « *lourdeurs de coordination [...] entre les deux réseaux* » et regrette que « *pour les assurés sociaux, le système manque aujourd'hui de lisibilité* »³.

B. Le dispositif proposé : un rapprochement des réseaux médical et administratif de l'assurance maladie

L'article 16 bis C vise à permettre, au niveau législatif, le rapprochement des réseaux médical et administratif de la Cnam ainsi que le rattachement, en conséquence, des personnels administratifs des ELSM et DRSM aux CPAM.

• Pour ce faire, le **1° du I de l'article 16 bis C** supprime, à l'article L. 123-2-1 du code de la sécurité sociale, relatif aux conditions de travail des praticiens conseils, la précision selon laquelle ces derniers

¹ Articles R. 315-3 et R. 315-5 du code de la sécurité sociale.

² Cour des comptes, La Cnam : examen de la gouvernance et de certaines fonctions de gestion. Exercices 2017-2022, rapport d'observations définitives, janvier 2024, p. 69.

³ Éléments écrits transmis par la Cnam à la rapporteure.

exercent « *dans le service du contrôle médical* ». Désormais, il serait seulement fait référence aux « *praticiens conseils du régime général* ».

Le **2° du I** modifie, par ailleurs, l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale relatif aux missions de la Cnam. Désormais, celle-ci n'aurait plus pour mission d'« *organiser et de diriger le contrôle médical* », mais de définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de contrôle médical, et veiller au respect de l'indépendance technique des praticiens conseils exerçant dans son réseau.

Le **3° du I** complète le dernier alinéa de l'article L. 224-7 du code de la sécurité sociale, afin de prévoir que les praticiens conseils du SCM peuvent non seulement être des agents de la Cnam, mais également des CPAM ou des caisses générales de sécurité sociale. À cet égard, la Cnam indique que « *le rattachement des personnels médicaux fait l'objet de travaux de concertation dans le cadre du projet de transformation et sera précisé dans le cadre d'un décret* »¹.

Le **4° du I** complète l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, relative aux missions du SCM, pour préciser que doit être entendu par service du contrôle médical le ou les services au sein d'un organisme national ou local de sécurité sociale dans lesquels les personnels exercent les missions relevant du contrôle médical mentionné au même article. Il apporte également à cet article une modification de coordination juridique.

- Le **II** complète l'article L. 2122-6-1 du code du travail pour rendre applicables aux praticiens exerçant dans les organismes dont l'activité principale est relative à la protection sociale agricole les dispositions dérogatoires aux modalités de droit commun de mesure de l'audience des organisations syndicales que cet article porte.

- Le **III de l'article 16 bis C** dispose que la Cnam, les CPAM et les caisses générales de sécurité sociale préparent, au cours d'une période dont le terme ne peut excéder le 31 janvier 2027, le transfert des contrats de travail des personnels administratifs et, le cas échéant, conformément à la nouvelle organisation du SCM prévue par décret, des praticiens conseils des ELSM et DRSM aux CPAM et aux caisses générales de sécurité sociale.

Il précise que la Cnam identifie la CPAM ou la caisse générale de sécurité sociale dont le siège se situe dans la circonscription du lieu de travail des salariés de chaque ELSM et de chaque ERSM vers laquelle les contrats de travail doivent être transférés, ainsi que la date de réalisation du transfert pour chaque entité concernée.

Enfin, il dispose qu'au plus tard le 31 janvier 2027, les contrats de travail des personnels administratifs et, le cas échéant, des praticiens conseils du SCM sont transférés de plein droit aux CPAM et aux caisses générales de sécurité sociale.

¹ Ibid.

• Le **IV de l'article 16 bis C**, enfin, prévoit qu'avant la réalisation de ce transfert pour chaque entité concernée, des négociations collectives doivent être engagées avec les organisations syndicales représentatives au sein de la Cnam, afin de conclure des accords anticipés de transition dans les conditions prévues à l'article L. 2261-14-2 du code du travail. Ces accords préciseront les dispositions résultant du statut collectif en vigueur à la Cnam dont le bénéfice est maintenu aux salariés transférés.

Ces accords seront conclus dans les conditions prévues aux articles L. 2232-12 à L. 2232-20 du code du travail et s'appliqueront à compter du transfert des salariés concernés, pour une durée maximale de 3 ans. Après cette date, les statuts collectifs des CPAM et des caisses générales de sécurité sociale s'appliqueront intégralement et à titre exclusif à ces salariés.

À défaut d'accord avant le transfert des contrats, les dispositions de l'article L. 2261-14 du code du travail relatives aux conditions de mise en cause de l'application d'une convention ou d'un accord dans une entreprises seront applicables aux salariés concernés.

• Selon la Cnam, le **rapprochement des réseaux administratif et médical** devrait permettre aux assurés comme aux professionnels de santé de bénéficier « *d'un interlocuteur unique et d'un accompagnement global, sur les aspects tant médicaux qu'administratifs, ainsi que d'une homogénéité des contacts et des pratiques sur le territoire* ».

Par ailleurs, une telle réforme devrait également « *constituer un levier d'attractivité et de fidélisation des praticiens conseils* », en permettant de leur confier des missions renforcées en matière de santé publique ou d'accompagnement de l'exercice coordonné¹.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'**adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat**, sous réserve de modifications rédactionnelles.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, le Gouvernement a retenu deux amendements rédactionnels du rapporteur général reprenant les modifications apportées à l'article par la commission mixte paritaire.

¹ Ibid.

III - La position de la commission

La commission est consciente de l'inquiétude suscitée par la présente réforme du SCM de l'assurance maladie.

Toutefois, elle juge que les garanties offertes par les dispositions de l'article 16 *bis* C, en matière de **protection de l'indépendance professionnelle des praticiens conseils et du secret médical**, sont solides. Ces principes demeurent, du reste, protégés par des dispositions législatives du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale comme par les codes de déontologie des professions concernées, applicables aux praticiens conseils.

Dans ces conditions, et compte tenu des **gains importants attendus** en matière de coordination des activités administratives et médicales, de simplification organisationnelle et de renforcement de l'attractivité du SCM, la commission a, comme lors de la première lecture, soutenu les présentes dispositions.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 16 bis D

Responsabilisation des patients dans la prise de rendez-vous

Cet article, inséré en première lecture par le Sénat, vise à mettre à la charge des patients n'honorant pas un rendez-vous auprès d'un professionnel de santé, en ville, une pénalité.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Les rendez-vous non honorés : un phénomène fréquent source de gaspillage du temps médical

- Si l'appréciation du phénomène demeure délicate et donne lieu à des **estimations variables**, la proportion des rendez-vous pris auprès d'un professionnel de santé en ville qui ne seraient pas honorés apparaît toutefois significative.

L'Académie nationale de médecine et le Conseil national de l'ordre des médecins ont ainsi publié, au début de l'année 2023, un communiqué soulignant leur inquiétude face à ce phénomène, qu'ils estiment **concerner 6 à 10 % des patients disposant d'un rendez-vous chaque semaine**¹. Près des deux tiers de ces défections concerneraient un premier rendez-vous.

¹ Communiqué commun de l'Académie nationale de médecine et du Conseil national de l'ordre des médecins, Rendez-vous non honorés, 27 janvier 2023.

La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), sans pouvoir établir de chiffrage précis, recommande toutefois la plus grande prudence sur ces données et évoque un **taux d'annulation des rendez-vous qui pourrait s'établir entre 3 et 4 %**¹. Consciente des difficultés induites par les rendez-vous non honorés, elle proposait toutefois, dans son rapport dit « *Charges et produits* » pour 2024², l'organisation d'une campagne nationale d'information sur le bon usage du système de santé et, notamment, la conduite à tenir en cas d'annulation de rendez-vous. Celle-ci a été lancée le 8 octobre 2023³.

Cette estimation est cohérente avec les statistiques publiées annuellement, désormais, par Doctolib. Celles-ci révèlent que le taux de rendez-vous non honorés sans information préalable du praticien – que la plateforme nomme « pas venu, pas prévenu » – s'élevait à 3,3 % pour les médecins en juin 2024, contre 4,1 % en février 2023. Celui-ci varie sensiblement d'une profession ou d'une spécialité à l'autre, et atteint 4,7 % pour les chirurgiens-dentistes⁴.

• Les rendez-vous non honorés peuvent avoir **plusieurs conséquences indésirables sur le système de santé**.

D'une part, lorsque le patient n'annule pas son rendez-vous suffisamment en avance pour permettre au professionnel d'accueillir un autre patient, les rendez-vous non honorés entraînent une **perte de temps de consultation pour le professionnel de santé**, particulièrement préjudiciable dans le contexte de tension démographique actuel. L'Académie nationale de médecine et l'ordre des médecins estimaient, ainsi, à près de deux heures le temps perdu chaque semaine par les médecins⁵.

D'autre part, lorsqu'aucune consultation n'a pu être organisée en lieu et place du rendez-vous non honoré, le professionnel de santé est susceptible de subir une **perte de rémunération**. Les honoraires associés à une consultation ne peuvent, en effet, être réclamés par les professionnels de santé qu'à l'occasion d'actes réellement effectués⁶.

S'il est toujours possible aux professionnels, hors les cas d'urgence ou ceux dans lesquels ils manqueraient ainsi à leurs devoirs d'humanité,

¹ Rapport n° 328 (2022-2023) de Corinne Imbert, déposé le 8 février 2023, p. 32.

² Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2024, proposition n° 9.

³ Cnam, Une campagne de communication consacrée à la protection du système de soin, 5 octobre 2023 :

<https://assurance-maladie.ameli.fr/actualite/une-campagne-de-communication-consacree-la-protection-du-systeme-de-soin>.

⁴ Doctolib, communiqué de presse « Doctolib actualise ses statistiques annuelles sur les rendez-vous non honorés », 3 juillet 2024.

⁵ Communiqué commun de l'Académie nationale de médecine et du Conseil national de l'ordre des médecins, op. cit.

⁶ Cette règle est fixée, pour les médecins, dans le code déontologique de la profession à l'article R. 4127-53 du code de la santé publique.

de refuser leurs soins pour des raisons professionnelles ou personnelles¹, et ainsi de refuser un patient n'ayant pas honoré ses précédents rendez-vous, **cette protection apparaît faible**. Elle ne permet pas d'indemniser le professionnel de santé pour le temps perdu, ni de responsabiliser réellement les patients. Elle se révèle, par ailleurs, inefficace face aux nouveaux patients, pour lesquels le taux de rendez-vous non honorés sans information préalable apparaît sensiblement plus élevé : selon Doctolib, il atteignait 5,4 % en juin 2024².

B. La nécessité de responsabiliser davantage les patients et de permettre l'indemnisation des professionnels

Jugeant la responsabilisation des patients dans la prise de rendez-vous indispensable, afin de réduire le nombre de rendez-vous non honorés sans raison légitime ni information préalable du professionnel, le Sénat a adopté, en première lecture, un **amendement n° 151 de la commission**, insérant un nouvel article 16 *bis* D dans le présent PLFSS.

Le **1° de l'article 16 bis D** insère, au sein du code de la sécurité sociale, un nouvel article prévoyant qu'un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles, lorsqu'un rendez-vous auprès d'un professionnel de santé de ville n'a pas été honoré par l'assuré, une somme forfaitaire est mise à la charge de ce dernier. Son montant serait fixé par décret et affecté à l'assurance maladie.

La somme pourrait être réglée directement par l'assuré à sa caisse, prélevée sur son compte bancaire avec son autorisation ou récupérée, par l'organisme d'assurance maladie, sur les prestations postérieures de toute nature.

Le **2°** modifie les dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux conventions régissant les relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, pour prévoir que ces dernières peuvent fixer les modalités et conditions d'indemnisation des professionnels au titre des rendez-vous non honorés pour lesquels l'assurance maladie a mis une somme forfaitaire à la charge de l'assuré.

Pour chaque profession concernée³, les partenaires conventionnels pourraient ainsi décider qu'une partie de la somme forfaitaire acquittée par l'assuré est reversée en indemnisation au professionnel de santé.

¹ Article R. 4127-47 du code de la santé publique pour les médecins.

² Doctolib, communiqué de presse « Doctolib actualise ses statistiques annuelles sur les rendez-vous non honorés », op. cit.

³ Médecins généralistes et médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse médicale.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté une proposition de rédaction modifiant substantiellement l'article 16 *bis* D, mais poursuivant le même objectif de responsabilisation des patients.

Ainsi réécrit, l'article 16 *bis* D vise à **permettre** à un établissement de santé, un service de santé, un centre de santé ou un professionnel de santé exerçant à titre libéral d'**exiger directement du patient le paiement d'une pénalité** lorsque celui-ci ne s'est pas présenté à une consultation ou lorsqu'il l'annule sans respecter un délai raisonnable avant la date prévue.

L'article prévoit **plusieurs garanties, destinées à protéger le patient contre toute pénalité excessive**. La pénalité ne peut, d'abord, être réclamée lorsque celui-ci justifie d'un motif impérieux d'ordre personnel, familial ou professionnel, ou d'un motif de santé l'empêchant de se présenter à la consultation. Une pénalité ne peut, en outre, être réclamée que lorsque l'établissement, le service, le centre ou le professionnel de santé a préalablement :

- informé le patient, lors de la prise de rendez-vous, qu'en cas d'absence ou d'annulation tardive, une pénalité peut lui être infligée ;

- rappelé au patient la date et l'heure de la consultation, au moins une fois avant la date de celle-ci.

L'établissement, le service, le centre ou le professionnel de santé peut subordonner la prise de rendez-vous à une pré-autorisation bancaire facilitant, le cas échéant, le paiement de la pénalité.

Les outils et services numériques utilisés pour l'application de ces dispositions doivent respecter les référentiels d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique applicables aux données de santé et prévus par l'article L. 1470-5 du code de la santé publique.

Enfin, la définition du montant de la pénalité, du délai raisonnable d'annulation, des motifs impérieux d'annulation et des voies de règlement amiable des litiges est renvoyée à un décret.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, le Gouvernement a retenu un amendement du rapporteur général reprenant la proposition de rédaction adoptée par la commission mixte paritaire.

III - La position de la commission

La commission a **favorablement accueilli** les dispositions de l'article 16 *bis* D, dans leur rédaction issue de la commission mixte paritaire.

Elle a plusieurs fois rappelé, ces dernières années, son attachement à une **plus grande responsabilisation des patients dans la prise de rendez-vous**. À son initiative, le Sénat a ainsi adopté, lors de l'examen de la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé¹ et du PLFSS pour 2024², des dispositions permettant de sanctionner les comportements les moins vertueux.

La commission prend acte des **inquiétudes formulées par le Gouvernement en première lecture**. La ministre de la santé et de l'accès aux soins avait indiqué, lors de l'examen de l'amendement de la commission, juger délicat de « *faire reposer le dispositif sur la Cnam* », celle-ci ne disposant « *pas des informations nécessaires pour remplir cette mission* »³. La rédaction proposée par la commission mixte paritaire et retenue dans le texte transmis évite cet écueil en permettant directement aux structures de soins et professionnels de santé d'imposer une pénalité aux patients absents, dans des conditions strictes destinées à protéger ces derniers.

La commission juge que cette nouvelle rédaction **remplit de manière satisfaisante l'objectif poursuivi**. Elle invite également la Cnam à poursuivre ses campagnes de sensibilisation à destination des patients.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Amendements n° COM-52 de Corinne Imbert et n° COM-40 d'Élisabeth Doineau.

² Amendement n° 272 de Corinne Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

³ Compte rendu intégral de la séance du 22 novembre 2024.

Article 16 bis F

Interdiction des plateformes ayant pour objet principal la fourniture d'arrêts de travail téléprescrits

Cet article, inséré en première lecture au Sénat, vise à interdire les plateformes fournissant à titre principal des actes de télé médecine prescrivant ou renouvelant un arrêt de travail.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - L'émergence de plateformes visant à titre principal la fourniture d'arrêts de travail téléprescrits : une pratique coûteuse et peu scrupuleuse voire frauduleuse qu'il convient de faire cesser

A. L'émergence de plateformes visant à titre principal la fourniture d'arrêts de travail téléprescrits

Depuis la fin des années 2010, on constate l'émergence de plateformes en ligne visant à titre principal la fourniture d'arrêts de travail téléprescrits, sous différentes adresses, souvent domiciliées hors du territoire national : Stop travail, arretmaladie.fr, Medicineo, etc.

Une simple recherche sur internet permet aujourd'hui d'accéder à des dizaines de plateformes promettant la fourniture d'arrêts de travail téléprescrits en moins de dix minutes, contre une somme souvent modique. Certains sites garantissent même que la téléconsultation réalisée peut être remboursée par l'assurance maladie - ce qui n'est bien souvent pas le cas en droit, les conditions de prise en charge des téléconsultations étant rarement remplies sur ces plateformes.

La légalité des pratiques de ces plateformes peut être remise en question. Si certaines assurent travailler avec des médecins volontaires - établis en France ou non - qui reçoivent les patients dans le cadre de téléconsultations en visioconférence, d'autres semblent usurper l'identité des praticiens. Certaines plateformes ne proposent d'ailleurs pas de consultation : le remplissage d'un simple questionnaire en ligne, avec auto-diagnostic, suffit alors à la fourniture de l'arrêt de travail.

Ces plateformes doivent bien être distinguées des plateformes ayant pour objet principal de fournir des actes de télé médecine quels qu'ils soient et qui, à titre accessoire, lors d'une téléconsultation, peuvent aboutir à la prescription d'arrêts de travail.

Mis en ligne le 7 janvier 2020 et domicilié en Allemagne, le site arretmaladie.fr est la première plateforme à avoir provoqué un retentissement médiatique et politique. Ce site, qui proposait, après un questionnaire d'autodiagnostic d'une vingtaine de questions, une téléconsultation avec un médecin qui prescrivait - ou non - l'arrêt maladie sur la base des symptômes annoncés, a été clôturé par une décision

du tribunal judiciaire de Paris en novembre 2020. Le tribunal a en effet constaté de nombreux « *troubles manifestement illicites* » et « *graves* », justifiant sa fermeture définitive.

Cela n'a toutefois pas empêché le créateur de ce site de **récidiver**, avec de **nouveaux noms de domaine** comme **arret-maladie24.com** – un site qui ne **prévoit désormais plus d'entretien** avec le patient et dont les arrêts de travail sont **prescrits par des médecins internationaux**.

B. Un coût injustifié pour les finances sociales et un effet catalyseur sur l'absentéisme

La prescription d'un arrêt de travail **ouvre droit au versement d'un revenu de remplacement** pour l'assuré : il s'agit **d'indemnités journalières**¹ pour les assurés du régime général ou des régimes agricoles² et les indépendants³, ou **d'un maintien de salaire**⁴ pour les fonctionnaires. Ce revenu de remplacement peut être, le cas échéant, **complété par des prestations de prévoyance ou par une indemnité complémentaire** à la charge de l'employeur⁵.

Le revenu de remplacement n'est versé qu'à l'expiration d'un **délai de carence**⁶, dont la durée dépend du régime de l'assuré : **un jour dans la fonction publique**⁷, **trois jours pour les assurés du régime général**⁸, les indépendants⁹ et les assurés des régimes agricoles¹⁰.

Dans certains cas, **le délai de carence n'est toutefois pas applicable**, notamment **pour les assurés en affection de longue durée**¹¹ (à l'exception du premier arrêt sur une période de trois ans).

L'indemnisation des arrêts de travail s'applique, en principe, y compris aux arrêts de travail téléprescrits.

¹ Article L. 321-1 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime pour les non-salariés agricoles et, par alignement sur le régime général, article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime pour les salariés agricoles.

³ Article L. 622-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 822-3 du code général de la fonction publique.

⁵ Article L. 1226-1 du code de la sécurité sociale, après un an d'ancienneté.

⁶ Article L. 323-1 pour les assurés du régime général, article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime pour les non-salariés agricoles, article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018 pour les agents publics.

⁷ Article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018.

⁸ Article R. 323-1 du code de la sécurité sociale.

⁹ Article D. 622-12 du code de la sécurité sociale.

¹⁰ Article D. 732-2-2 du code rural et de la pêche maritime pour les non-salariés agricoles, article R. 742-2 du code rural et de la pêche maritime pour les salariés agricoles, par alignement sur le régime général.

¹¹ Article R. 323-1 du code de la sécurité sociale pour le régime général, article 115 de la loi de finances pour 2018 précitée pour les agents publics et les assurés affiliés à un régime spécial.

Toutefois, l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de l'article 65 de la LFSS pour 2024¹, prévoit que « *lors d'un acte de télémedecine, la prescription ou le renouvellement d'un arrêt de travail ne peut porter sur plus de trois jours ni avoir pour effet de porter à plus de trois jours la durée d'un arrêt de travail déjà en cours* ». Il n'est fait **exception** à ce principe que lorsque **l'arrêt de travail est prescrit par le médecin traitant** ou la sage-femme référente, ou en cas **d'impossibilité dûment justifiée** par le patient de consulter un prescripteur en présentiel.

Dans les faits, **compte tenu du délai de carence de trois jours** applicable à la plupart des assurés, **il n'est donc souvent pas possible de se voir indemniser un arrêt de travail téléprescrit** sur l'une de ces plateformes.

Toutefois, **les agents publics ou les assurés atteints d'une ALD ou n'étant pas soumis au délai de carence pour d'autres motifs peuvent bénéficier d'une indemnisation par la solidarité nationale** pour les arrêts de travail prescrits sur ces plateformes. En outre, **les salariés bénéficiant d'un accord collectif ou d'un contrat de prévoyance peuvent également recevoir une indemnisation**, aux frais des assureurs ou de l'employeur.

En tout état de cause, les plateformes visant à titre principal à fournir des arrêts de travail téléprescrits **nourrissent un certain absentéisme** au sein des organisations : le créateur du site arrêtmaladie.fr revendique **avoir fourni 3 millions de certificats médicaux en ligne depuis 2018**.

B. Le dispositif proposé : l'interdiction des plateformes visant à titre principal la fourniture d'arrêts de travail en téléconsultation

L'article 16 bis F résulte de **deux amendements** identiques n° 1251 rect. bis de **Marie-Do Aeschlimann** et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains et n° 1133 rect. de **Corinne Bourcier** et plusieurs de ses collègues du groupe Les Indépendants - République et territoires, lors de la première lecture au Sénat. Ces amendements avaient reçu un **avis favorable de la commission**, et le Gouvernement s'en était remis à la sagesse du Sénat.

Celui-ci prévoit **l'interdiction**, dans l'article L. 6316-1 du code de la santé publique fixant les conditions d'exercice de la télémedecine, **des plateformes visant à fournir à titre principal, explicitement ou implicitement, des actes de télémedecine prescrivant ou renouvelant un arrêt de travail**.

Il prévoit également **l'interdiction pour un professionnel exerçant à titre principal à l'étranger de prescrire ou renouveler un arrêt de travail lors d'un acte de télémedecine**.

¹ Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'apporter des **modifications rédactionnelles** et de procéder à une **modification de l'imputation** des alinéas insérés au sein de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend, sur proposition du rapporteur général, **la rédaction proposée par la CMP**.

III - La position de la commission

Si **la commission a émis des doutes sur l'effectivité de cet article**, la plupart des plateformes exerçant déjà de manière frauduleuse, elle ne peut que **soutenir l'esprit de celui-ci**, qui envoie un **signal clair** et pourra **consolider la base juridique permettant à la justice d'interdire les plateformes** visant à fournir à titre principal des arrêts de travail téléprescrits.

La commission a en effet plusieurs fois déjà **déploré l'émergence de ces plateformes**, qui fournissent des arrêts de travail **comme s'il s'agissait de produits de consommation**. Elle rappelle qu'aux termes de la loi, un arrêt de travail ne doit être fourni qu'à un assuré se trouvant « *dans l'incapacité physique constatée par le médecin [...] de continuer ou de reprendre le travail* »¹. Cette condition n'est **manifestement pas remplie** lorsqu'elle découle d'un examen par un médecin sur la base d'un questionnaire d'autodiagnostic, le plus souvent **sans même échanger directement avec le patient**.

Alors que **l'évolution du nombre d'arrêts de travail téléprescrits et de l'indemnisation associée poursuit une trajectoire préoccupante** - + 100 % en 2021, puis + 100 % sur le seul premier trimestre de 2022, il est nécessaire de **prendre toutes les mesures nécessaires pour faire cesser la prolifération d'arrêts de travail de complaisance**, fournis par des **professionnels peu scrupuleux, sans expertise ou plus-value médicale réelle**.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Article L. 321-1 du code de la sécurité sociale.

Article 16 bis
Signature des certificats de décès par les infirmiers

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale et retenu par le Gouvernement dans le texte transmis en première lecture au Sénat, vise à pérenniser l'expérimentation autorisant, pour un an, les infirmiers volontaires à signer des certificats de décès.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Les certificats de décès sont établis par les médecins et, par expérimentation, par les infirmiers

1. La signature des certificats de décès par les médecins

• La signature d'un certificat de décès est réservée par la loi, en principe, aux médecins ou futurs médecins.

Le code général des collectivités territoriales prévoit, ainsi, que l'autorisation de fermeture d'un cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un **certificat attestant le décès, établi par :**

- un médecin en activité ou retraité, quels que soient la spécialité et le secteur conventionnel ;

- un étudiant en cours de troisième cycle des études de médecine en France ;

- un praticien à diplôme étranger hors Union européenne (Padhue) autorisé à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine¹.

Il ne peut être fait appel, pour établir un certificat de décès, à un médecin retraité sans activité qu'en cas d'impossibilité pour un médecin en activité de le faire dans un délai raisonnable².

La possibilité de signer des certificats de décès a été ouverte aux étudiants de troisième cycle et Padhue en PCC par la loi « Santé » de 2019³, afin de réduire les délais de signature et de permettre aux familles d'engager sans attendre les opérations consécutives à un décès.

¹ Article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales.

² Article R. 2213-1-1-1 du code général des collectivités territoriales.

³ Article 12 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

• L'établissement d'un certificat de décès constitue **un enjeu administratif, médico-légal, de santé publique et de veille sanitaire**. Celui-ci comprend¹ :

- un **volet administratif** (commune du décès, date et heure de décès, nom, prénoms, date de naissance du défunt, *etc.*) ;

- un **volet médical** relatif aux causes du décès ;

- un **volet médical complémentaire**, lorsqu'une autopsie médicale a dû être réalisée dans le but d'obtenir un diagnostic sur les causes du décès², ou lorsqu'une autopsie judiciaire a été ordonnée³.

Seuls les volets administratif et médical sont établis par le médecin, l'étudiant ou le Padhue qui constate et atteste, sur place, le décès. Le volet médical complémentaire est établi par le médecin qui procède à l'autopsie médicale ou judiciaire⁴.

Le volet médical est transmis à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ou à l'organisme chargé par lui de gérer le système de collecte des certificats de décès⁵.

• Les certificats de décès réalisés au domicile du patient sont **pris en charge par l'assurance maladie**, à hauteur d'un tarif forfaitaire que les médecins sont tenus de respecter⁶. Ce tarif forfaitaire est fixé, par arrêté, à 100 euros et rémunère la visite réalisée comme les frais afférents⁷.

Un décret précise que ne sont valorisés et pris en charge que les certificats de décès réalisés :

- la nuit entre 20 heures et 8 heures ;

- les samedis, dimanches, jours fériés, lundis précédant un jour férié et vendredis suivant un jour férié ;

- dans les zones sous-denses déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS)⁸.

2. L'expérimentation autorisant les infirmiers à signer les certificats de décès

• Constatant qu'il demeure difficile, dans certains territoires, de faire appel à un médecin, un étudiant ou un Padhue dans un délai raisonnable, et compte tenu de la détresse des familles contraintes d'attendre, la loi

¹ Article R. 2213-1-1 du code général des collectivités territoriales.

² Article L. 1211-2 du code de la santé publique.

³ Article 230-28 du code de procédure pénale.

⁴ Article R. 2213-1-1 du code général des collectivités territoriales.

⁵ Article R. 2213-1-2 du code général des collectivités territoriales.

⁶ Article L. 162-5-14-2 du code de la sécurité sociale.

⁷ Arrêté du 10 mai 2017 relatif au forfait afférent à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès réalisé au domicile du patient.

⁸ Article D. 162-30 du code de la sécurité sociale.

de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023 a autorisé les infirmiers, à titre expérimental et pour un an, à signer les certificats de décès¹.

Un arrêté devait fixer la liste des territoires participants, dans la limite de six régions.

• Constatant que les actes réglementaires nécessaires à son application n'avaient toujours pas été pris, presque un an après l'adoption de la LFSS pour 2023, la loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels de décembre 2023² a **étendu l'expérimentation à l'ensemble du territoire national**.

Les **modalités de cette expérimentation** ont, depuis, été précisées par décret³. Celui-ci prévoit notamment :

- que les infirmiers volontaires peuvent établir et signer le certificat de décès d'une personne majeure, lorsque celle-ci est décédée à son domicile ou dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), à l'exclusion des situations où le caractère violent de la mort est manifeste ;

- que la participation est ouverte aux infirmiers diplômés d'État (IDE), inscrits au tableau de l'ordre et diplômés depuis au moins trois ans ;

- que les infirmiers volontaires bénéficient d'une formation de douze heures au moins, à l'épidémiologie et à l'examen clinique du processus mortel, ainsi qu'aux aspects administratifs et juridiques des certificats de décès ;

- que peuvent faire appel aux infirmiers volontaires les services d'aide médicale urgente (Samu), les services de police ou de gendarmerie, ou le médecin traitant qui ne peut se déplacer au domicile d'un patient décédé.

B. L'article 16 bis vise à pérenniser la faculté donnée aux infirmiers de signer les certificats de décès

L'article 16 bis, issu d'un amendement de Nicole Dubré-Chirat (*Ensemble pour la République*) adopté par l'Assemblée nationale, vise à pérenniser l'expérimentation permettant aux infirmiers de signer les certificats de décès.

Pour ce faire, il complète l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales, afin de prévoir que l'autorisation de fermeture du cercueil peut être délivrée au vu d'un certificat attestant le décès, établi

¹ Article 36 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

² Article 3 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

³ Décret n° 2024-375 du 23 avril 2024 modifiant le décret n° 2023-1146 du 6 décembre 2023 déterminant les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation prévue par l'article 36 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

par un infirmier dans des conditions déterminées par un décret pris après avis du Conseil national de l'ordre des infirmiers.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

Le Sénat a adopté un **amendement n° 155 de la commission** et un **amendement identique n° 1 333 du Gouvernement**, prévoyant que les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès sont, par dérogation aux dispositions régissant les conventions professionnelles des infirmiers, pris en charge par l'assurance maladie ou la branche autonomie dans des conditions fixées par arrêté

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'**adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat**, sous réserve d'une modification rédactionnelle.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale retient **deux amendements rédactionnels du rapporteur général** reprenant, notamment, la modification proposée par la commission mixte paritaire.

III - La position de la commission

La commission a **accueilli très favorablement ces dispositions**. Elle juge nécessaire la pérennisation de l'expérimentation lancée en avril 2024, qu'elle avait elle-même proposé d'étendre à l'ensemble du territoire national lors de l'examen de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels¹.

Elle observe, au surplus, que la pérennisation de l'expérimentation apparaît **attendue par les professionnels de santé impliqués**. Le Conseil national de l'ordre des infirmiers (CNOI) comme le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom) ont affirmé devant la commission, lors de leur audition, sa nécessité.

La commission souhaite que l'autorisation pérenne de signer les certificats de décès ainsi accordés aux infirmiers soit **assortie de mesures d'accompagnement** visant à promouvoir cette nouvelle compétence et favoriser la formation des infirmiers diplômés. Cet accompagnement est indispensable pour que cette évolution législative puisse contribuer effectivement à limiter le temps d'attente des familles.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Amendement n° 221 de la commission des affaires sociales, adopté par le Sénat.

Article 17

Conventionnement des entreprises de taxis avec l'Assurance maladie

Cet article vise à réformer les relations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les taxis en renforçant les prérogatives de la convention nationale, notamment en matière de régulation tarifaire.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Face à la croissance des dépenses de transport sanitaire, des modalités de régulation progressivement renforcées

1. Sur prescription médicale, l'assurance maladie prend en charge les frais de transport des assurés obligés de se déplacer pour recevoir des soins

a) Des conditions de prise en charge encadrées

Aux termes de l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale, **l'assurance maladie obligatoire prend en charge les « frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état »¹**. Les frais de transport encourus au titre d'une convocation, par exemple du service médical de l'Assurance maladie, sont également remboursables.

Cette prise en charge est conditionnée à une prescription médicale² justifiée par l'état de santé du patient et précisant le mode de transport retenu³ et le motif du déplacement. Le cas échéant, elle peut être **soumise à l'accord préalable de l'Assurance maladie⁴**.

Les différents modes de transports pouvant faire l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire

L'assurance maladie peut couvrir **différents modes de déplacement⁵**, faisant intervenir **différentes professions**.

Les **transporteurs sanitaires**, conventionnés avec l'assurance maladie⁶, peuvent opérer des **ambulances**, permettant le transport couché, ou des **véhicules sanitaires légers (VSL)**, permettant le transport assis de trois patients au plus.

¹ Les motifs précis, incluant les transports liés à une hospitalisation, les transports par ambulance justifiés par l'état du patient, les transports à plus de 150 kilomètres, ou les transports en série, sont énumérés à l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 322-5 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 162-4-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article R. 322-10-4 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale.

Les **frais de transport en taxi peuvent également faire l'objet d'une prise en charge** lorsque l'entreprise est signataire d'une **convention avec la caisse primaire d'assurance maladie** (CPAM), établie sur le modèle d'une convention-type nationale¹. Il convient de noter que la régulation des taxis revient au **ministère chargé des transports**, et non au ministère chargé de la sécurité sociale, comme les transporteurs sanitaires.

L'assurance maladie peut également rembourser des frais liés à la **prise de transports en commun terrestres, maritimes ou aériens**, ainsi qu'à l'utilisation de **transports individuels**.

La prise en charge des frais de transport s'opère, en principe, **sur la base du mode de transport le moins onéreux** compte tenu des conditions de transport et de la prescription médicale².

Un **transport assis professionnalisé**, en taxi ou VSL, peut par exemple être prescrit lorsque le patient **présente une déficience rendant nécessaire le respect de règles d'hygiène particulières**, une **déficience physique rendant nécessaire une aide au déplacement** sans portage, ou une déficience intellectuelle rendant nécessaire l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante³.

b) Un taux de prise en charge limité à 55 % en droit commun, mais en pratique proche de 100 %

L'Assurance maladie prend à sa charge **une part des frais de transport des patients dans la limite d'un tarif, appelé base de remboursement**.

- **La base de remboursement**

Pour les véhicules sanitaires légers, la base de remboursement est déterminée, **en fonction des caractéristiques du trajet**, par la convention nationale conclue avec l'Assurance maladie. Celle-ci fixe un **forfait dépendant des caractéristiques géographiques** (Île-de-France, zones urbaines, zones rurales et zones montagneuses), dû pour chaque trajet, auquel s'ajoute un **tarif kilométrique proportionnel à la distance parcourue** et, le cas échéant, une **survalorisation pour les trajets courts**. Dans certains cas, **la prise en charge et des majorations peuvent être facturables**. Des préceptes analogues sont applicables aux **ambulances**.

Pour les taxis conventionnés, les tarifs applicables sont **indexés sur les tarifs des courses dont les composantes sont fixées, dans chaque département, par des arrêtés préfectoraux sur la base d'un cadrage national**. Ils reposent sur trois paramètres : le forfait de prise en charge, le tarif

¹ Article L. 322-5 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 322-5 du code de la sécurité sociale.

³ Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale.

kilométrique et le tarif horaire ; auquel peuvent s'ajouter des frais d'approche ou des suppléments.

- **Le taux de prise en charge**

Conformément aux dispositions de l'article R. 160-5 du code de la sécurité sociale, **le taux de prise en charge** des dépenses de transport sanitaire par l'assurance maladie obligatoire est de **55 %**. Sur décision de l'Uncam¹, ce taux a récemment évolué à la baisse : avant le 1^{er} août 2023, la prise en charge de l'assurance maladie représentait 65 % des frais de transport.

Par dérogation, les **patients en ALD** présentant des déficiences ou incapacités bénéficient d'une **prise en charge à 100 %** des bases de remboursement² sur leurs frais de transport si ces derniers sont en lien avec l'ALD³.

Cette particularité explique que, dans les faits, **la sécurité sociale prene en charge 93,3 %⁴ des dépenses de transport sanitaires⁵** en 2022 ; soit une part bien supérieure au taux de prise en charge de droit commun. Cela classe la France parmi les pays qui **assurent la meilleure prise en charge du transport sanitaire⁶** - la dépense publique est par exemple de 70,7 % en Belgique, de 61,3 % en Autriche ou de 46,5 % en Suisse.

Au titre de **l'acquittement de la franchise médicale⁷**, dont le montant a récemment doublé⁸, la prise en charge par l'assurance maladie est **minorée de quatre euros⁹** par transport sanitaire, dans la limite de huit euros par jour¹⁰ et cinquante euros par an¹¹.

2. La dynamique importante des dépenses de transport sanitaire, portés par l'augmentation de la prévalence des affections de longue durée et un recours accru aux taxis plutôt qu'aux transporteurs sanitaires

a) Les frais de transport : un poste de dépenses particulièrement dynamique pour l'assurance maladie

En 2023, les dépenses de transport sanitaire ont atteint **6,3 milliards d'euros en base de remboursement**, un total en hausse de 9 % selon le rapport « Charges et produits » pour 2025, ce qui confirme **l'accélération de la montée**

¹ Décision du 18 juillet 2023 fixant le taux de la participation des assurés sociaux aux frais de transport sanitaire pris en charge au titre de l'article R. 160-5 du code de la sécurité sociale.

² 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

³ Décret n° 2011-258 du 10 mars 2011.

⁴ Drees, « Les dépenses de santé en 2022 », édition 2023.

⁵ Relevant de la consommation de soins et de biens médicaux.

⁶ Elle est accompagnée par l'Espagne (99,6 %), la Suède (98,6 %), le Canada (98,4 %) ou l'Allemagne (96,6 %).

⁷ III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

⁸ Décret n° 2024-114 du 16 février 2024 relatif à la participation des assurés aux frais de santé en application des II et III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

⁹ Article D. 160-9 du code de la sécurité sociale.

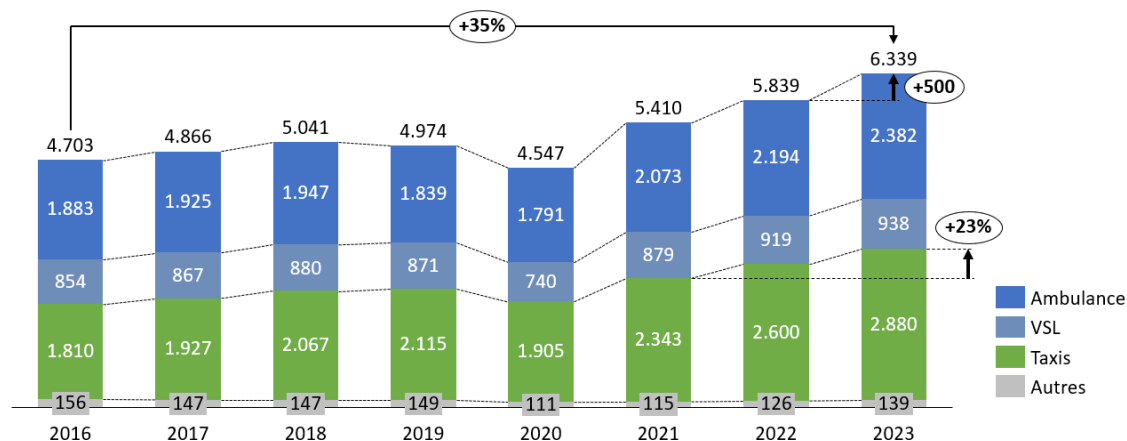
¹⁰ Article D. 160-11 du code de la sécurité sociale.

¹¹ Article D. 160-10 du code de la sécurité sociale.

en charge de ce poste après une croissance annuelle moyenne de 3,7 % sur la période 2016-2022.

Évolution de la dépense remboursable en transport sanitaire de 2016 à 2023

(en millions d'euros)

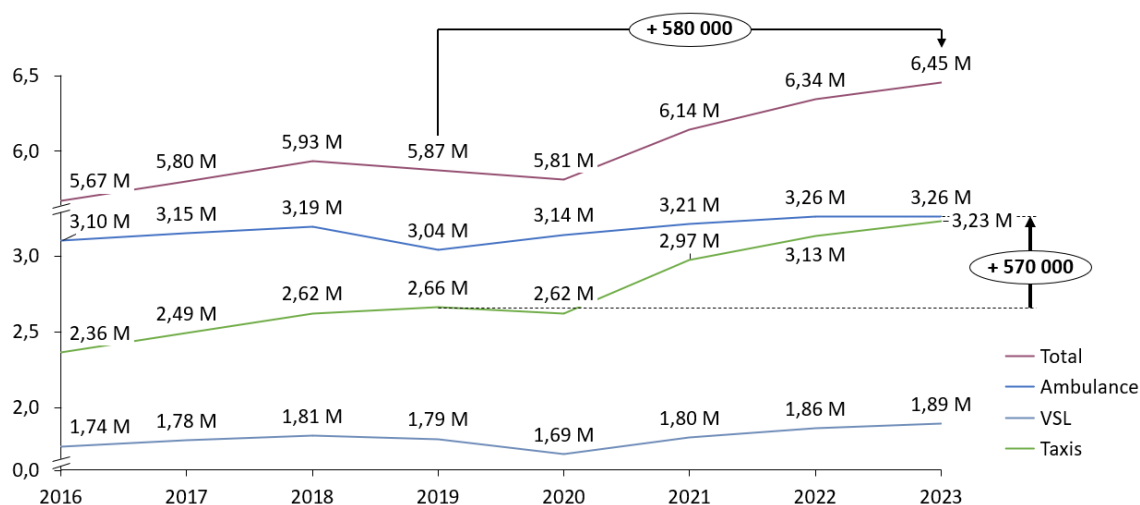


Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après données du rapport « Charges et produits » 2025

b) La hausse des frais de transport est portée par un effet volume lié à la hausse de la prévalence des ALD

La hausse des dépenses remboursables de transport est d'abord liée à un effet volume. Le nombre d'assurés ayant eu recours, sur l'année, à un transport sanitaire a augmenté de 580 000 entre 2019 et 2023 et atteint désormais 6,45 millions - il s'agit là d'une hausse de 10 % en quatre ans.

Évolution du nombre d'assurés ayant recours à un transport sanitaire depuis 2016



Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après données du rapport « Charges et produits » 2025

Cette évolution s'explique notamment par le **vieillessement de la population** et l'accroissement de la prévalence des affections de longue durée, qui lui est corrélé. Les frais de transports des assurés en ALD constituent, en 2022, **90,7 % de l'effort total de la sécurité sociale** sur ce champ, **l'oncologie et la dialyse représentant, à eux seuls, plus du tiers de la dépense.**

L'effet volume se **répercute inégalement sur les acteurs** : le **chiffre d'affaires moyen des entreprises cumulant taxis conventionnés, VSL et ambulances a augmenté de 41 % entre 2017 et 2021**, tandis que les entreprises ne disposant que de taxis conventionnés ont vu leur chiffre d'affaires se **contracter de 15 % sur la période**. Le secteur est marqué par une vague de concentration, avec **l'absorption de plus petites entreprises par des entreprises bicéphales** disposant d'une vaste flotte de véhicules. La flotte de taxis monocéphale reste principalement composée de petites entreprises voire d'artisans, travaillant sur des plages horaires souvent étendues.

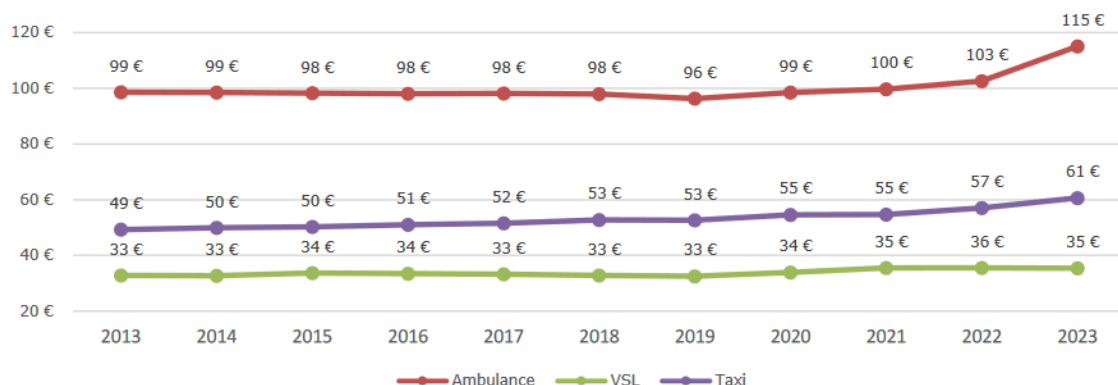
c) La part des taxis au sein de ces dépenses est en constante augmentation, ce qui génère un effet prix

Cet effet volume se double d'un effet prix, qui procède de deux dynamiques.

D'une part, on note une **augmentation des dépenses moyennes remboursées par trajet pour l'ensemble des transporteurs**, notamment imputables aux **revalorisations conventionnelles**. La dernière en date est l'avenant 11 à la convention nationale des transporteurs sanitaires, entré en vigueur en mai 2023. La dépense moyenne a ainsi augmenté de 33 euros à 35 euros entre 2018 et 2023 pour les VSL, et de 98 euros à 115 euros pour les ambulances, qui bénéficient également d'un changement globalement favorable de tarification des transports urgents préhospitaliers dans le cadre

du service d'aide médicale urgente (Samu). Les taxis suivent la même tendance, avec une **dépense moyenne en hausse de huit euros depuis 2018, et qui atteint désormais 61 euros.**

Évolution de la dépense moyenne en base de remboursement par mode de transport

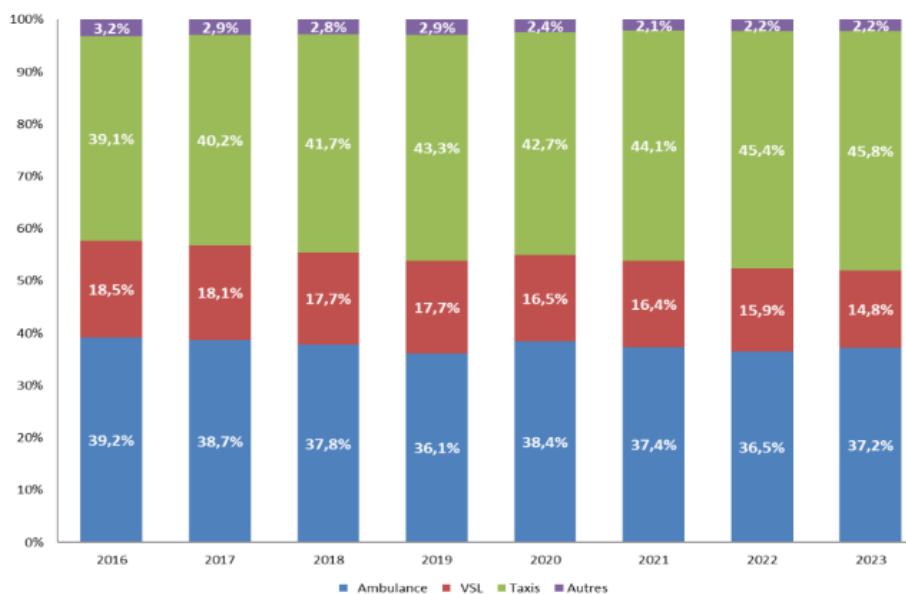


Source : Rapport « Charges et produits » 2025.

Ces revalorisations interviennent dans un **contexte inflationniste**, marqué par une **hausse du prix du carburant et du salaire minimum**, si bien que, **malgré la hausse de la dépense solvabilisée** par l'assurance maladie, **les marges du secteur ont tendance à se réduire**. Là encore, la situation est marquée par une **grande hétérogénéité** : les entreprises de taxis conventionnés dégagent un **excédent brut d'exploitation** en part du chiffre d'affaires allant de 13 % pour celles disposant de plus de trois taxis en flotte à 27 % **pour celles n'en disposant que d'un seul**, tandis qu'il **plafonne entre 5 % et 8 % pour les entreprises bicéphales**. Les **purs transporteurs sanitaires à faible flotte sont particulièrement en difficulté**, avec une rentabilité en nette baisse et limitée, en 2021, à 2 % (10 % en 2017).

D'autre part, la **structure des transports remboursés se déforme progressivement avec un déport des VSL vers les taxis**, en moyenne plus onéreux. Cela conduit à **renforcer la dynamique de renchérissement** de la prise en charge des frais de transport par l'Assurance maladie. La part des taxis dans les dépenses remboursées est ainsi passée **de 39,1 % en 2016 à 45,8 % en 2023**, avec une hausse de **870 000 assurés transportés chaque année sur la période**. Sur la même période, on constate que la part des VSL est en retrait de 3,7 points, et que le nombre d'assurés transportés n'a connu qu'une augmentation contenue (+ 150 000).

Répartition des dépenses remboursées par mode de transport



Source : Rapport « Charges et produits » 2025

3. Les outils de régulation mis en place visent à privilégier les modes de transports les moins onéreux

Face au dynamisme des dépenses de transport sanitaire, les pouvoirs publics et l'Assurance maladie ont mis en place plusieurs dispositifs de régulation destinés à privilégier les modes de transport les moins onéreux maîtriser la croissance constatée des volumes prescrits.

a) Le développement recherché du transport partagé

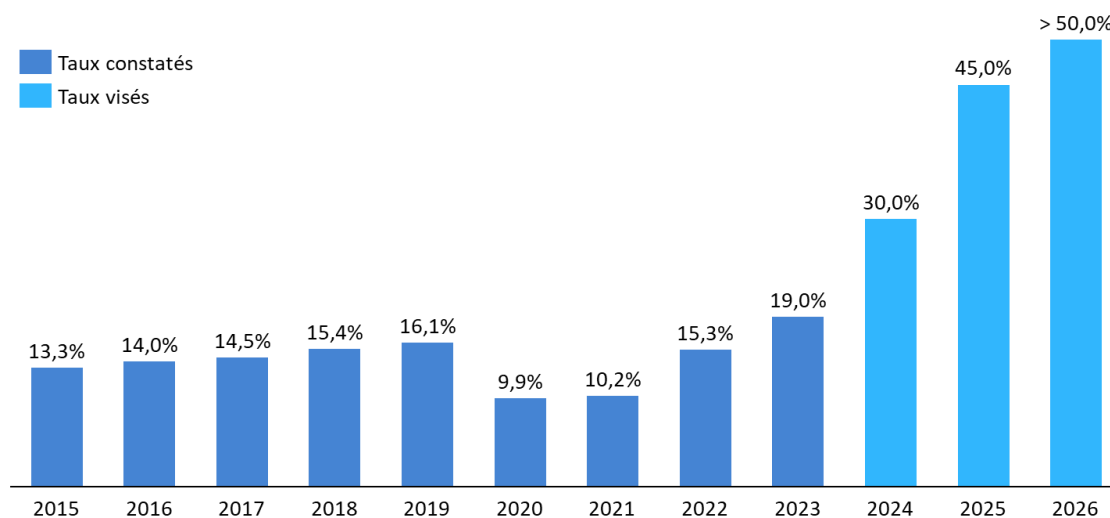
- Permettant d'améliorer la réponse aux besoins de transport, de réduire l'empreinte écologique du secteur et de réduire le coût des trajets, le transport partagé constitue l'un des **axes de maîtrise des dépenses privilégiés par l'Assurance maladie**.

Majoritaire dans certains pays d'Europe, la part du transport partagé parmi les véhicules sanitaires légers **augmente depuis trois ans en France mais demeure inférieure à 20 %**. L'Assurance maladie indique viser un taux de transport partagé de 30 % à la fin de l'année 2024, de 45 % à la fin de l'année 2025 et de plus de 50 % à la fin de l'année 2026¹.

¹ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2025, p. 291.

Taux annuels de transport partagé parmi les véhicules sanitaires légers

En % des trajets facturés



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données Cnam (2024)

Afin d'atteindre ces objectifs, des actions sont entreprises afin d'inciter transporteurs, prescripteurs et patients à recourir davantage à ce mode de transport.

- La **LFSS pour 2024**¹, d'abord, vise à **inciter financièrement les patients** à accepter le transport partagé.

Pour ce faire, la loi prévoit désormais que, lorsqu'un patient refuse un transport partagé en VSL ou taxi conventionné, alors que son état de santé est jugé compatible avec une telle solution par le prescripteur, la prise en charge de ses frais de transport sera réduite par l'application d'un coefficient de minoration² et il ne pourra bénéficier d'une dispense d'avance de frais³.

Le décret nécessaire pour l'application de ces dispositions n'a, toutefois, toujours pas été publié.

- La **convention médicale de 2024** fait, ensuite, du développement du transport partagé l'un des **programmes d'actions partagés** définis, en matière de pertinence et de qualité des soins, par les partenaires conventionnels⁴.

¹ Article 69 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

² Article L. 322-5 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 322-5-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article 60 de la convention médicale de 2024.

Constatant que le tiers des dépenses de transport sont issues de prescriptions réalisées par des professionnels libéraux et que, parmi celles-ci, 58 % sont réalisées par des médecins généralistes, les médecins se sont notamment engagés :

- à respecter la règle de la prescription du transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient ;
- à encourager le transport partagé, sauf exception liée à l'état de santé du patient.

L'Assurance maladie, de son côté, s'est engagée à mettre en œuvre des actions renforcées d'information et d'accompagnement et à mener une campagne de présentation des nouvelles règles relatives aux transports partagés à destination de l'ensemble des publics concernés – prescripteurs, transporteurs, assurés¹.

• Enfin, l'Assurance maladie a également mis en place plusieurs **outils conventionnels destinés à inciter les transporteurs** à proposer du transport partagé.

L'avenant n° 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés a, ainsi, mis en place un dispositif d'intéressement des transporteurs aux économies obtenues par le recours au transport partagé² et, à l'inverse, une pénalité applicable aux entreprises réalisant moins de 5 % de transport partagé³.

L'avenant n° 11, conclu en 2022, a par ailleurs conditionné la revalorisation tarifaire qu'il porte à la réalisation de gains d'efficience par le développement des transports partagés⁴.

L'Assurance maladie indique envisager, enfin, de faire du transport partagé « *l'un des axes majeurs des discussions* » conventionnelles à venir avec les taxis⁵.

b) L'amélioration de la pertinence des transports et la lutte contre la fraude

Au-delà du développement du transport partagé, diverses mesures de régulation ont été mises en place par l'Assurance maladie afin d'améliorer la pertinence des prescriptions de transports, d'inciter à l'utilisation du véhicule personnel ou des transports en commun et de lutter contre la fraude.

¹ Article 61-12 de la convention médicale de 2024.

² Article 4 de l'avenant n° 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés, signé le 22 décembre 2020.

³ Article 5 de l'avenant n° 10 précité.

⁴ Article 14.1 de l'avenant n° 11 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés, signé le 13 avril 2022.

⁵ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2025, p. 292.

- Les outils de régulation visent, d'abord, à améliorer la **pertinence des prescriptions de transport**, en ville comme à l'hôpital, en assurant l'effectivité du principe selon lequel ces frais sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux¹.

À l'hôpital, l'Assurance maladie vise, notamment, à accompagner le déploiement de plateformes de commande de transports permettant de vérifier la conformité des prescriptions à l'état de santé du patient. D'après elle, « à terme, tous les établissements qui prescrivent un grand nombre de transports, notamment les centres hospitaliers universitaires (CHU), devront mettre en place ce type de plateformes ». Dans certains établissements, elle envisage également d'expérimenter le recours à des salariés de l'Assurance maladie, en lien avec les services centralisés de commande de transports, chargés de rappeler la réglementation et d'accompagner les prescriptions².

En ville, la convention médicale de 2024 prévoit notamment le déploiement d'outils de *data visualisation* permettant au médecin de suivre son activité de prescription de transports et de la comparer à celle de ses confrères³. Les médecins se sont également engagés à orienter les patients pouvant se déplacer sans assistance vers l'utilisation d'un véhicule personnel ou des transports en commun.

- L'assurance maladie a, par ailleurs, mis en œuvre diverses mesures destinées à **inciter les patients à l'utilisation du véhicule personnel et des transports collectifs**, lorsque leur état de santé le permet.

La plateforme numérique « Mes remboursements simplifiés » permet, ainsi, aux assurés de déclarer en ligne leur demande de remboursement liée à une prescription médicale de transport et d'y joindre des pièces justificatives.

- Enfin, plusieurs outils ont été mis en place afin de **lutter contre la fraude** en matière de prescription et d'effectivité de transports sanitaires.

L'assurance maladie a déployé des **outils de géolocalisation** permettant de vérifier la conformité de la facturation et la réalité des courses effectuées. L'avenant n° 11 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés prévoit, à cet égard, la mise en place d'une tarification majorée qui bénéficie aux transporteurs équipés de véhicules disposant d'un système de géolocalisation certifié par l'assurance maladie⁴.

¹ Article L. 322-5 du code de la sécurité sociale.

² Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2025, p. 293.

³ Article 61-12 de la convention médicale de 2024.

⁴ Article 1^{er} de l'avenant n° 11 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés, signé le 13 avril 2022.

L'assurance maladie prévoit également la généralisation du service électronique de facturation intégré (SEFI), permettant une facturation intégrée au logiciel métier du transporteur, à l'ensemble des taxis conventionnés¹.

c) Les limites de la régulation conventionnelle actuelle des taxis

Malgré l'augmentation rapide des dépenses de transport sanitaire en taxi, portée par la place croissante du taxi dans les modes de transport utilisés, **la régulation conventionnelle demeure, dans ce secteur, aujourd'hui fortement limitée.**

• En matière de **répartition territoriale de l'offre**, la loi permet seulement :

- de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement ;

- à l'organisme local d'assurance maladie de refuser les demandes de conventionnement des entreprises de taxis lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'ARS pour le territoire concerné sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients².

• En matière de **régulation tarifaire**, les conventions conclues entre les entreprises et les organismes locaux d'assurance maladie se bornent à fixer les **tarifs de responsabilité, lesquels sont indexés sur les tarifs des courses** fixés par arrêtés préfectoraux sur la base d'un cadrage national.

La dernière convention-type, portée par une décision de décembre 2023 du directeur général de l'Uncam³, prévoit ainsi :

- la prise en compte partielle, pour 2024, de la revalorisation des tarifs préfectoraux, après abattement de 30 % ;

- une augmentation des taux de remise, en fonction de la croissance observée des montants remboursés de transports de taxi entre l'année 2022 et 2023 : si le taux de croissance est compris entre 3,5 et 7 %, par exemple, l'augmentation des taux de remise doit compenser à hauteur de 50 % l'augmentation des tarifs préfectoraux⁴.

¹ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2025, p. 294.

² Article L. 322-5 du code de la sécurité sociale.

³ Décision du 11 décembre 2023 relative à l'établissement d'une convention type à la destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'assurance maladie.

⁴ Article 6-1 de la convention-type des taxis pour 2024.

• D'après la fiche d'évaluation préalable annexée par le Gouvernement au projet de loi déposé, met en avant **plusieurs difficultés associées à l'encadrement actuel du conventionnement** :

- les conditions pouvant être définies au conventionnement des taxis ne permettent pas de poursuivre « un double objectif de pertinence et d'adéquation des ressources aux besoins des territoires » ;

- les conventions-types ne permettraient pas une régulation économique efficace du secteur ;

- des facturations au patient, de gré à gré, sont observées dans certains territoires et conduiraient à majorer le reste à charge du patient, sans possibilité d'action pour l'assurance maladie¹.

B. L'article 17 vise à refondre le cadre conventionnel applicable aux entreprises de taxis

Afin de mieux maîtriser la croissance des dépenses associées et d'améliorer leur efficacité, l'article 17 du PLFSS propose de refondre les dispositions du code de la sécurité sociale encadrant les relations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les entreprises de taxis.

• Pour ce faire, le **I de l'article** remplace, à l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, les dispositions régissant le conventionnement des taxis par de nouvelles dispositions.

Celles-ci prévoient que les frais de transport en taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si l'entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie, pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une **convention-cadre nationale**.

Serait annexée à cette convention-cadre une convention type déterminant :

- les conditions de réalisation des transports ;

- les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance de frais ;

- les conditions, relatives aux besoins territoriaux de transport des patients, subordonnant l'accès et le maintien du conventionnement des entreprises de taxis, qui peuvent être adaptées au niveau local ;

- les montants forfaitaires facturables par trajets et les tarifs kilométriques facturables, qui peuvent être différents selon les départements, ainsi que les suppléments facturables, notamment pour le transport de personnes à mobilité réduite (PMR) et, le cas échéant, les conditions de facturation de suppléments locaux ;

- les règles de facturation et de tarification des transports partagés ;

¹ Annexe n° 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi », p. 96.

- le cas échéant, des dispositifs d'aide à l'équipement des taxis conventionnés ;

- les conditions d'évolution des montants forfaitaires, des tarifs kilométriques, des suppléments et des tarifs des transports partagés sur la période de validité de la convention.

Au niveau départemental, la convention conclue entre les entreprises de taxis et l'organisme local d'assurance maladie préciserait les conditions au conventionnement et les dispositions tarifaires applicables dans le territoire concerné. L'entreprise de taxi conventionnée ne pourrait facturer, pour un transport de patient, que les frais définis dans la convention locale, sous peine d'une amende ne pouvant excéder, pour une personne morale, 15 000 €¹.

La convention-cadre nationale serait établie par le directeur général de l'Uncam, après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, est approuvée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est réputée approuvée si les ministres n'ont pas fait connaître leur opposition au directeur général, dans un délai de 21 jours à compter de la réception du texte.

- Le **II** supprime le quatrième alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, qui permettait aux organismes locaux d'assurance maladie de refuser des demandes de conventionnement lorsque le nombre de véhicules conventionnés dans le territoire excédait un nombre fixé par le directeur général de l'ARS.

La nouvelle architecture conventionnelle permettant de définir des conditions au conventionnement, relatives aux besoins territoriaux constatés, ces dispositions deviendraient inutiles.

- Le **III** prévoit que les conventions conclues par l'organisme local d'assurance maladie antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi demeureront en vigueur pendant un délai de deux mois à compter de la publication de la convention-cadre nationale.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

1. Le texte transmis au Sénat

Le Gouvernement a transmis au Sénat cet article **modifié par un amendement rédactionnel du rapporteur général**, adopté par l'Assemblée nationale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

Le Gouvernement a transmis au Sénat cet article ainsi modifié.

¹ Article L. 1111-3-5 du code de la santé publique.

2. Les modifications adoptées par le Sénat

La commission a souligné que l'efficacité de la politique de régulation des dépenses dépendrait, en partie, de la **capacité de l'assurance maladie à y associer, dans les territoires, les entreprises de taxis.**

Le Sénat a adopté un **amendement n° 161 rect.** de la commission permettant à la convention-cadre nationale de **définir des dispositifs d'intéressement**, destinés à **valoriser la participation des entreprises de taxis aux efforts de maîtrise des dépenses et de lutte contre la fraude.** Le Sénat a souhaité, par là, permettre à l'assurance maladie de **rémunérer**, notamment, le **développement de l'offre de transports partagés et la mise en place d'outils de géolocalisation**, permettant de contrôler la réalité des courses effectuées par les taxis conventionnés.

Dans la même logique, le Sénat a également adopté l'amendement n° 160 de **la commission** et l'amendement n° 1091 rect. identique d'Olivier Henno, prévoyant que des **aides à l'équipement puissent être versées aux entreprises de taxis en vue de l'acquisition d'outils de géolocalisation.** Ceux-ci, déjà déployés sur plus de la moitié des véhicules sanitaires légers et ambulances, concourent, en effet, à **l'efficacité du transport sanitaire et à la lutte contre la fraude.**

Le Sénat a également adopté un amendement n° 157 rect. de la **commission** modifiant **l'imputation des dispositions relatives au conventionnement des taxis** dans le code de la sécurité sociale. L'article dans lequel elles se situent aujourd'hui touche en effet à la fois à la convention des taxis et à des dispositions concernant la prise en charge du transport sanitaire en général.

Le Sénat a enfin adopté **deux amendements rédactionnels** n° 158 et 159 de la commission.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire est **revenue sur l'amendement n° 157 rect.** adopté par le Sénat. **Le Gouvernement a en effet invoqué des difficultés pour effectuer à temps l'ensemble des coordinations juridiques** que le changement d'imputation proposé aurait rendues nécessaires au niveau réglementaire, source d'un éventuel **risque de rupture de prise en charge.**

La commission mixte paritaire a également adopté diverses modifications rédactionnelles afin de clarifier le texte.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend les modifications adoptées par la CMP à l'exception de certaines modifications rédactionnelles, et y ajoute une modification rédactionnelle.

III - La position de la commission

La commission a **favorablement accueilli les dispositions de l'article 17**, destinées à améliorer la régulation de l'offre territoriale de transport sanitaire en taxi et les outils de maîtrise des dépenses à la disposition de l'assurance maladie.

Compte tenu du contexte financier de la branche, la commission **soutient les efforts déployés par l'assurance maladie pour maîtriser la croissance dynamique des dépenses de transport sanitaire** et inciter les professionnels de santé à **respecter les conditions légales et réglementaires de prescription**. Elle invite les partenaires conventionnels à suivre avec attention l'application des engagements partagés portés, en la matière, par la convention médicale de 2024.

Elle alerte néanmoins sur les **mesures visant à renforcer les conditions d'accès au conventionnement pour les taxis**. Si celles-ci peuvent être utiles localement, dans des départements particulièrement bien dotés, il ne faut pas oublier que **les taxis jouent un rôle déterminant dans l'accès territorial aux soins**, notamment dans les territoires ruraux.

La commission déplore également le **manque de diligence du Gouvernement pour procéder aux modifications réglementaires nécessaires** pour permettre le déplacement des dispositions relatives à la convention des taxis dans un article propre. **Une telle évolution aurait permis une clarification bienvenue du droit**.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 17 bis A

Obligation d'équiper de dispositifs de géolocalisation et de systèmes de facturation intégrée les véhicules des transporteurs sanitaires

Cet article prévoit de rendre obligatoire, pour les entreprises de transport sanitaire, d'équiper leurs véhicules d'un dispositif de géolocalisation certifié par l'Assurance maladie et d'un système électronique de facturation intégré.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - La géolocalisation et l'équipement d'un système de facturation intégrée sont des leviers de maîtrise des dépenses de transport sanitaire et de lutte contre la fraude

A. Des équipements aujourd'hui encouragés par la convention applicable aux entreprises de transport sanitaire mais non obligatoires

L'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et l'assurance maladie signée

le 26 décembre 2002, approuvé par arrêté le 3 mai 2023¹, prévoit **d'inciter les transporteurs sanitaires à équiper leurs véhicules de dispositifs de géolocalisation certifiés par l'Assurance maladie et de systèmes de facturation intégrée via le téléservice « SEFI ».**

L'incitation fixée par la convention consiste en une **revalorisation tarifaire pour les véhicules équipés, qui bénéficient de tarifs majorés** – tant pour les véhicules sanitaires légers² que pour les ambulances³. Les véhicules équipés bénéficient en outre **de taux d'abattement amoindris sur le transport partagé⁴** : 15 % pour deux patients et 33 % pour trois patients contre 23 % pour deux patients et 35 % pour trois patients pour les véhicules non équipés.

L'objectif fixé est d'œuvrer pour une **meilleure efficacité de la dépense de transport sanitaire en contrôlant mieux** les prestations remboursées et en **luttant contre les cas de fraude.**

Il convient de rappeler que la dépense remboursable sur le champ des transporteurs sanitaires atteint **3,32 milliards d'euros en 2023**, un total **particulièrement dynamique** – en hausse de 22 % depuis 2019.

Les **auditions conduites par la rapporteure** ont démontré que le **taux d'équipement des véhicules avait sensiblement augmenté** depuis l'entrée en vigueur de l'avenant – une **moitié de la flotte** serait déjà équipée.

B. Le dispositif proposé : rendre obligatoire d'équiper les véhicules des entreprises de transport sanitaire de dispositifs de géolocalisation et de systèmes de facturation intégrée

Inséré lors de la première lecture au Sénat, l'article 17 bis A, **issu d'un amendement n° 1130 de Nathalie Goulet** (Union centriste), non défendu en séance publique mais **repris par la commission des affaires sociales⁵**, vise à **contraindre les entreprises de transport sanitaire à équiper l'ensemble de leurs véhicules de dispositifs de géolocalisation certifiés par l'assurance maladie et de systèmes électroniques de facturation intégrés**, à compter du 1^{er} octobre 2025. Il rétablit pour cela, sous une nouvelle rédaction, l'article L. 322-5-3 du code de la sécurité sociale.

¹ Arrêté du 3 mai 2023 portant approbation de l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et l'assurance maladie signée le 26 décembre 2002.

² Article 1^{er} de l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et l'assurance maladie signée le 26 décembre 2002.

³ Article 5 de l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et l'assurance maladie signée le 26 décembre 2002.

⁴ Article 4.1 de l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et l'assurance maladie signée le 26 décembre 2002.

⁵ Amendement n° 1397.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'apporter des **modifications rédactionnelles à cet article**, et d'inscrire en **droit autonome** plutôt qu'en droit codifié la date d'entrée en vigueur de la mesure.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale **reprend, sur proposition du rapporteur général, l'inscription en droit autonome** de la date d'entrée en vigueur de la mesure, sans toutefois retenir les modifications rédactionnelles adoptées par la CMP.

III - La position de la commission

Les **incitations tarifaires conventionnelles à l'équipement** ont déjà permis une **progression considérable du taux de véhicules** des transporteurs sanitaires embarquant des **systèmes de géolocalisation et de facturation intégrée**, ce dont la commission se réjouit.

Compte tenu des **impératifs de lutte contre la fraude et de maîtrise de la dépense de transport sanitaire** - particulièrement dynamique, la commission estime qu'il est désormais **souhaitable d'aller plus loin et de faire évoluer l'incitation vers une obligation d'équipement**.

Outre **l'intérêt pour la puissance publique**, la commission considère que **la profession peut également tirer des bénéfices** de la géolocalisation des véhicules, qui permettra aux gestionnaires de **mieux appréhender** la situation de leur flotte et de gagner en efficacité dans leur action, au service des assurés.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 17 bis B

Dérogation au cadre juridique du transport sanitaire pour les entreprises proposant uniquement une offre de transport pour les personnes à mobilité réduite

Cet article prévoit la possibilité, pour les entreprises exerçant uniquement une activité de transport de personnes à mobilité réduite (TPMR), de déroger à certaines conditions d'exercice de droit commun pour réaliser des transports sanitaires.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Les entreprises de transport de personnes à mobilité réduite peuvent contribuer localement à l'accès aux soins, mais le cadre juridique de leur action doit être précisé

A. Les entreprises de transport de personnes à mobilité réduite, acteurs de l'accès aux soins sur certains territoires

En Gironde et dans les Antilles, l'offre de transport sanitaire par ambulances ou véhicules sanitaires légers et par taxis apparaît **particulièrement insuffisante**. Cela a des répercussions néfastes sur l'accès aux soins pour les patients, en premier lieu pour les **personnes à mobilité réduite, qui peuvent nécessiter des véhicules spécifiques** pour assurer leur transport.

Aussi, sur ces territoires, des **entreprises transport de personnes à mobilité réduite transportent-elles les personnes à mobilité réduite** pour leur permettre d'accéder à des professionnels de santé et d'obtenir des soins.

B. Une activité qui pâtit d'un défaut de cadre juridique précis

Cette activité **s'exerce aujourd'hui sans cadre légal précis**, par dérogation au droit commun du transport sanitaire. En effet, **les transporteurs sanitaires en ambulance et en véhicule sanitaire léger et les taxis sont les seuls à être explicitement mentionnés** dans l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale.

L'activité de transport sanitaire est **soumise à un agrément du directeur général de l'agence régionale de santé compétente**¹. Cet agrément est **subordonné à l'emploi de personnels disposant de certaines**

¹ Article L. 6312-2 du code de la santé publique.

qualifications¹ et de véhicules revêtant certaines particularités² en usage exclusif.

En outre, les titulaires de l'agrément **peuvent être sollicités par le service d'aide médicale urgente (Samu) pour toute demande de transport sanitaire urgent.** L'entreprise titulaire est alors notamment tenue de faire intervenir un équipage dans le respect d'un délai fixé³.

La participation au transport de malades au titre de l'aide médicale urgente nécessite donc des **véhicules et des professionnels ad hoc**, dont **ne disposent pas toutes les entreprises de TPMR**, ce qui fragilise leur **activité** de transport sanitaire.

C. Le dispositif proposé : déroger au cadre du transport sanitaire de droit commun pour les entreprises exerçant exclusivement une activité de transport de personnes à mobilité réduite

Inséré en première lecture au Sénat, l'article 17 *bis* B, issu d'un **amendement n° 276 rect. de Florence Lassarade** et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains et d'un **amendement identique n° 1325 du Gouvernement**, prévoit que les entreprises de TPMR puissent **déroger à certaines conditions s'appliquant en droit commun aux acteurs du transport sanitaire.**

L'objet de l'amendement précise en particulier qu'il s'agit de permettre « **de déroger à l'obligation de participer au transport de malades au titre de l'aide médicale urgente** ».

Cette dérogation **n'emporte pas de modulation des modalités de prise en charge** et de financement de l'activité de transport sanitaire par les entreprises de TPMR. Celles-ci seront **identiques à celles du transport de malades en véhicule sanitaire léger.**

L'article 17 *bis* B précise également, aux termes des sous-amendements identiques n° 1355 rect. de **Dominique Théophile** et plusieurs de ses collègues du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants et 1364 rect. de **Victorin Lurel et Audrey Bélim** (Socialistes, écologistes, républicains), que les **conditions d'exercice du transport sanitaire par les TPMR puissent être adaptées dans les collectivités régies par l'article 73** de la Constitution.

¹ Article R. 6312-7 du code de la santé publique – titulaires du diplôme d'État d'ambulancier, sapeurs-pompiers titulaires, conducteurs d'ambulance, personnes titulaires d'un certificat de compétences du citoyen sauveteur ou équivalent, professionnels appartenant aux livres I^{er} et III de la quatrième partie du code de la santé publique.

² Ambulances de secours et de soins d'urgence (ASSU), voiture de secours aux asphyxiés et blessés (VSAB), ambulance, véhicule sanitaire léger.

³ Article R. 6312-17-1 du code de la santé publique.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'apporter des modifications rédactionnelles à cet article.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend, sur proposition du rapporteur général, la rédaction proposée par la CMP.

III - La position de la commission

La commission des affaires sociales avait soutenu les amendements et sous-amendements ayant donné lieu à l'article 17 *bis* B, estimant que les entreprises de TPMR pouvaient, localement, participer à l'accès aux soins dans les territoires.

Il s'agit d'un enjeu est **particulièrement sensible pour les personnes à mobilité réduite**, qui peuvent avoir du mal à bénéficier des soins nécessaires dans les **territoires faiblement pourvus en transporteurs sanitaires et en taxis**.

Le fond de l'article n'ayant pas évolué depuis son adoption par le Sénat en première lecture, la commission souscrit à l'intention de cet article, qui permettra de **sécuriser les entreprises de TPMR sur les territoires où elles sont nécessaires sans déstabiliser le secteur du transport sanitaire**.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 17 bis C (supprimé)

**Demande de rapport sur la prise en charge anonymisée
des frais de transport des mineures ou femmes en situation de violence
intra-familiale souhaitant avoir recours à l'avortement**

Cet article prévoit que le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois, un rapport évaluant le coût pour la sécurité sociale de la prise en charge anonymisée des frais de transport d'une mineure ou d'une femme en situation de violence intra-familiale souhaitant avoir recours à l'avortement.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé

• Plusieurs évolutions législatives ont visé, ces dernières années, à faciliter le **recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) de manière anonyme et gratuite.**

La loi a, d'abord, cherché à **protéger l'anonymat des patientes qui le souhaitent.** Les patientes mineures désirant conserver le secret bénéficient d'un principe d'anonymat et de confidentialité les dispensant d'obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale¹. La LFSS pour 2021 a, plus généralement, consacré le principe d'anonymat dans le code de la santé publique, celui-ci prévoyant désormais que « *la prise en charge de l'IVG est protégée par le secret afin de pouvoir préserver, le cas échéant, l'anonymat de l'intéressée* »².

La **prise en charge financière de l'IVG a également été améliorée.** Sont intégralement pris en charge, depuis 2013³, l'acte d'IVG et, depuis 2016⁴, les actes associés. Les patientes peuvent, en outre, bénéficier d'un tiers-payant intégral contribuant à garantir le respect de leur anonymat.

En application de ces dispositions, les patientes peuvent, en principe, bénéficier d'un anonymat complet, dont les conditions de mise en œuvre pratique sont décrites sur le site d'information mis en place par le Gouvernement :

- en établissement de santé, « *absence de notification du forfait IVG, comprenant l'acte d'IVG et les actes associés, qui n'apparaît pas sur les relevés de la sécurité sociale* » ;

- en ville, « *si l'anonymat est demandé par la patiente, le professionnel de santé rend anonymes, dès l'origine, les documents nécessaires au remboursement des actes et frais de soins* » ; s'il n'est pas en mesure de garantir l'anonymat,

¹ Article L. 2212-7 du code de la santé publique.

² Article 63 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

³ Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

⁴ Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse.

il « doit en informer la patiente dès la première consultation préalable, et l'orienter vers un établissement de santé susceptible de pratiquer l'IVG médicamenteuse, dans le respect de l'anonymat, dans les délais requis »¹.

• Toutefois, le **transport demeure parfois un obstacle à l'accès à l'IVG.**

Dans les **territoires ruraux ou d'outre-mer**, l'offre d'IVG peut, d'abord, se révéler particulièrement éloignée. La commission des affaires sociales du Sénat observe ainsi, dans un rapport d'information récent relatif à l'accès à l'IVG, que « six ARS estiment [...] que des zones de leur territoire régional sont éloignées de plus d'une heure d'une offre d'IVG », les difficultés de transport associées se révélant « particulièrement fortes pour les mineurs ou les populations précaires, en particulier en zone rurale, ainsi que dans certains territoires d'outre-mer »².

En outre, plusieurs témoignages récents font état d'une **rupture possible de l'anonymat dans la prise en charge du transport sanitaire**. Dans une question écrite publiée au *Journal officiel* du 8 octobre 2024, la députée Perrine Goulet souligne ainsi que la présentation d'une carte Vitale, demandée par le transporteur, peut faire apparaître la prestation « sur les relevés de remboursement de la sécurité sociale des parents, compromettant alors la confidentialité à laquelle la jeune fille a droit »³.

• Les mêmes difficultés ont motivé le dépôt, par Patrice Joly et plusieurs de ses collègues de l'**amendement n° 386** adopté par le Sénat en première lecture, dont est issu le présent article.

L'article 17 bis C sollicite, ainsi, du Gouvernement la remise d'un rapport, dans un délai de six mois à compter de la promulgation du présent PLFSS, évaluant le coût pour la sécurité sociale de la prise en charge anonymisée des frais de transport entre son domicile et l'établissement de santé pour une mineure ou une femme en situation de violence intrafamiliale avec le statut d'« ayant droit » d'un assuré, dans l'objectif de réaliser un avortement.

Ce rapport devrait permettre d'établir les modalités concrètes de prise en charge des différents modes de transport possibles et d'évaluer les conséquences de ce dispositif sur l'évolution des recettes et dépenses de la sécurité sociale.

¹ Fiche « Principe de confidentialité et d'anonymat en pratique » publiée le 8 janvier 2025 et mise à jour le 3 février 2025, disponible à l'adresse suivante :

<https://ivg.gouv.fr/principe-de-confidentialite-et-danonymat-en-pratique>.

² Alain Milon, Brigitte Devésa et Cathy Apourceau-Poly, rapport d'information n° 45 (2024-2025) « IVG : une "liberté garantie" mais un accès fragile », déposé le 16 octobre 2024, p. 19.

³ Question écrite à Mme la ministre de la Santé et de l'Accès aux soins de la députée Perrine Goulet publiée au *Journal officiel* du 8 octobre 2024.

L'objet de l'amendement précise que, dans de telles situations, « le décompte du remboursement du transport [apparaît] dans les documents envoyés [à] l'ayant droit (souvent les parents ou le conjoint violent) »¹.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de **supprimer cet article**.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, le Gouvernement a retenu un amendement n° 390 du rapporteur général, visant à supprimer du texte l'article 17 bis C.

III - La position de la commission

Ainsi qu'elle l'a rappelé à l'occasion de l'examen du rapport d'information relatif à l'accès à l'IVG, la commission juge **indispensable la garantie de l'anonymat des patientes souhaitant avoir recours à l'IVG**. Elle souhaite, en conséquence, que les difficultés mises en avant par les auteurs de l'amendement sénatorial dont est issu le présent article soient instruites par le ministère de la santé et, le cas échéant, rapidement traitées.

La commission observe, à cet égard, que **Geneviève Darrieussecq, alors ministre de la santé et de l'accès aux soins s'est engagée**, lors de l'examen de ces dispositions en séance plénière, à « faire instruire par les services de [son] ministère la possibilité d'une mesure réglementaire pour garantir cet anonymat »². Le ministère demeure, par ailleurs, saisi d'une question écrite de la députée Perrine Goulet relative aux difficultés rencontrées dans la protection de l'anonymat en matière de transport.

Considérant que le ministère est d'ores et déjà saisi de cette question, la commission juge la transmission d'un rapport peu utile. Elle souhaite, en revanche, une **action rapide du Gouvernement pour garantir la pleine application du principe légal d'anonymat**.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

¹ Objet de l'amendement n° 386 rect. bis de Patrice Joly et plusieurs de ses collègues, adopté par le Sénat en première lecture.

² Compte rendu intégral des débats de la séance du 22 novembre 2024.

Article 17 bis D (supprimé)

Définition des conditions dans lesquelles un assuré retrouve ses droits à la sécurité sociale à son retour sur le territoire français

Cet article prévoit qu'un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles les anciens assurés qui ont cessé de remplir la condition de résidence stable et régulière en France recouvrent le bénéfice de la prise en charge de leurs frais de santé dans les meilleurs délais à leur retour sur le territoire national.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé

- Le bénéfice de l'assurance maladie est réservé aux **personnes travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière**.

Le code de la sécurité sociale dispose, ainsi, que toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé¹.

En application de ces dispositions, peuvent, d'une part, être affiliées à l'assurance maladie, quel que soit leur lieu de résidence, les personnes qui **exercent sur le territoire français une activité salariée ou non salariée**, ou qui exercent à l'étranger mais sont soumises à la législation française de sécurité sociale en application des règlements européens ou conventions internationales².

Bénéficie, d'autre part, d'une prise en charge toute personne qui justifie auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de son identité et de sa **résidence stable et régulière**³. Pour cela, l'intéressé doit prouver qu'il réside en France de manière **ininterrompue depuis plus de trois mois**, au moyen d'un justificatif de domicile ou d'un document attestant de la perception d'une prestation soumise à des conditions de résidence équivalentes⁴.

En conséquence, les assurés français ayant quitté le territoire national et n'étant plus affiliés à l'assurance maladie peuvent subir, à leur retour en France et s'ils n'y exercent pas d'activité professionnelle, un **délai de carence de trois mois**.

- Plusieurs dispositions permettent, toutefois, de **limiter l'effet de ce délai de carence**.

¹ Article L. 160-1 du code de la sécurité sociale.

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

³ Article L. 160-5 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article D. 160-2 du code de la sécurité sociale.

Le code de la sécurité sociale prévoit, d'abord, que **la condition de stabilité est satisfaite sans délai dans plusieurs situations**, dont relèvent notamment :

- les personnes démontrant qu'elles reviennent en France après avoir accompli un volontariat international à l'étranger ;
- les membres de la famille qui rejoignent ou accompagnent pour s'installer en France un assuré y séjournant de manière stable et régulière ;
- les personnes inscrites dans un établissement d'enseignement¹.

En outre, le délai de carence peut être couvert par l'assurance maladie de l'État membre de l'Union européenne dont l'ancien assuré a été résident ou, en cas d'affiliation au régime des Français de l'étranger pendant l'expatriation, par la Caisse des Français de l'étranger (CFE).

• Le présent article, issu d'un **amendement n° 1 059** de Mélanie Vogel et plusieurs de ses collègues adopté par le Sénat en première lecture, vise toutefois à limiter l'effet du délai de carence sur les personnes y demeurant confrontées.

Pour ce faire, l'**article 17 bis D** complète l'article L. 160-4 du code de la sécurité sociale relatif aux conditions dérogatoires d'affiliation à l'assurance maladie. Il prévoit qu'un décret en Conseil d'État, pris après avis du Conseil économique, social et environnemental (Cese) et de l'Assemblée des Français de l'étranger ou, dans l'intervalle de ses sessions, de son bureau, précise les conditions dans lesquelles les anciens assurés, qui ont cessé de bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé puisqu'ils ont cessé de remplir les conditions d'activité et de résidence stable et régulière, recouvrent le bénéfice de la prise en charge de leurs frais de santé dans les meilleurs délais à leur retour sur le territoire.

L'objet de l'amendement précise : « *Faute de pouvoir supprimer ce délai de carence par voie d'amendement, il est proposé de préciser qu'un décret pris en Conseil d'État adapte les modalités de la prise en charge des frais de santé pour le cas particulier des anciennes assurées et des anciens assurés revenant de l'étranger.* »²

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de **supprimer cet article**.

¹ Article D. 160-2 du code de la sécurité sociale.

² Objet de l'amendement n° 1 059 de Mélanie Vogel et plusieurs de ses collègues, adopté par le Sénat en première lecture.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, le Gouvernement a retenu un amendement n° 792 du rapporteur général, visant à supprimer du texte l'article 17 bis D.

III - La position de la commission

La commission **prend acte de l'opposition du Gouvernement et de la commission mixte paritaire** à la présente mesure, qu'elle a soutenue en première lecture.

Elle relève que, compte tenu des exceptions conventionnelles, légales ou réglementaires existantes, **le délai de carence décrit ne s'applique qu'à une minorité de cas.**

Les personnes concernées peuvent, en outre, ainsi que l'a souligné Geneviève Darrieussecq, alors ministre de la santé et de l'accès aux soins lors de l'examen de ces dispositions, avoir recours à une **assurance volontaire** pendant les trois mois les séparant de l'affiliation à l'assurance maladie¹.

Tenant compte de l'ensemble de ces éléments et considérant que le présent article, qui renvoyait à un décret le soin d'adapter les règles applicables à la situation des Français revenant sur le territoire national, risque de se révéler **inopérant sans volonté gouvernementale de faire évoluer les critères existants**, la commission souhaite maintenir sa suppression.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

¹ *Compte rendu intégral des débats de la séance du 22 novembre 2024.*

Article 17 septies
**Extension du champ de l'expérimentation de l'accès direct
aux masseurs-kinésithérapeutes en CPTS**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale et retenu par le Gouvernement dans le texte transmis au Sénat, vise à étendre à 20 départements au plus l'expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes membres appartenant à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. L'expérimentation de l'accès direct aux kinésithérapeutes en CPTS

1. Les masseurs-kinésithérapeutes : une profession dite « prescrite »

• Exerçant des actes de prévention, de diagnostic kinésithérapique et de traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne et des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles¹, les masseurs-kinésithérapeutes ont vu **leurs compétences et leur formation progressivement enrichies ces dernières années.**

Les **prescriptions et les actes ouverts** aux masseurs-kinésithérapeutes ont, en effet, été progressivement élargis. La loi « Santé » de 2016² leur a permis, sauf indication contraire du médecin, d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an³. En 2021, les masseurs-kinésithérapeutes ont, par ailleurs, été autorisés à prescrire, sauf indication contraire du médecin, les produits de santé nécessaires à l'exercice de leur profession⁴.

La **formation des masseurs-kinésithérapeutes a également été profondément réformée** en 2015⁵. Sa durée a été allongée à cinq ans et son organisation, progressivement universitarisée. L'obtention du diplôme d'État donne désormais accès au grade de master. L'inspection générale des affaires sociales (Igas) observe que « *la réingénierie de la formation achevée fin 2015 et l'universitarisation des études constituent des évolutions importantes pour la profession et peuvent légitimer un nouveau positionnement dans l'offre de soins* »⁶.

¹ Article L. 4321-1 du code de la santé publique.

² Article 123 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

³ Article L. 4321-1 du code de la santé publique.

⁴ Article 12 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

⁵ Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

⁶ Igas, Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie, février 2022, p. 3.

- Le masseur-kinésithérapeute demeure, toutefois, une profession « prescrite ».

Le code de la santé publique dispose, ainsi, que « *lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale [...]* ».

Les décrets de compétence précisent le champ des **actes réalisés sur prescription médicale**, qui s'étend du bilan kinésithérapique¹ à l'ensemble des traitements de rééducation². Certains d'entre eux ne sont, en outre, autorisés qu'à la condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment : c'est le cas des élongations vertébrales par tractions mécaniques, de la rééducation cardio-vasculaire de sujets atteints d'infarctus du myocarde récent ou de la rééducation respiratoire³.

Le masseur-kinésithérapeute relève du **parcours de soins coordonnés**⁴ introduit par la loi en 2004⁵ : la prise en charge des consultations non prescrites par le médecin traitant est réduite.

2. Une ouverture de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeute, à titre expérimental en CPTS

L'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes a progressivement été mis en place par la loi.

- La LFSS pour 2022, d'abord, avait autorisé l'**expérimentation d'un accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes** dans le cadre des structures d'exercice coordonné, pour une durée de trois ans et dans six départements.

Le décret nécessaire à son lancement n'ayant, toutefois, pas été publié, cette expérimentation n'a jamais été mise en œuvre. La commission des affaires sociales du Sénat, qui avait soutenu ces dispositions, a jugé « *ce retard d'autant plus regrettable qu'une mission de l'Igas avait, dès février 2022, émis de nombreuses recommandations relatives au champ et aux modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation* »⁶.

- Face à cette inertie, la loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé a, en 2023, **autorisé de manière pérenne l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes**⁷ :

- dans les établissements de santé et les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

¹ Article R. 4321-2 du code de la santé publique.

² Article R. 4321-5 du code de la santé publique.

³ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁴ Article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

⁵ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

⁶ Igas, Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie, février 2022.

⁷ Article 3 de la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

- en ville, dans le cadre des structures d'exercice coordonné les plus intégrées : maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), centres de santé (CS), équipes de soins primaires (ESS) et spécialisés (ESP).

Cet accès direct est **limité à huit séances par patient**, dans le cas où celui-ci n'a pas eu de diagnostic médical préalable. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute doivent, par ailleurs, systématiquement être adressés au médecin traitant du patient ainsi qu'à ce dernier, et reportés dans le dossier médical partagé (DMP)¹.

Par ailleurs, la loi a prévu une **nouvelle expérimentation** autorisant, en ville, l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes n'appartenant pas à une MSP, un CS, une ESS ou une ESP mais exerçant dans le cadre d'une CPTS. Cette expérimentation est autorisée pour une durée de cinq ans, dans six départements dont deux d'outre-mer. Un décret, pris après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Académie nationale de médecine, devait préciser ses modalités de mise en œuvre et d'évaluation.

Sur ce fondement, la HAS a adopté un **avis en novembre 2023**², préconisant d'encadrer strictement l'expérimentation en :

- proposant une formation complémentaire pour les masseurs-kinésithérapeutes diplômés avant 2019 ;

- limitant l'expérimentation à la population adulte, à huit séances pour les troubles musculo-squelettiques.

Les seuls cas dans lesquels la HAS envisage que l'expérimentation s'applique sans limitation du nombre de séances sont caractérisés par la formulation préalable d'un diagnostic par un médecin.

Un **décret de juin 2024**³ a, finalement, plus d'un an après la promulgation de la loi, fixé les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation. Celui-ci ne prévoit aucune formation complémentaire mais limite, en revanche, l'accès direct à huit séances en l'absence de diagnostic médical préalable. Il prévoit, en outre, que l'expérimentation débute deux mois après sa parution, soit à la fin du mois d'août 2024, pour une durée de cinq ans.

¹ Article L. 4321-1 du code de la santé publique.

² Avis n° 2023.0037/AC/SBP du 9 novembre 2023 du collège de la HAS relatif au projet de décret concernant l'expérimentation prévue par l'article 3 de la loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé permettant l'exercice en accès direct des masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre d'une CPTS.

³ Décret n° 2024-618 du 27 juin 2024 relatif à l'expérimentation permettant aux masseurs-kinésithérapeutes participant à une communauté professionnelle territoriale de santé d'exercer leur art sans prescription médicale.

B. L'article 17 septies vise à étendre le périmètre de l'expérimentation à 20 départements au plus

L'article 17 septies, issu d'un amendement de Stéphanie Rist (*Ensemble pour la République*) adopté par l'Assemblée nationale et retenu par le Gouvernement dans le texte transmis au Sénat, modifie la loi de 2023 pour étendre l'expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes en CPTS à 20 départements au plus, fixés par arrêté du Premier ministre et du ministre en charge de la santé.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

Le Sénat a adopté, en première lecture, un **amendement n° 167 de la commission** supprimant l'article 17 septies.

La commission a, en effet, souhaité **maintenir l'équilibre trouvé** lors de la commission mixte paritaire de la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé de 2023.

Soutenant pleinement l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes à l'hôpital, dans les établissements médico-sociaux et, en ville, dans les structures d'exercice coordonné les plus intégrées, la commission a toutefois jugé que les CPTS n'offraient pas les mêmes garanties en matière de coordination interprofessionnelle. En conséquence, elle a souhaité que l'expérimentation votée en 2023 puisse être menée à son terme avant toute extension de la mesure.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de **rétablir cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale**.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale retient **un amendement n° 392 du rapporteur général** rétablissant l'article 17 septies.

III - La position de la commission

- Lors de l'examen du PLFSS pour 2022 comme de la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé de 2023, **la commission a soutenu l'accès direct des patients à un masseur-kinésithérapeute** en établissement de santé, en ESMS et, en ville, dans les structures d'exercice coordonné les plus intégrées, partageant une patientèle commune.

Si les CPTS contribuent de manière déterminante à l'organisation de l'offre de soins au niveau local, la commission juge, en revanche,

qu'elles n'offrent pas, en matière de coordination professionnelle, des garanties comparables à celles offertes par les MSP, les centres de santé ou les équipes de soins primaires et spécialisés.

- Aussi la commission **demeure-t-elle attachée à l'équilibre trouvé** lors de l'examen de la proposition de loi en 2023, n'ouvrant l'accès direct en CPTS que sous la forme d'une expérimentation.

Dans la mesure, toutefois, où le périmètre prévu semble insuffisant pour constituer un échantillon pertinent de professionnels impliqués, et dans l'objectif de parvenir avec l'Assemblée nationale à un compromis sur le présent PLFSS, la commission propose d'adopter cet article, que le Sénat avait supprimé en première lecture.

Elle souhaite que l'extension de l'expérimentation à 20 départements permette une évaluation solide des apports d'une telle mesure, avant toute généralisation.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 17 octies

Expérimentation de la prise en charge des tests de détection de la soumission chimique

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale et retenu par le Gouvernement dans le texte transmis au Sénat, vise à expérimenter la prise en charge par l'assurance maladie de tests permettant de détecter une soumission chimique, y compris sans dépôt de plainte.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. La soumission chimique, un phénomène en essor qui constitue un véritable problème de santé publique

1. La soumission chimique consiste en l'administration à des fins criminelles ou délictuelles de substances psychoactives à l'insu de la victime ou sous la menace

Selon la définition donnée par l'édition 2022 de l'enquête de vigilance prospective et annuelle coordonnée par le centre d'addictovigilance de Paris sous la houlette de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), « *la soumission chimique est l'administration à des fins criminelles (viols, actes de pédophilie) ou délictuelles (violences volontaires, vols) de substances psychoactives à l'insu de la victime ou sous la menace* ».

Soumission chimique, vulnérabilité chimique et agressions facilitées par les substances

La **soumission chimique** ne doit pas être confondue avec la **vulnérabilité chimique**, qui désigne les actes délictuels ou criminels **facilités par l'état de fragilité** d'une personne induit par une **consommation volontaire** de psychoactifs.

Soumission et vulnérabilité chimiques sont regroupés sous le terme **d'agressions facilitées par les substances**.

Si la **soumission chimique** n'est **pas spécifiquement définie dans la loi française**, les actes de soumission chimique **relèvent de l'article 222-15 du code pénal** au titre de **l'administration de substances nuisibles** ayant porté atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'autrui. Les peines associées dépendent des conséquences subies par la victime et de la qualité de celle-ci : les **peines maximales encourues s'échelonnent de trois ans d'emprisonnement** dans le cas où l'administration de substances nuisibles cause moins de huit jours d'incapacité de travail à **20 ans de réclusion criminelle** lorsqu'elle entraîne la mort sans intention de la donner¹.

La soumission chimique suppose **l'utilisation de substances psychoactives afin d'altérer le niveau de conscience de la victime**. Si les données de la base d'appels Drogue Info Service montrent « *la persistance de l'idée reçue selon laquelle le GHB serait l'unique drogue du violeur* »², l'acide gamma-hydroxybutyrique (GHB) ne représente, en fait, **que 5 % des soumissions chimiques vraisemblables en 2022**.

Selon l'enquête précitée, les **psychoactifs en cause sont majoritairement des médicaments sédatifs** (57 % des cas en 2022) : principalement des **anxiolytiques comme les benzodiazépines** (25,2 %), des **antihistaminiques** (12,6 %) et des **antalgiques opioïdes** (11 %) à l'image du tramadol ou de la codéine.

Les **substances non médicamenteuses**, principalement des **psychotropes illégaux**, représentent 43,3 % des cas de soumission chimique vraisemblable – la **MDMA**, la **cocaïne**, le cannabis et le GHB représentant à eux quatre 75 % de cette catégorie.

2. Une augmentation « exponentielle » des cas suspectés

Le **centre d'addictovigilance de Paris** coordonne, en lien avec l'ANSM, tous les ans depuis 2003 une **enquête de vigilance et de prospective** au sujet de la soumission chimique. Cette enquête révèle, chaque année, le **nombre de signalements suspects à la justice**, de soumissions chimiques possibles et de soumissions chimiques vraisemblables.

¹ Articles 222-7 à 222-14-1 du code pénal pour le détail des peines encourues.

² Résultats de l'enquête 2022 sur la soumission chimique du centre d'addictovigilance de Paris.

Pour 2022, l'enquête recense **883 cas de soumissions chimiques possibles ou vraisemblables contre 436 en 2021**, soit un doublement en un an.

Le centre d'addictovigilance de Paris évoque une **augmentation « exponentielle »**, qu'il corrèle avec la **libération de la parole sur les réseaux sociaux**. Cette libération de la parole coïncide avec une **attention médiatique accrue autour d'affaires judiciaires très commentées**, qui ont contribué à donner une place à la question de la soumission chimique dans le débat public.

Il s'agit là d'un recensement des seuls signalements reportés à la justice, un décompte **loin de mesurer l'ampleur réelle du phénomène selon l'association spécialisée M'endors pas**, selon laquelle le phénomène est encore *« largement sous-estimé »* dès lors qu' *« aucune enquête n'est en mesure de comptabiliser de façon exhaustive le nombre de victimes de soumission chimique par an en France du fait de la complexité de la problématique (faible judiciarisation des affaires, difficultés de la révélation de la preuve qui nécessiterait a minima une systématisation des analyses toxicologiques) »*.

Les cas de soumission chimique vraisemblable sont principalement associés à des **agressions sexuelles (62,9 %)**, des **violences physiques** ou des **vols**, avec des **victimes majoritairement féminines (82,5 %)**. Aucun âge n'est épargné, mais **près du quart des victimes présumées sont des mineurs**, et l'âge médian est de 24 ans.

Sur des statistiques globales prenant également en compte les vulnérabilités chimiques, **l'Île-de-France concentre plus de la moitié des signalements** : c'est la région la plus touchée devant les Hauts-de-France. Les signalements sont **concentrés dans les lieux festifs (47 % des cas)**, mais des suspicions existent également dans des **lieux privés, notamment chez les mineurs, et dans des lieux publics non festifs**.

3. La soumission chimique pose un important problème de santé publique

La soumission chimique, et plus encore depuis que les cas suspectés augmentent à un rythme très rapide, constitue un **véritable problème de santé publique** associé à des conséquences cliniques lourdes à court terme et à moyen ou long terme. **À court terme**, la soumission chimique est associée à **des comas, des chutes et des contaminations à des infections sexuellement transmissibles**. Selon l'enquête précitée, à long terme, il n'est pas rare que les victimes développent des **troubles de l'usage de substances, des angoisses, des réactions phobiques, voire tentent de mettre un terme à leurs jours**.

B. La subordination de la prise en charge des tests permettant de détecter une soumission chimique à un dépôt de plainte apparaît inadapté à la situation des victimes de soumission chimique

Les tests ou analyses permettant de détecter une soumission chimique peuvent être pris en charge lorsque la victime présumée dépose plainte.

Toutefois, l'**amnésie totale ou partielle** associée à près des deux tiers des cas de soumission chimique en raison des substances psychoactives utilisées peut **dissuader le dépôt de plainte** chez les victimes. Alors que les souvenirs de l'agression ou de l'intoxication sont imprécis, les **victimes redoutent fréquemment de ne pas savoir répondre aux questions posées** lors du dépôt de plainte, voire **doutent tout simplement de l'existence même de l'agression**.

En l'absence de dépôt de plainte, **aucune prise en charge n'est possible** pour ces tests relevant de la **médecine légale** et **non inscrits comme remboursables à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM)**. Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), **le coût des analyses** et tests nécessaires peut **avoisiner 1 000 euros** pour les victimes, constituant une **barrière financière très dissuasive au recours**.

Dans ces conditions, **le Cnom a demandé aux pouvoirs publics**, dans un communiqué en date du 24 octobre 2024, *« de prendre des mesures concrètes pour faciliter l'accès aux tests et analyses, en prenant en charge leur coût dans le cadre de l'Assurance maladie »*.

C. Le dispositif proposé : expérimenter la prise en charge par l'Assurance maladie des tests permettant de détecter une soumission chimique, y compris sans dépôt de plainte

L'article 17 *octies*, issu d'un **amendement de Sandrine Josso et ses collègues du groupe Démocrates** retenu par le Gouvernement dans le texte transmis au Sénat, vise, en son I, à **expérimenter le remboursement par l'Assurance maladie de tests permettant de détecter une soumission chimique, y compris sans dépôt de plainte**. Cette expérimentation durerait **trois ans**.

Le II de l'article renvoie à un **décret** pris au plus tard le 1^{er} mars 2025 la définition des modalités de **mise en œuvre de l'expérimentation**. Il renvoie également au pouvoir réglementaire la définition d'une liste de territoires participant à l'expérimentation, dans la **limite de trois régions**.

Le III de l'article prévoit qu'un rapport d'évaluation de l'expérimentation soit adressé par le Gouvernement au Parlement dans les six mois qui suivent son terme.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

Le Sénat a adopté l'amendement de commission n° 168 rect. et l'amendement identique n° 1336 du Gouvernement, **visant à élargir le dispositif** en expérimentant la prise en charge non seulement des tests, **mais aussi des analyses visant à détecter une potentielle soumission chimique**.

Ces deux amendements prévoient également une **mise en œuvre de la mesure au plus tard le 1^{er} juillet 2025**. Les **solutions techniques** de mise en œuvre de cet article **ne permettaient en effet pas d'envisager un lancement de l'expérimentation au plus tard au 1^{er} mars 2025**, comme initialement prévu.

Ces deux amendements proposaient également des améliorations rédactionnelles.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire n'a pas apporté de modification à cet article.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale **retient un amendement à l'article 17 octies, proposé par Marie-Charlotte Garin**. Cet amendement vise à faire figurer **l'amélioration de la prise en charge psychologique des potentielles victimes** dans les objectifs de l'expérimentation.

III - La position de la commission

La commission soutient sans réserve l'expérimentation du **remboursement des tests de détection de la soumission chimique**.

La commission estime en effet que la **conditionnalité de la prise en charge de ces tests à un dépôt de plainte n'est pas adaptée** à la réalité de la situation des victimes potentielles, souvent en proie à une amnésie totale ou partielle.

Les tests et analyses visant à détecter une soumission chimique **devraient pouvoir être effectués en cas de doute**, notamment lié à l'amnésie, et bénéficier d'une **prise en charge par l'Assurance maladie, indépendamment de tout dépôt de plainte**. Le cas échéant, des **résultats d'analyse** indiquant la présence de substances psychoactives **permettraient aux victimes de déposer plainte plus facilement si elles le souhaitent**, puisque celles-ci auraient **connaissance au préalable de la matérialité de l'administration d'une substance psychoactive, malgré l'amnésie** qui peut les frapper.

Afin de garantir la **fiabilité des résultats des tests et analyses** et d'éviter autant que faire se peut des situations de **faux négatif et de faux positif**, dont les conséquences pourraient être particulièrement néfastes, la commission estime toutefois qu'il sera **indispensable de conditionner le remboursement d'autotests de détection de la soumission chimique à un haut niveau de qualité**.

La commission appelle enfin le Gouvernement à **mener des campagnes de sensibilisation en population générale comme chez les professionnels de santé**.

Si la commission émet des doutes sur la portée normative des modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, celles-ci **ne font pas obstacle au déploiement de l'expérimentation et permettent utilement d'insister sur la nécessité d'une prise en charge psychologique** pour les victimes de soumission chimique.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 18

Plafonnement des dépenses d'intérim des personnels non médicaux

Cet article propose de créer un dispositif de plafonnement des dépenses d'intérim des personnels non médicaux dans les établissements publics de santé et les établissements publics médicosociaux. Ce faisant, il modifie le dispositif de plafonnement en vigueur pour les dépenses d'intérim des personnels médicaux dans les établissements publics de santé.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Un recours croissant et peu régulé à l'intérim dans les établissements publics de santé et médicosociaux

1. Le développement non maîtrisé des dépenses d'intérim s'inscrit dans un contexte de forte tension sur les ressources humaines

a) Le contexte : une tension sur les ressources humaines non médicales qui s'aggrave dans les établissements

- L'accroissement des besoins en santé, soutenu par le vieillissement de la population et la chronicisation de diverses pathologies, entretient la dynamique des recrutements dans les secteurs sanitaire et médicosocial. Dans le secteur hospitalier public, les effectifs ont ainsi augmenté de 15 % entre 2003 et 2021¹. Cette tendance est appelée à se poursuivre, puisque

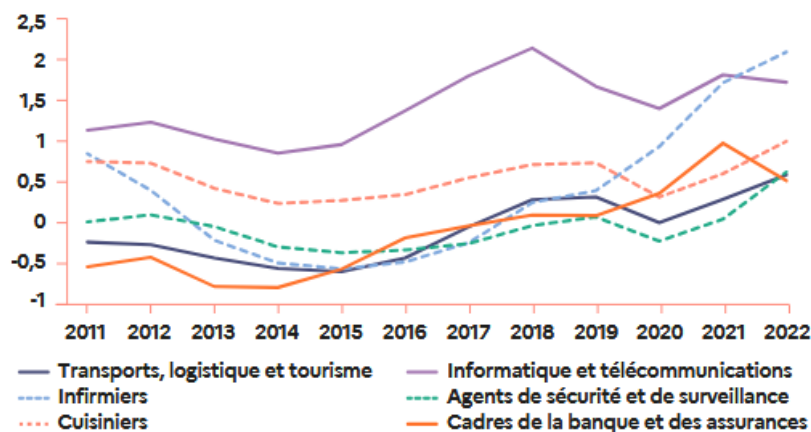
¹ Drees, Les établissements de santé en 2022, Edition 2024, p. 57.

les infirmiers, les sages-femmes et les aides-soignants figurent parmi les métiers qui devraient être les plus créateurs d'emplois d'ici à 2030¹.

Toutefois, **les établissements publics de santé et médicosociaux ont connu une dégradation assez nette des taux de vacances d'emplois des personnels soignants dans la période post-covid**. Le taux d'emplois vacants, par catégories de personnels, constitue un bon indicateur des tensions pesant sur les ressources humaines dans les établissements de santé et médicosociaux. Selon une enquête de la Fédération hospitalière de France (FHF) publiée au printemps 2022, entre 2019 et 2022, le taux d'emplois infirmiers vacants avait ainsi plus que doublé dans les établissements publics de santé hors CHU, passant de 3 % à 6,6 %. Il avait par ailleurs quasiment doublé dans les établissements du secteur médicosocial public, évoluant de 7,5 % à 13,1 % sur la même période².

Au global, **99 % des établissements déclarent faire face à des difficultés de recrutement**, dont 80 % de façon permanente³. Chez les personnels paramédicaux, les difficultés semblent se concentrer sur certaines catégories professionnelles, en particulier les infirmiers anesthésistes (Iade), les infirmiers de bloc opératoire (Ibode), les manipulateurs en électroradiologie médicale (Merm) et certains métiers de la filière rééducation. La réforme des autorisations d'équipements matériels lourds à partir de 2023 a accentué ces difficultés sur les Merm en libérant de nombreuses autorisations dans le secteur privé.

Évolution des tensions dans certains métiers depuis 2011



Source : Dares, *Les tensions sur le marché du travail en 2022*, novembre 2023

Note de lecture : Entre 2011 et 2022, l'indicateur synthétique de tension sur le marché du travail du métier infirmier est ainsi passé de 0,8 à plus de 2.

¹ France Stratégie et Dares, *rapport Métiers 2030, prospective des métiers et des qualifications*, 2022.

² Fédération hospitalière de France (FHF), *enquête sur la situation RH des établissements publics de santé et médicosociaux*, avril/mai 2022.

³ Ibid.

b) Une conséquence : l'envolée des dépenses d'intérim principalement portée par les personnels non médicaux

- Au sens strict, l'intérim consiste en **la mise à disposition d'un praticien salarié par une entreprise de travail temporaire** auprès d'un client utilisateur (article L. 1251-1 du code du travail), en l'espèce les établissements publics de santé et médicosociaux. Toute prestation d'intérim exige non seulement la conclusion d'un contrat de travail entre le praticien et l'entreprise d'intérim, qui est l'employeur direct, ainsi qu'un contrat de mise à disposition entre l'entreprise de travail temporaire et le client utilisateur.

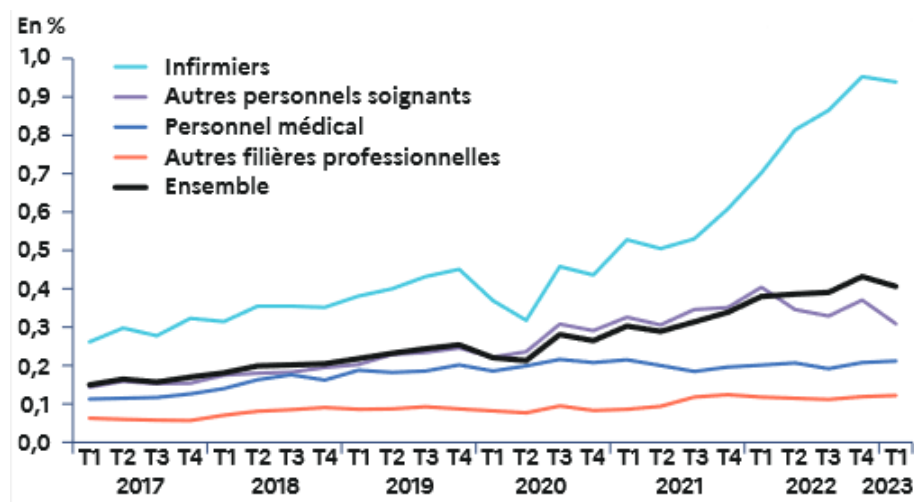
L'intérim n'est que l'une des formes que peut revêtir l'emploi temporaire dans les établissements publics de santé et médicosociaux. Il se distingue notamment :

- des prestations dites « de placement » ou de mise en relation telles que définies à l'article L. 1251-4 du code du travail ;

- des contrats de gré à gré directement conclus entre un établissement employeur et un praticien sans intermédiation.

- Si le recours aux prestations d'intérim n'a cessé de croître dans les établissements publics de santé et médicosociaux depuis 2017, le taux de recours à l'intérim y demeure limité. Entre 2017 et 2023, ce taux de recours est passé de 0,2 % à 0,4 % dans les établissements de santé publics et privés, toutes catégories d'effectifs confondues¹. Par comparaison, le recours à l'intérim s'établit à 1,7 % dans l'ensemble du secteur tertiaire.

Taux de recours des établissements de santé publics et privés à l'intérim



Source : Drees-Dares, Focus, n° 50, septembre 2023²

¹ A-L. Biotteau (Dares) et C. Dixte (Drees), « À l'hôpital, un taux de recours faible à l'intérim mais en nette hausse depuis six ans », n° 50, septembre 2023.

² Les taux de recours pour 2022 et 2023 reposent sur une estimation.

Néanmoins, cette augmentation notable est principalement portée par le recours aux infirmiers temporaires, en nette hausse à partir de 2021. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (Drees) et la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares), co-auteurs d'une publication sur l'intérim dans les établissements de santé publics et privés, relèvent ainsi qu'au 1^{er} trimestre 2023, **le taux de recours aux infirmiers intérimaires est trois fois supérieur à celui des autres catégories de personnels soignants**, et jusqu'à quatre fois supérieur à celui du personnel médical.

- **Entre 2014 et 2023, les dépenses en intérim ont été multipliées par six pour le personnel paramédical.** Elles s'élèvent à 462 millions d'euros pour les personnels paramédicaux des établissements publics de santé et à 50,6 millions d'euros dans les établissements publics sociaux et médico-sociaux¹. Parallèlement, les dépenses d'intérim du personnel médical progressaient de 160 %.

Certains acteurs hospitaliers évoquent des différentiels de rémunération variant en moyenne de 18 % à 40 % par rapport au coût du personnel titulaire ; plus significativement, des établissements mentionnent une rémunération des intérimaires jusqu'à 2,5 fois supérieure à celle d'un personnel titulaire, rapportée au coût horaire². Surtout, les directeurs hospitaliers alertent sur **l'inflation des frais de gestion pratiqués par les agences d'intérim, qui peuvent atteindre jusqu'à 3,6 fois le montant de la rémunération du professionnel**, pour les territoires et les professions les plus en tension³. **Cette pratique de facturation répandue abriterait des mécanismes de reversements complémentaires non réglementaires** au professionnel intérimaire par l'entreprise de travail temporaire.

- Il convient toutefois d'observer que ces données masquent **la réalité bien plus large du recours à l'emploi temporaire au sein des établissements publics de santé et médicosociaux.**

Le recours à des contrats de durée courte, voire très courte (24h, 48h), s'est en effet fortement développé pour le personnel médical, en s'accompagnant d'une hausse importante des rémunérations. Surtout, les conférences de directeurs et de présidents de CME décrivent un développement massif aux contrats dits de type 2, qui sont des contrats aux conditions de rémunération dérogatoires et particulièrement attractives. Le recours à ces contrats, normalement réservés aux spécialités en tension, s'est accru en l'absence de véritable régulation par les ARS. Cette situation

¹ Annexe 9 au PLFSS pour 2025.

² Réponses de la conférence des directeurs de centres hospitaliers au questionnaire transmis par la rapporteure.

³ Réponses de la conférence des directeurs des centres hospitaliers universitaires (CHU) au questionnaire transmis par la rapporteure.

induit des problématiques similaires à celles occasionnées par un recours trop peu encadré à l'intérim¹.

Concernant spécifiquement les personnels paramédicaux, la DGOS indique que le recours aux contrats est encore plus massif que pour les personnels médicaux et que ceux-ci revêtent des formes très variées, ce qui tendrait à complexifier leur encadrement.

c) Une situation qui fragilise les établissements dans leurs recrutements, leur activité et leurs finances

Alors que le recours à l'intérim a vocation à offrir une souplesse aux établissements pour pallier une difficulté de fonctionnement ponctuelle (absentéisme, congés, etc.), celui-ci s'est mué en **un mode de recrutement permanent pour une partie du secteur sanitaire et médicosocial public**. Ainsi que le relève la Cour des comptes, « lorsque le recours aux emplois temporaires est nécessaire pour assurer le fonctionnement courant, et non plus répondre à des situations conjoncturelles, il traduit une fragilité structurelle de l'hôpital et pèse lourdement sur sa situation financière »².

L'inflation des dépenses d'intérim – et plus largement, des dépenses de personnels temporaires ou non permanents – **pèse sur les budgets des établissements** compte tenu du coût moyen des prestations, globalement plus élevé que le coût moyen d'un personnel permanent, et de la progression constante de ce coût.

Par ailleurs, le phénomène de « *surenchère sur le marché de l'emploi* »³ qu'alimente l'intérim des professionnels soignants génère une concurrence délétère entre les personnels permanents d'une part et les personnels intérimaires et temporaires d'autre part, du fait d'une iniquité de leurs situations respectives. Ces derniers bénéficient en effet de conditions de rémunération et d'indemnisation plus attractives, qui excèdent les salaires moyens encadrés par les grilles indiciaires de la fonction publique hospitalière (*cf. encadré infra*). **Le recours croissant à l'intérim fragilise donc directement l'attractivité de l'emploi permanent dans les établissements publics du secteur sanitaire et médicosocial.**

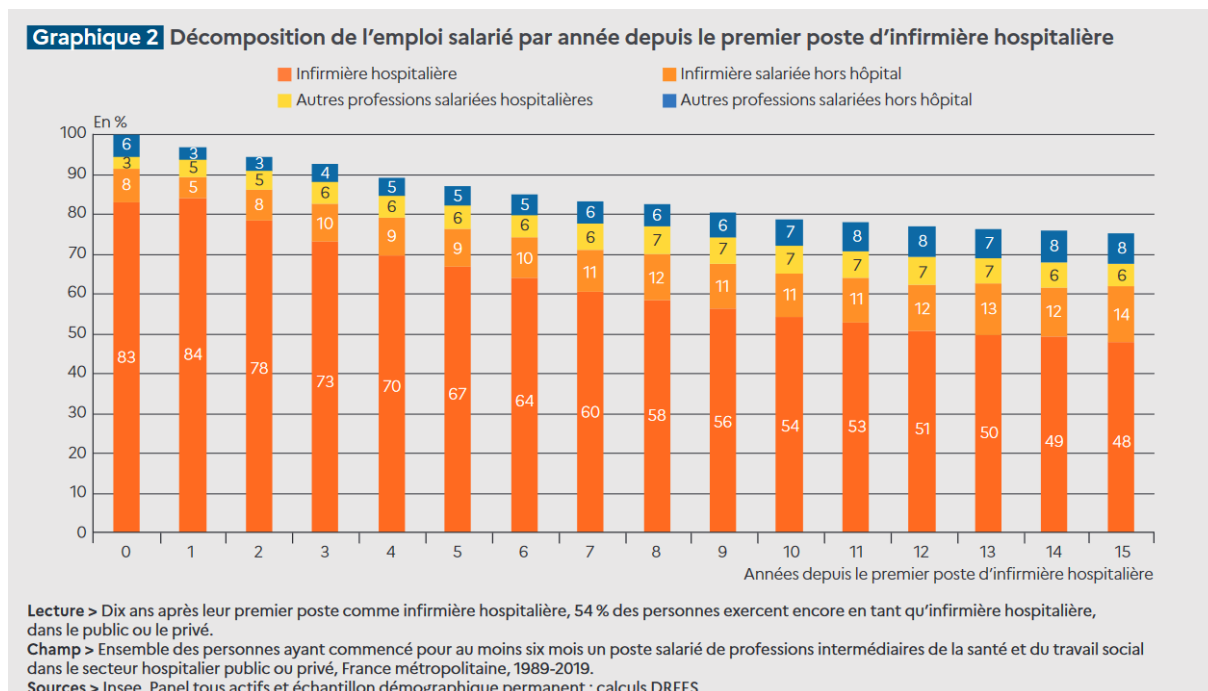
Enfin, **l'instabilité des équipes soignantes et la moindre attractivité dont peut pâtir le secteur public**, notamment en raison de la charge que représente la permanence des soins, principalement assurée par le secteur public, **ont un impact mécanique sur le capacitaire des établissements**. En 2022, près de 70 % des fermetures de lits à l'AP-HP étaient dues à

¹ Les emplois de praticiens contractuels et cliniciens ont ainsi progressé de 24 % entre 2017 et 2022 tandis que leurs rémunérations augmentaient en parallèle de 61 % : dans Cour des comptes, « Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics – Exercices 2017-2022 », relevé d'observations définitives.

² Cour des comptes, « Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics – Exercices 2017-2022 », relevé d'observations définitives.

³ Annexe 9 au PLFSS pour 2025.

un manque de personnels¹, avec une situation particulièrement critique pour les infirmiers. La crise sanitaire de la covid-19, éprouvante pour les soignants, semble avoir accentué ces difficultés. La problématique de fidélisation à laquelle font face les hôpitaux s'illustre dans un constat : **près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou a changé de métier après dix ans de carrière**².



Source : Drees, *Études et Résultats* n° 1277, juillet 2023

2. Les diverses mesures d'encadrement de l'intérim ont jusqu'à présent globalement échoué à réguler le phénomène

a) Une première tentative d'encadrement visant le plafonnement des dépenses d'intérim médical dans les établissements publics de santé (2016)

Dans la continuité du rapport réalisé par le député Olivier Véran ayant alerté sur les dérives constatées des pratiques intérimaires à l'hôpital public³, la **loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé** a instauré un premier cadre législatif visant à réguler les conditions de recours à l'intérim. L'article 136 de cette loi crée ainsi un dispositif de plafonnement journalier des dépenses susceptibles d'être engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire.

¹ Cour des comptes, *Rapport 2024 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, mai 2024, p. 291.

² Drees, *Études et Résultats* n°1277, juillet 2023.

³ *Rapport du député Olivier Véran, « Hôpital cherche médecins coûte que coûte, Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public », décembre 2013.*

Les textes réglementaires d'application de ces dispositions¹ prévoient quant à eux les modalités de ce plafonnement. Précisément, le plafond journalier du salaire brut d'un praticien intérimaire pour 24 heures de travail effectif est fixé à 1 410,69 euros bruts, hors remboursement d'éventuels frais professionnels refacturés par l'entreprise de travail temporaire à l'établissement public de santé².

En l'absence de contrôle effectif, **ce cadre législatif et réglementaire a pourtant échoué à endiguer l'inflation des dépenses d'intérim** et du montant des rémunérations des praticiens intérimaires. De nombreuses dérives (*cf.* encadré *infra*) et divers contournements des textes ont été documentés, la régulation étant demeurée essentiellement cosmétique.

Des dérives jugées préoccupantes par la Cour des comptes

Dans son relevé d'observations définitives consacrées à l'intérim médical et à la permanence des soins dans les hôpitaux publics, la Cour des comptes établit des constats inquiétants symptomatiques du déséquilibre persistant existant entre l'offre (ressources humaines médicales et, désormais, paramédicales) et la demande (établissements recruteurs) sur le marché de l'emploi des personnels soignants.

Les établissements, contraints d'assurer la continuité et la permanence des soins au titre de leur mission de service public, « *peuvent être conduits à consentir à de sensibles dépassements* » tout en étant « *conscients de l'illégalité et du caractère répréhensible du non-respect des plafonds réglementaires en termes de rémunération* ».

La Cour des comptes fait état de pratiques de rémunération allant jusqu'à 1 300 € bruts pour une plage de 24 heures en Auvergne-Rhône-Alpes et atteignant même 2 700 € bruts en Nouvelle-Aquitaine, soit bien au-delà des plafonds réglementaires – le montant plafond était en effet fixé à 1 287,05 € avant d'être réévalué par un arrêté du 6 novembre 2023 à 1 389,83 €.

Une campagne de contrôles comptables pilotée par la direction générale des finances publiques dans tous les hôpitaux de France en début d'année 2023 a établi le caractère largement répandu de ces pratiques irrégulières.

Les acteurs auditionnés par la rapporteure dans le cadre de l'examen du PLFSS pour 2025 ont indiqué que les pratiques de contournement du plafonnement du coût de l'intérim médical consistent notamment à déclarer une durée de travail supérieure à celle réellement effectuée, et à augmenter le montant des frais accessoires (transport, hébergement) et des frais de commission facturés par l'entreprise de travail temporaire, dont une part est ensuite rétrocédée à l'intérimaire.

¹ Décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé et arrêté du 24 novembre 2017 fixant le montant plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire.

² Ce plafond, initialement fixé à 1 170,04 euros bruts, a fait l'objet de revalorisations successives.

b) Une volonté de réguler les dérives de l'intérim médical et paramédical récemment réaffirmée par le législateur (2021)

• Compte tenu des dérives et contournements précités, la **loi « Rist » n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer la confiance dans le système de santé par la confiance et la simplification** a introduit de nouvelles dispositions dans le code de la santé publique¹ visant à assurer un contrôle effectif des rémunérations des praticiens temporaires.

Précisément, **le nouvel article L. 6146-4 renforce le contrôle exercé par le comptable public sur les établissements publics de santé** et crée un dispositif d'alerte du directeur général d'ARS compétent pour saisir le tribunal administratif lorsqu'il est informé de la conclusion d'actes irréguliers. En présence d'un acte manifestement irrégulier, il revient au comptable public de bloquer le mandat de paiement, dans l'attente de la régularisation de l'acte par l'ordonnateur, c'est-à-dire l'établissement employeur. Cette disposition législative exerce donc un « effet couperet » immédiat.

Dans un contexte post-crise où les établissements publics de santé ont souffert d'une accentuation des tensions sur les ressources humaines et d'une reprise d'activité entravée, **l'application de cette mesure s'est vue différée au mois de mars 2023**. Au terme d'un peu plus d'un an d'application, la DGOS indique qu'environ 1% des mandats de paiement portant sur des prestations d'intérim font actuellement l'objet d'un rejet par le comptable public.

• En outre, avec la **loi « Valletoux » n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels**, le législateur a fixé un cadre interdisant l'exercice des professionnels médicaux et non médicaux en qualité d'intérimaire en début de carrière². Les personnels non médicaux visés par ce dispositif sont les sages-femmes et l'ensemble des professionnels relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, notamment les infirmiers, les aides-soignants, les manipulateurs en électroradiologie et les techniciens de laboratoire médical. Les mêmes dispositions s'appliquent aux professionnels exerçant dans les établissements sociaux et médicosociaux du secteur public.

Un décret a récemment fixé la durée de cette interdiction à deux ans pour les personnels paramédicaux précités³ ; un autre décret doit être publié pour fixer la durée d'interdiction applicable aux personnels médicaux.

La charge de cette vérification repose sur l'entreprise de travail temporaire, qui atteste auprès de l'établissement bénéficiant de la prestation que la condition de durée minimale d'exercice préalable est bien remplie.

¹ Article 33 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

² Article 29 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

³ Décret n° 2024-583 du 24 juin 2024.

B. L'instauration d'un dispositif de plafonnement des dépenses d'intérim des personnels paramédicaux dans les établissements publics de santé et médicosociaux

1. Une mesure de plafonnement des dépenses d'intérim qui s'inspire des dispositions en vigueur pour les personnels médicaux

a) L'élargissement à l'intérim paramédical des dispositions relatives à l'intérim médical

L'article L. 6146-3 du code de la santé publique prévoit la possibilité pour les établissements publics de santé de recourir à des missions de travail temporaire dans les conditions prévues à l'article 9-3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, c'est-à-dire à **des prestations d'intérim** au sens strict, à l'exclusion des prestations de mise en relation et des contrats de gré à gré. L'article précité, désormais abrogé, renvoie en effet à l'article L. 1251-1 du code du travail selon lequel « *le recours au travail temporaire a pour objet la mise à disposition temporaire d'un salarié par une entreprise de travail temporaire au bénéfice d'un client utilisateur pour l'exécution d'une mission* ».

Les dispositions de cet article ont été introduites par la **loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé**, afin de reconnaître et **d'encadrer les conditions du recours à l'intérim médical** dans les établissements publics de santé, qui contribue à fragiliser l'organisation des équipes médicales et instaure une concurrence des rémunérations avec les personnels permanents de ces établissements.

• Le *a)* du 1° du I. du présent article propose donc **d'ouvrir le champ de ces dispositions aux personnels non médicaux** des établissements publics de santé. D'une part, dans un souci de précision, il substitue les termes « *des médecins, des odontologistes, des pharmaciens* » aux termes « *des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques* »¹ ; d'autre part, il y adjoint les mots « *des sages-femmes et des professionnels relevant du livre III de la quatrième partie du présent code* ». Ce faisant, **l'article propose d'élargir substantiellement le périmètre du premier alinéa de l'article L. 6146-3** puisque les personnels relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique sont les suivants : les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues, les ergothérapeutes et psychomotriciens, les orthophonistes et orthoptistes, les manipulateurs en électroradiologie et les techniciens de laboratoire médical, les audioprothésistes et opticiens-lunetiers, les diététiciens, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les ambulanciers, les assistants dentaires et les assistants de régulation médicale.

Par ailleurs, le même *a)* actualise la référence juridique figurant au premier alinéa de l'article L. 6146-3 précité en substituant l'article L. 334-3

¹ Les personnels médicaux recouvrent en effet les sages-femmes au sens du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique.

du code général de la fonction publique à celle de l'article 9-3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. L'ordonnance n° 2021-1574 du 24 novembre 2021 portant partie législative du code général de la fonction publique a en effet abrogé ce dernier article.

- Suivant la même logique, le 2° du présent article étend aux personnels non médicaux le champ des dispositions de l'article L. 6146-4 du code de la santé publique, actuellement restreint aux personnels médicaux, en substituant le terme de « *professionnel de santé* » à celui de « *praticien* », et en supprimant la référence à l'article L. 6152-1 du même code.

Ces modifications permettent ainsi de soumettre les prestations d'intérim du personnel paramédical au contrôle renforcé du comptable public.

b) L'adoption d'un dispositif harmonisé de plafonnement des dépenses d'intérim médical et paramédical

- Le b) du 1° du I. du présent article propose de modifier la rédaction du deuxième alinéa de l'article L. 6146-3 du code de la santé publique, qui pose le principe d'un plafonnement journalier des dépenses d'intérim pour le recours à un praticien en ces termes :

« Le montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées par praticien par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire prévue au premier alinéa du présent article ne peut excéder un plafond dont les conditions de détermination sont fixées par voie réglementaire. »

- La rédaction proposée par le présent article se distingue des dispositions actuellement en vigueur sur plusieurs points essentiels.

En premier lieu, il est fait référence aux conditions dans lesquelles les prestations d'intérim peuvent faire l'objet d'un plafonnement : tel est le cas « *Lorsqu'il existe une tension sur les ressources* ».

En deuxième lieu, la rédaction indique que cette tension sur les ressources doit se refléter dans le coût du personnel mis à disposition par une entreprise de travail temporaire rapporté au coût de l'emploi d'un professionnel permanent. De cette façon, elle suggère, sans pour autant l'indiquer clairement, qu'il doit exister **un différentiel non négligeable entre le coût d'un emploi permanent direct par l'établissement et celui de la mise à disposition par une entreprise de travail temporaire.**

En troisième lieu, la rédaction mentionne la possibilité de **tenir compte « des spécificités territoriales » pour la détermination du plafond** de dépenses. Cette précision suggère que des montants plafonds différents pourraient être fixés selon les territoires - sans que ne soit précisée l'unité géographique à laquelle est fait référence - eu égard aux caractéristiques propres à chacun. Pourtant, si l'on admet que les montants des prestations d'intérim peuvent être variables d'une région à une autre, les rémunérations versées aux personnels permanents des établissements, fixées en référence

à une grille indiciaire et, le cas échéant, à diverses indemnités, ne bénéficient pas de la même souplesse. On suppose donc que l'écart de rémunération entre un professionnel « permanent » et un intérimaire pourra être d'autant plus élevé que le territoire est en proie à d'importantes tensions sur les ressources humaines.

En quatrième lieu, une différence notable avec la rédaction actuelle tient au caractère apparemment conditionnel du dispositif. En effet, il est indiqué que le montant des dépenses « *peut être plafonné* » dans des conditions déterminées par voie réglementaire. Le nouveau dispositif semble donc aménager une marge de manœuvre au pouvoir réglementaire pour déterminer le montant plafond des dépenses susceptibles d'être engagées. Cette précaution peut être justifiée par le fait que toutes les catégories de professionnels précitées ne sont pas concernées, ou pas concernées au même titre, par le recours à l'intérim.

2. Une mesure dupliquée dans les établissements publics sociaux et médicosociaux

Par effet de miroir avec le code de la santé publique, il est proposé de **dupliquer les mêmes dispositions dans le code de l'action sociale et des familles** en rétablissant l'article L. 313-23-3. Celles-ci se verraient appliquées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant des 1°, 2°, 4°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, c'est-à-dire à titre principal les établissements agissant dans le champ de la protection de l'enfance et de l'aide sociale à l'enfance, l'accueil des mineurs et jeunes adultes handicapés, l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées.

Les personnels concernés sont ceux visés à l'article L. 313-23-4 du même code, créé par la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, dite loi Valletoux. Cet article a instauré une mesure d'interdiction de recours à l'intérim pour certains personnels avant que ceux-ci n'aient exercé dans un autre cadre pour une durée fixée à deux ans par décret. Ces personnels, visés également par la mesure du présent article, sont les suivants : les médecins, les infirmiers, les aides-soignants, les éducateurs spécialisés, les assistants de service social, les moniteurs-éducateurs et les accompagnants éducatifs et sociaux.

3. Une entrée en vigueur applicable aux contrats conclus à compter du 1^{er} juillet 2025

Le III du présent article indique que les dispositions s'appliquent aux contrats conclus à partir du 1^{er} juillet 2025. Ne sont donc pas concernés les contrats conclus avant cette date, même s'ils produisent leurs effets après le 1^{er} juillet 2025.

Cette modalité d'entrée en vigueur reprend celle ayant guidé l'application des dispositions de la loi « Rist » sur le contrôle comptable des dépenses d'intérim médical¹.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

- Le Gouvernement a transmis au Sénat cet article modifié par son amendement n° 2351, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale. Cet amendement permet d'étendre la mesure de plafonnement des rémunérations des personnels intérimaires aux préparateurs en pharmacie.

- **En première lecture, au Sénat, la commission a porté un amendement de réécriture de l'article (amendement n° 170)** afin d'en préciser la rédaction, notamment concernant le différentiel de coût entre un personnel intérimaire et un personnel permanent.

La rédaction initiale faisait référence à l'existence d'une tension sur les ressources humaines ; or, 80 % des établissements publics de santé déclarent faire face à des problématiques de recrutement de façon permanente et 19 % de façon ponctuelle. Cette précision rédactionnelle apparaissait donc superfétatoire. Surtout, la rédaction ne permettait pas de saisir avec suffisamment de netteté l'intention du législateur quant à l'existence d'un écart de rémunération substantiel justifiant un encadrement des tarifs de l'intérim. Elle a donc proposé de modifier la rédaction initiale pour que l'existence d'un différentiel significatif de rémunération entre un personnel intérimaire et un personnel permanent soit clairement inscrite dans le texte. Les conditions de détermination de ce différentiel sont renvoyées à un décret.

- Un amendement déposé par Mme Emilienne Poumirol et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain (**amendement n° 699**) ayant pour objet **d'étendre la liste des structures du secteur social et médico-social soumises au plafonnement des dépenses d'intérim** a également été adopté. Les structures visées comptent désormais les centres d'action médico-sociale précoce, ainsi que les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue d'assurer des prestations de soins et de suivi médical (3° et 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles).

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'adopter cet article sans modification.

¹ *Instruction ministérielle DGOS/RH5/PF1/DGFIP/2023/33 du 17 mars 2023 relative au contrôle des dépenses d'intérim médical dans les établissements publics de santé.*

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture préserve l'intégralité des modifications adoptées par le Sénat.

Il étend, en outre, le dispositif de plafonnement des dépenses d'intérim à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, c'est-à-dire notamment les foyers de jeunes travailleurs, les centres d'accueil pour demandeurs d'asile ou les services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées (alinéa 10). Ce faisant, il reprend le dispositif de **l'amendement n° 20** déposé par Jérôme Guedj et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission

- Malgré ses réserves sur la recevabilité de cette mesure dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, la commission, consciente des tensions aiguës rencontrées par les établissements publics de santé et médicosociaux dans les recrutements de personnels paramédicaux, a soutenu le principe et consolidé son dispositif.

- La commission rappelle que **l'encadrement des dépenses d'intérim dans les établissements publics de santé et médico-sociaux ne peut constituer qu'un remède insuffisant**, traitant les conséquences plutôt que les causes initiales d'une démographie professionnelle sous tension.

Le développement du recours à l'intérim et à de nouvelles formes d'emploi temporaire est symptomatique d'une démographie professionnelle sous tension et d'une moindre attractivité de l'exercice hospitalier. Les raisons de cette perte d'attractivité sont multiples : elles tiennent à la fois à la pénibilité particulière associée à l'exercice hospitalier, liée tant à la mission de permanence des soins qu'à la charge en soins que représentent les patients complexes, ainsi qu'à l'importance accordée à la possibilité de concilier les contraintes de la vie professionnelle avec la vie personnelle.

Or l'intérim est perçu comme un mode d'exercice offrant une grande liberté d'organisation de son temps de travail, outre les rémunérations avantageuses qu'il permet. Il en résulte une offre intérimaire parfois volatile, qui contribue à faire peser des risques sur la continuité des soins dans certains territoires.

- Si les acteurs soulignent la nécessité du recours à l'intérim, ils indiquent également qu'**un recours excessif à l'intérim dans certains services nuit à la qualité et à la sécurité des soins** dès lors que les professionnels intérimaires méconnaissent leur environnement de travail, les protocoles ainsi que l'équipe soignante à laquelle ils doivent s'intégrer

dans l'urgence. De plus, les établissements ne maîtrisent pas, en général, le profil des intérimaires auxquels ils recourent et dont les compétences seraient parfois aléatoires. Enfin et au global, **un recours prépondérant et régulier à l'intérim porte atteinte à la stabilité des équipes et des organisations.**

• Pour atteindre les objectifs que se fixe la présente mesure, la commission considère que l'encadrement de l'intérim devrait s'accompagner :

- d'une politique d'attractivité et de fidélisation vis-à-vis des personnels hospitaliers, qui intègre la valorisation des sujétions associées à une pénibilité particulière (travail de nuit et de week-end), l'organisation des plannings et d'une charge de travail soutenable, la construction de parcours de carrière et l'accès à la formation ;

- du renforcement des organisations permettant de mutualiser les ressources humaines et les lignes de permanence des soins à l'échelle territoriale ;

- d'une consolidation de la démographie des professionnels paramédicaux, ce qui implique d'augmenter les quotas de formation de certains professionnels tels que les infirmiers.

• **Ayant invité le Gouvernement à agir en ce sens, la commission propose d'adopter cet article sans modification.**

Article 19

Lutter contre les pénuries de produits de santé

Cet article vise à sécuriser l'approvisionnement des médicaments et améliorer l'anticipation et la gestion des ruptures, en étendant le champ d'application divers leviers d'épargne de médicaments, en permettant l'identification et la prise en charge de dispositifs médicaux alternatifs en cas de rupture, en renforçant les sanctions visant les exploitants ne respectant pas leurs obligations et en améliorant l'articulation entre le système de tarification classique et les procédures d'achat public de médicaments.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Les phénomènes de pénurie s'aggravent de manière constante et justifient la mise en place de dispositifs visant à les juguler

1. L'aggravation des phénomènes de pénurie de médicaments

• Les pénuries et tensions d'approvisionnement en médicaments constituent un **phénomène complexe, mondial et en constante aggravation,**

alimenté par de nombreux facteurs structurels. Parmi eux, une commission d'enquête sénatoriale¹ identifiait récemment :

- la **rapide augmentation de la demande mondiale**, solvabilisée de manière croissante par la mise en place et le renforcement des systèmes de protection sociale nationaux² ;

- la **fragmentation industrielle et géographique** du secteur, portée par le recours croissant des laboratoires à la sous-traitance d'étapes de fabrication, singulièrement pour les produits matures peu rentables³ ;

- la **production en flux tendu**, rendant l'approvisionnement sensible à des incidents industriels pourtant fréquents et imprévisibles⁴ ;

- les **choix stratégiques de certains laboratoires**, privilégiant les produits innovants et onéreux au détriment de produits matures moins avantageusement tarifés⁵, illustrés récemment par les débats entourant une possible vente du laboratoire Biogaran par Servier⁶ ou de la filiale Opella par Sanofi⁷.

• Face à l'aggravation des difficultés d'approvisionnement, les pouvoirs publics ont cherché ces dernières années à mieux appréhender les **phénomènes de pénurie de médicaments**.

Depuis l'intervention d'un décret de septembre 2012⁸ et, au niveau législatif, de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024, les **ruptures d'approvisionnement** sont définies dans le code de la santé publique. Elles correspondent à l'incapacité pour une pharmacie d'officine ou une pharmacie à usage intérieur de **dispenser un médicament à un patient dans un délai de 72 heures**⁹, qui peut être réduit à l'initiative du pharmacien lorsque la poursuite optimale du traitement l'impose¹⁰.

¹ Rapport n° 828 (2022-2023) « Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède », tome I, déposé le 4 juillet 2023.

² Ibid., pp. 83 à 85 : entre 2012 et 2022, la consommation mondiale de médicaments a augmenté de plus de 36 %.

³ Ibid., pp. 76 à 83.

⁴ Ibid., p. 88.

⁵ Ibid., pp. 100 à 109.

⁶ Voir notamment Philippe Mouiller, « Biogaran : une perte de souveraineté sanitaire », *Les Échos*, 30 juillet 2024.

⁷ Le directeur général de Sanofi déclarait récemment au journal *Le Monde* « Sanofi ambitionne de devenir un pure player de la biopharmacie », dans *Le Monde*, « Vente du Doliprane : "Sanofi et l'État ont tous deux fait des compromis" », 22 octobre 2024.

⁸ Décret n° 2012-1096 du 28 septembre 2012 relatif à l'approvisionnement en médicaments à usage humain.

⁹ Article R. 5124-49-1 du code de la santé publique.

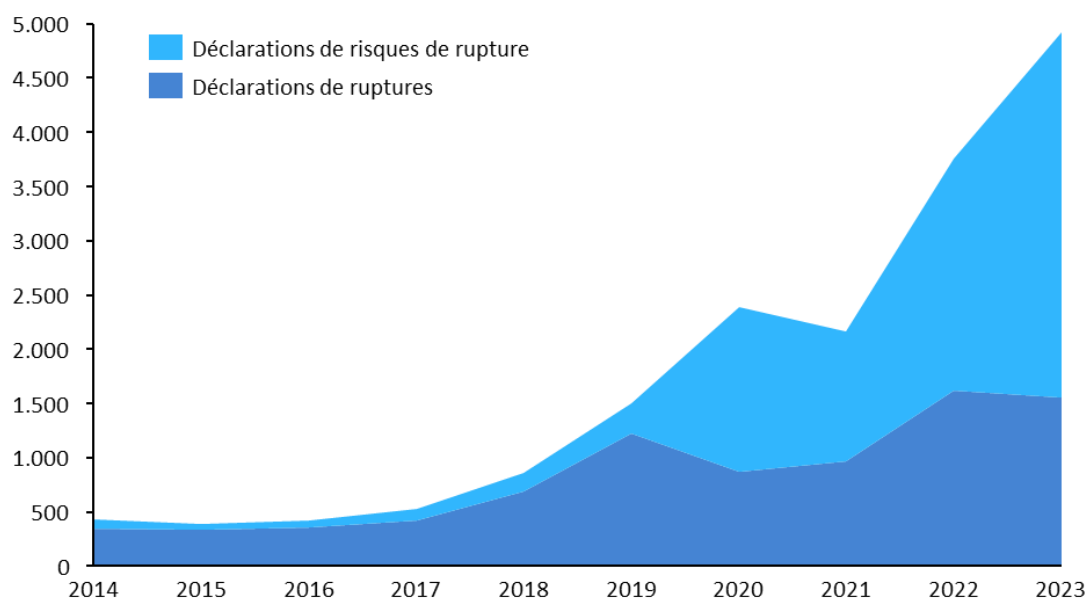
¹⁰ Article L. 5121-29 du code de la santé publique.

Ces ruptures d'approvisionnement peuvent être imputables à une **rupture de stock**, laquelle est définie comme l'impossibilité de fabriquer ou d'exploiter un médicament¹.

Les **obligations déclaratives des exploitants** ont, également, progressivement été renforcées. La loi de modernisation de notre système de santé de 2016² a, ainsi, fait obligation aux industriels de déclarer à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) tout risque de rupture et toute rupture de stock sur les médicaments qu'ils exploitent. La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) de 2019³ a renforcé cette obligation en précisant que les exploitants doivent procéder à cette déclaration dès qu'ils ont connaissance de tels risques⁴.

• Le nombre de ruptures de stock et de risques de rupture déclarés par les exploitants à l'ANSM a **fortement augmenté ces dernières années**. En 2023, 4 925 déclarations ont ainsi été adressées à l'ANSM, dont 1 555 pour des ruptures de stock et 3 370 pour des risques de rupture. Le nombre total de déclarations réalisées a été multiplié par près de 2,3 depuis 2021 et près de 3,3 depuis 2019.

Nombre de ruptures de stock et de risques de rupture déclarés à l'ANSM par les exploitants (2014-2023)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données publiées par l'ANSM

¹ Article R. 5124-49-1 du code de la sécurité sociale.

² Article 151 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

³ Article 48 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

⁴ Article L. 5121-32 du code de la santé publique.

Les ruptures et risques de rupture recensés **touchent l'ensemble des quatorze classes thérapeutiques** distinguées par la nomenclature anatomique, thérapeutique et chimique (dite « classification ATC »). D'après l'ANSM, concentrent toutefois le plus fort nombre de difficultés déclarées les médicaments :

- du système cardio-vasculaire (1 430 déclarations en 2023) ;
- du système nerveux (1 086 déclarations en 2023) ;
- anti-infectieux à usage systémique (679 déclarations en 2023)¹.

Les difficultés d'approvisionnement **concernent, enfin, majoritairement des produits matures**. Selon la commission d'enquête sénatoriale relative à la pénurie de médicaments et aux choix de l'industrie pharmaceutique française, entre 60 % et 70 % des déclarations de rupture visent des médicaments dont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) a été octroyée il y a plus de dix ans². Les causes les plus fréquemment mises en avant tiennent à des capacités de production insuffisante, aux augmentations conjoncturelles de la demande et au défaut d'approvisionnement en matière première³.

2. Le renforcement des obligations des exploitants et distributeurs

Pour juguler les phénomènes de pénurie, les contraintes légales et réglementaires imposées aux exploitants et aux distributeurs ont progressivement été renforcées. Pour l'essentiel, celles-ci sont concentrées sur les **médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM)**, que la loi « santé » de 2016⁴ a définis comme étant ceux pour lesquels une interruption de traitement :

- est susceptible de mettre en jeu le pronostic vital des patients à court ou moyen terme ;

- ou représente une perte de chance importante pour les patients au regard de la gravité ou du potentiel évolutif de la maladie⁵.

• Les exploitants ont, d'abord, été **responsabilisés de manière croissante dans l'anticipation et la gestion des ruptures**.

En matière d'**anticipation**, les industriels sont, depuis la LFSS pour 2020⁶, tenus d'établir et d'actualiser un **plan de gestion des pénuries**

¹ Ces données sont disponibles sur la plateforme de consultation mise à disposition par l'ANSM : <https://data.ansm.sante.fr/ruptures>.

² Rapport n° 828 (2022-2023) « Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède », tome I, déposé le 4 juillet 2023, p. 105.

³ Données disponibles sur la plateforme de l'ANSM précitée.

⁴ Article 151 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁵ Article L. 5111-4 du code de la santé publique.

⁶ Article 48 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(PGP) pour chacun des MITM qu'ils exploitent¹. Ces derniers doivent, notamment, tenir compte des risques relatifs au cycle de fabrication et de distribution de la spécialité concernée et identifier les médicaments susceptibles de constituer une alternative thérapeutique. Ils peuvent prévoir d'autres sites de fabrication de matières premières, de formulation ou de conditionnement².

Par ailleurs, les industriels sont également appelés à permettre une **meilleure gestion des périodes de tension**. Ils sont tenus de disposer de centres d'appel d'urgence permanents accessibles aux pharmaciens³ et de mettre en œuvre, en situation de rupture et en lien avec l'ANSM, les mesures prévues par les PGP transmis⁴.

Surtout, la LFSS pour 2020⁵ a contraint les industriels à constituer un **stock de sécurité destiné au marché national**, destiné à être exploité dans les périodes de tension pour laisser aux acteurs le temps de mettre en œuvre les mesures de résolution appropriées. Ces stocks doivent correspondre à au moins deux mois de couverture des besoins pour les MITM et une semaine pour les médicaments ne relevant pas de cette catégorie. Pour les MITM ayant fait l'objet de risques de rupture ou de ruptures réguliers dans les deux années civiles précédentes, le directeur général de l'ANSM peut augmenter le stock de sécurité obligatoire, jusqu'à quatre mois de couverture des besoins⁶.

• Les **obligations des grossistes-répartiteurs** ont également été renforcées.

La loi « Médicaments » de 2011⁷, précisée par un décret de septembre 2012⁸, leur a ainsi imposé de respecter les **obligations de service public suivantes** :

- disposer d'un assortiment de médicaments comportant au moins neuf dixièmes des présentations commercialisées en France ;

- livrer toute commande dans les 24 heures au sein de leurs territoires respectifs de répartition ;

- être en mesure de satisfaire la consommation de sa clientèle habituelle durant au moins deux semaines et à tout moment, à l'exception des samedis après 14h, dimanches et jours fériés ;

¹ Article L. 5121-31 du code de la santé publique.

² Article R. 5124-49-5 du code de la santé publique.

³ Article R. 5124-49-1 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 5121-32 du code de la santé publique.

⁵ Article 48 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

⁶ Article R. 5124-49-4 du code de la santé publique.

⁷ Article 47 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

⁸ Décret n° 2012-1096 du 28 septembre 2012 relatif à l'approvisionnement en médicaments à usage humain.

- participer, le samedi après 14h, le dimanche et les jours fériés, à un système d'astreinte inter-entreprises destiné à répondre aux éventuels besoins urgents signalés par les pharmaciens d'officine de garde ou le préfet¹.

Depuis 2016, la loi interdit, enfin, aux grossistes-répartiteurs **d'exporter des MITM pour lesquels une rupture ou un risque de rupture a été mis en évidence** et qui figurent, en conséquence, sur une liste établie par l'ANSM². Ils ne sont, par ailleurs, autorisés à exporter les autres médicaments que dans la mesure où ils ont rempli leurs obligations de service public³.

• La commission d'enquête sénatoriale précitée a toutefois souligné que **ces obligations demeuraient inégalement appliquées**.

La **qualité des PGP** transmis est, selon l'ANSM elle-même et d'après les contrôles réalisés par la commission d'enquête, varie fortement d'un exploitant à l'autre⁴.

Si l'ANSM dispose d'un pouvoir de sanction financière introduit par la loi « Médicaments » et progressivement renforcé depuis, susceptible de s'appliquer aux exploitants ne respectant pas les obligations prévues⁵, **ces sanctions demeuraient, jusqu'à 2022, peu utilisées**. Elles n'ont concerné, entre 2018 et 2022 que des manquements à l'obligation de déclaration d'une rupture ou d'un risque de rupture⁶.

Toutefois, **le nombre et le montant des sanctions proposées par l'ANSM ont fortement augmenté depuis deux ans**. Six sanctions ont été prononcées par l'ANSM en 2023, dont trois ont concerné des manquements aux obligations relatives à la constitution d'un stock de sécurité, pour un montant total de près de 560 000 euros. En 2024, l'ANSM a par ailleurs d'ores et déjà prononcé 36 sanctions, dont 33 concernaient des manquements à l'obligation de constitution d'un stock renforcé de quatre mois et une concernait l'obligation d'établir un PGP, pour un montant total de plus de 8,25 millions d'euros.

¹ Article R. 5124-59 du code de la santé publique.

² Article L. 5121-30 du code de la santé publique.

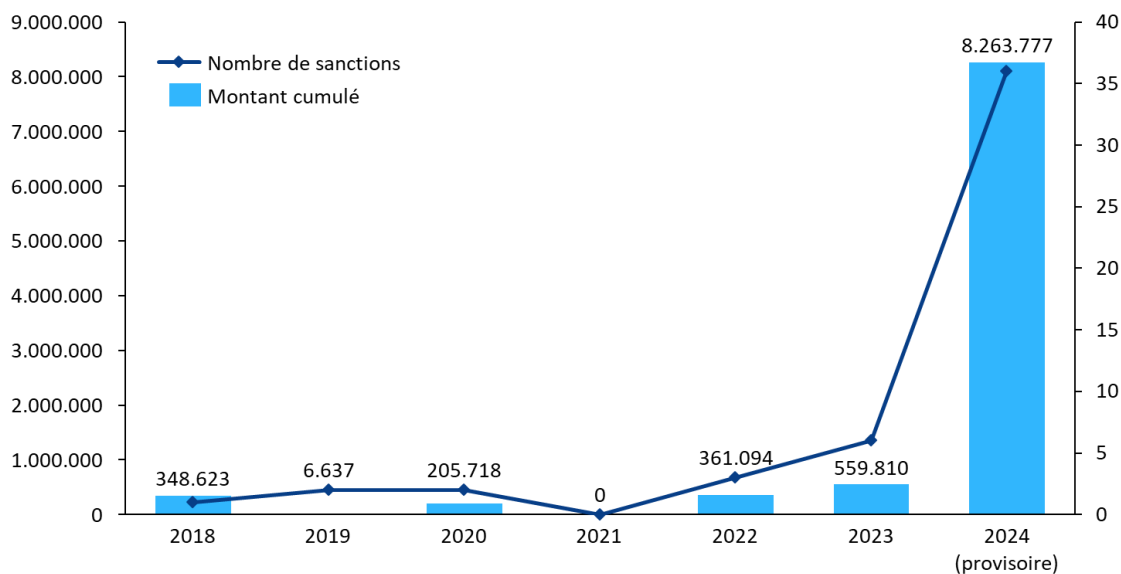
³ Article L. 5124-17-3 du code de la santé publique.

⁴ Rapport n° 828 (2022-2023) « Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède », op. cit., pp. 115 et 127 à 129.

⁵ Article L. 5121-9 du code de la santé publique.

⁶ Rapport n° 828 (2022-2023) « Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède », op. cit., pp. 116 à 118.

Nombre et montant des sanctions financières prononcées par l'ANSM (2018-2024)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données publiées par l'ANSM

3. Les mesures prises par l'ANSM et les efforts de maîtrise des prescriptions et des dispensations

Indépendamment des obligations imposées aux exploitants et distributeurs, les pouvoirs publics ont pris des **mesures ces dernières années visant à mieux gérer ou prévenir les phénomènes de pénurie**.

- Plusieurs évolutions législatives et réglementaires ont d'abord visé à **mieux maîtriser le volume des prescriptions ou améliorer la gestion des pénuries**.

Pour maîtriser les prescriptions d'antibiotiques, encore importantes en France, la **réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique (Trod)** par les pharmaciens et d'autres professionnels de santé a, ainsi, été permise par un arrêté de 2016¹ et progressivement encouragée. La LFSS pour 2020 a, ainsi, créé le dispositif des **ordonnances conditionnelles**², permettant au prescripteur de conditionner la délivrance de certains médicaments à la réalisation de tests et à l'obtention de résultats déterminés. La LFSS pour 2024³ a, par ailleurs, permis aux pharmaciens de délivrer sans ordonnance certains médicaments après réalisation d'un Trod⁴.

¹ Arrêté du 1^{er} août 2016 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques modifié.

² Article L. 5121-12-1-1 du code de la santé publique.

³ Article 52 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

⁴ Article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique.

D'autres mesures ont visé à favoriser la **dispensation de médicaments alternatifs en cas de rupture**. La loi « santé » de 2016 a, ainsi, permis à l'ANSM d'autoriser les pharmacies d'officine à dispenser des médicaments disposant d'une autorisation d'importation de l'ANSM en situation de rupture d'un MITM¹. La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de 2019 a, par ailleurs, autorisé les pharmaciens, en cas de rupture ou de risque de rupture de stock, à remplacer un MITM prescrit par un autre médicament conformément à une recommandation établie par l'ANSM et publiée sur son site internet².

La loi de 2020 relative à la lutte contre le gaspillage et à l'économie circulaire a, en outre, permis la **délivrance à l'unité** de certains médicaments en officine, lorsque leur forme le permet³.

La LFSS pour 2024 a, enfin, entendu renforcer les leviers d'épargne de médicaments en permettant au ministre chargé de la santé, en cas de rupture d'approvisionnement, de rendre obligatoire par arrêté le recours à l'ordonnance de dispensation conditionnelle ou la délivrance de médicaments à l'unité. Ces mesures doivent prendre fin sans délai lorsqu'elles ne sont plus nécessaires⁴.

• **L'ANSM est amenée, par ailleurs, à intervenir directement lorsqu'une rupture ou un risque de rupture lui est signalé** sur un MITM, en tenant compte du PGP transmis par l'exploitant.

L'Agence indique ainsi qu'en 2023, **47,5 % des déclarations** de rupture ou de risque de rupture reçues **ont donné lieu à au moins une mesure de gestion de pénurie**⁵. Plus de 90 % des mesures prises ont consisté en :

- la mise en œuvre d'un **contingement quantitatif**, soit d'une distribution en quantité limitée pour maintenir une livraison continue et équitable des stocks disponibles ;

- la constitution d'un **stock de dépannage**, permettant de répondre à d'éventuels besoins urgents.

¹ Article L. 5121-33 du code de la santé publique.

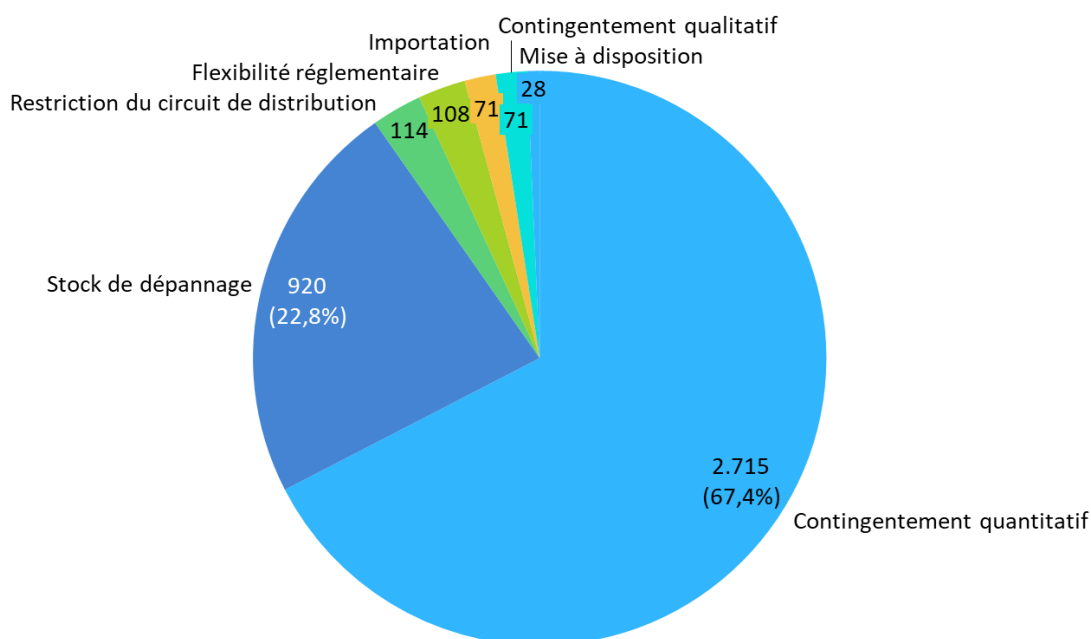
² Article L. 5121-12-1-1 du code de la santé publique.

³ Article L. 5123-8 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 5121-33-1 du code de la santé publique.

⁵ Soit 2 341 déclarations ayant donné lieu à au moins une mesure sur 4 925 déclarations reçues. Ces données sont disponibles sur la plateforme précitée : <https://data.ansm.sante.fr/ruptures>.

Mesures prises par l'ANSM en 2023 suite à des déclarations de rupture ou de risque de rupture



Source : commission des affaires sociales, d'après des données publiées par l'ANSM

La LFSS pour 2024 a renforcé et sécurisé juridiquement les capacités d'action de l'ANSM, en prévoyant qu'en cas de rupture ou de risque de rupture d'un MITM ou d'un vaccin, son directeur général peut, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, prendre les mesures de police sanitaire nécessaires pour garantir un approvisionnement approprié et continu¹.

4. La situation des dispositifs médicaux

- Des **difficultés d'approvisionnement** sont également observées dans le secteur, très hétérogène, des dispositifs médicaux.

Selon l'ANSM, auditionnée par la rapporteure, 104 signalements de rupture auraient été recensés, ainsi, en 2022, 116 en 2023 et 96 dans les dix premiers mois de l'année 2024².

Un rapport de la commission des affaires sociales du Sénat constatait, par ailleurs, en 2022, que « ces ruptures concerneraient une grande variété de dispositifs, des consommables (électrodes de défibrillation, consommable de pompe à perfusion) aux dispositifs implantables (assistance circulatoire mécanique, prothèses vasculaires). En l'absence de procédure de déclaration, par les opérateurs, des risques de pénurie, l'ANSM n'est pas toujours en mesure d'identifier en amont ni de résoudre ces difficultés »³.

¹ Article L. 5121-33-3 du code de la santé publique.

² Réponses écrites de l'ANSM au questionnaire transmis par la rapporteure.

³ Rapport n° 186 (2022-2023) de Pascale Gruny, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 7 décembre 2022, p. 82.

- Si l'encadrement légal et réglementaire de l'approvisionnement en médicaments a progressivement été enrichi ces dernières années, il demeure en revanche **lacunaire dans le secteur des dispositifs médicaux**.

Des dispositions ont été adoptées dans la loi de 2023 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne, qui demeurent toutefois **largement inappliquées**. Celles-ci faisaient obligation aux opérateurs identifiant un risque de rupture sur des dispositifs médicaux indispensables de mettre en œuvre les mesures nécessaires pour éviter sa réalisation et, dans le cas où celles-ci se révéleraient insuffisantes, d'informer l'ANSM de l'existence de ce risque, sous peine de sanction financière¹.

Les actes réglementaires nécessaires à l'application de ces dispositions n'ont toutefois pas encore été publiés et le Gouvernement met en avant, pour le justifier, un risque d'incompatibilité avec le droit de l'Union européenne².

B. L'article 19 vise à sécuriser l'approvisionnement en médicaments

1. L'extension de dispositifs d'épargne de médicaments

Le **1° du I de l'article 19** modifie l'article L. 5121-33-1 du code de la santé publique pour permettre de recourir, en cas de rupture d'approvisionnement ou afin de préserver la disponibilité des médicaments dont la demande fait l'objet de variations saisonnières, à deux dispositifs d'épargne de médicaments créés par la LFSS pour 2024 et limités jusque-là aux situations de rupture. Le ministre chargé de la santé pourra désormais, dans ces situations, rendre obligatoire par arrêté le recours à l'ordonnance de dispensation conditionnelle ou la délivrance de médicaments à l'unité.

Le **2° du I** étend, par ailleurs, la faculté de substitution, par le pharmacien d'officine, d'un MITM conformément à une recommandation établie par l'ANSM, jusque-là limitée aux situations de rupture. Désormais, les pharmaciens pourront procéder à de telles substitutions lorsqu'un simple risque de rupture a été mis en évidence ou déclaré.

Selon la fiche d'évaluation préalable annexée au projet de loi, l'objectif est de mieux « *anticiper une éventuelle rupture sèche en remplaçant par un autre produit, toujours sur la base d'une recommandation de l'ANSM* ». Le Gouvernement indique également attendre de la délivrance à l'unité d'amoxicilline et amoxicilline - acide clavulanique une économie d'environ 6 millions d'euros, correspondant aux médicaments inutilement dispensés à la boîte³.

¹ Article L. 5211-5-1 du code de la santé publique.

² Rapport d'information n° 624 (2023-2024) de Sylvie Vermeillet sur le bilan de l'application des lois au 31 mars 2024, déposé le 22 mai 2024, p. 266.

³ Annexe n° 9 « Fiches d'évaluation préalable du projet de loi », pp. 109 et 111.

2. L'identification et la prise en charge de dispositifs médicaux alternatifs en cas de rupture

Le 3° du I, complète le titre I^{er} du livre II de la cinquième partie du code de la santé publique, par un nouveau chapitre relatif à la lutte contre les ruptures d'approvisionnement de dispositifs médicaux composé d'un nouvel article L. 5215-1.

Celui-ci prévoit que, lorsque l'interruption ou la cessation attendue de la fourniture d'un dispositif médical inscrit sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) est susceptible d'entraîner un préjudice grave ou un risque de préjudice grave pour les patients ou la santé publique, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent déterminer par arrêté, pris sur proposition de l'ANSM, les dispositifs médicaux alternatifs et les indications correspondantes ainsi que les conditions dérogatoires de leur prise en charge par l'assurance maladie.

Lorsqu'un dispositif médical alternatif n'est pas inscrit sur la LPPR et qu'il n'existe aucune alternative disponible qui soit prise en charge par l'assurance maladie, son exploitant peut bénéficier d'une prise en charge dérogatoire temporaire dans la limite du tarif de prise en charge du dispositif indisponible. Cette prise en charge est accordée pour une durée maximale d'un an. Le dispositif doit être mis sur le marché conformément à la réglementation européenne applicable ou bénéficier d'une autorisation de l'ANSM.

Un arrêté ministériel peut modifier les **conditions d'octroi, de distribution et de facturation** des dispositifs concernés. Les modalités de la prise en charge dérogatoire temporaire sont, par ailleurs, définies par un décret en Conseil d'État.

3. Le renforcement des sanctions visant les exploitants

L'article 19 vise, en outre, à renforcer les sanctions applicables aux exploitants qui ne respecteraient pas leurs obligations en matière de sécurisation de l'approvisionnement.

- Le **a) du 4° du I**, d'abord, porte, d'abord, les astreintes pouvant être assorties à une sanction de l'ANSM, tant que l'exploitant ne s'est pas conformé à ses prescriptions, de 30 % à 50 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré. Il rend, par ailleurs, cette astreinte supérieure au droit commun applicable à deux nouveaux manquements :

- le fait, pour l'exploitant qui cesse la fabrication d'un MITM ne faisant plus l'objet d'une protection au titre des droits de la propriété intellectuelle ou industrielle, quand l'ANSM l'informe que les alternatives disponibles ne permettent pas de couvrir le besoin de manière pérenne,

de ne pas rechercher activement une autre entreprise pour assurer la reprise effective de l'exploitation du médicament¹ ;

- le fait, pour l'exploitant d'un MITM ou d'un vaccin, de ne pas mettre en œuvre les mesures de police sanitaire prises, en cas de rupture ou de risque de rupture, par le directeur général de l'ANSM².

• Le **b) du 4° du I** porte le montant des sanctions pouvant être prononcées par l'ANSM de 30 % à 50 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos pour le produit ou le groupe de produits concernés. Il porte également le plafond de cette sanction d'un million à cinq millions d'euros pour une personne morale.

Il rend également cette sanction applicable à de nouveaux manquements en matière de publicité auprès du public, notamment pour un médicament soumis à prescription médicale, remboursable, ou dont l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement l'interdit³.

• Enfin, le **c) du 4°** modifie le IV de l'article L. 5471-1 du code de la santé publique, pour autoriser l'ANSM à publier les décisions de sanction financière prononcées sur son site internet, pour une période d'un an à compter de leur publication. Il précise toutefois que cette durée de publication peut être réduite par l'ANSM dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.

Jusqu'à-là, les sanctions financières ne pouvaient être publiées sur le site internet de l'ANSM que pendant un mois ou, le cas échéant, jusqu'à la régularisation de la situation⁴.

La fiche d'évaluation préalable annexée au projet de loi précise que ces mesures d'aggravation des sanctions financières, qui visent à « *en renforcer le caractère dissuasif* » devront toutefois être articulées « *avec la formalisation d'une doctrine sur les sanctions* »⁵.

4. L'amélioration de l'articulation entre le système de tarification classique et les procédures d'achat public de médicaments

Enfin, le **II de l'article 19** vise à mieux articuler le système de tarification classique des médicaments et les procédures d'achat public.

Pour ce faire, le **1° du II** modifie l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, pour prévoir que la fixation du prix de vente au public des médicaments inscrits sur la liste des médicaments remboursables dispensés en ville tient compte du prix ou du tarif du médicament, déduction

¹ II de l'article L. 5124-6 du code de la santé publique.

² Article L. 5121-33-3 du code de la santé publique.

³ Manquements listés à l'article L. 5422-18 du code de la santé publique.

⁴ Article R. 5312-2 du code de la santé publique.

⁵ Annexe n° 9 « Fiches d'évaluation préalable du projet de loi », p. 110.

faite des différentes remises ou taxes en vigueur, fixé dans le cadre d'un achat national par Santé publique France¹ ou d'un achat conjoint européen².

Le 2° du II insère, dans le code de la sécurité sociale, un nouvel article L. 162-19-2 prévoyant que, lorsqu'une spécialité pharmaceutique est acquise par Santé publique France ou dans le cadre d'un achat conjoint européen pour répondre à un besoin de santé publique et mise à la disposition des patients en vue de son administration, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent suspendre les procédures d'inscription au remboursement et de tarification pour cette spécialité et l'ensemble des spécialités comparables ou à même visée thérapeutique, pour une durée ne pouvant excéder l'épuisement du stock acquis, dans la limite de deux ans.

Dans la fiche d'évaluation préalable annexée au projet de loi, le Gouvernement indique que cette suspension permettrait « *d'éviter la coexistence de deux régimes concurrents d'accès aux spécialités et le risque de double paiement pour l'assurance maladie* »³.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

1. Le texte transmis au Sénat

Le Gouvernement a transmis cet article au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

2. Les modifications adoptées par le Sénat

En première lecture, le Sénat a adopté six amendements à l'article 19.

Pour favoriser la libération des stocks préalablement constitués en période de tension d'approvisionnement et sécuriser juridiquement les industriels contraints d'y procéder, le Sénat a adopté, d'abord, un **amendement n° 171 de la commission**. Celui-ci prévoit que le décret relatif aux stocks de sécurité fixe également les conditions dans lesquelles ces derniers sont utilisés, en cas de rupture ou de risque de rupture d'approvisionnement, pour assurer un approvisionnement approprié et continu du marché national.

Le Sénat a également adopté un **amendement n° 1368 du Gouvernement** permettant au directeur général de l'ANSM, dans des conditions définies par décret, d'autoriser un exploitant à constituer un stock de sécurité d'un niveau inférieur lorsque les niveaux de stock apparaissent incompatibles avec l'approvisionnement approprié et continu du marché national.

¹ Article L. 1413-4 du code de la santé publique.

² Règlement (UE) 2022/2371 du Parlement européen et du Conseil du 23 novembre 2022 concernant les menaces transfrontières graves pour la santé et abrogeant la décision n° 1082/2013/UE.

³ Annexe n° 9 « Fiches d'évaluation préalable du projet de loi », p. 110.

Le Sénat a, en outre, adopté un **amendement n° 690 d'Emilienne Poumirol** et ses collègues membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, permettant au directeur général de l'ANSM d'imposer la constitution d'un stock de sécurité supérieur à quatre mois pour les MITM à risque de rupture, sans excéder six mois de couverture des besoins.

Compte tenu de la grande hétérogénéité des PGP produits par les exploitants et afin de mieux hiérarchiser les attentes en matière de formalisation de ces documents en fonction du risque observé, le Sénat a également adopté un **amendement n° 172 de la commission**. Celui-ci prévoit qu'un décret en Conseil d'État fixe, d'une part, le contenu, les conditions d'élaboration et d'actualisation des PGP et, d'autre part, les conditions dans lesquelles le directeur général de l'ANSM peut soumettre à des exigences renforcées les médicaments qui font l'objet de risques de ruptures ou de ruptures de stock réguliers. Cette mesure répond à une recommandation de la commission d'enquête sénatoriale de 2023 relative à la pénurie de médicaments.

À l'initiative de la commission, le Sénat a adopté un **amendement n° 173** visant à revenir sur l'extension, portée par le présent article, du périmètre dans lequel le ministre peut rendre obligatoire la dispensation à l'unité. Cette dernière n'est pas applicable aux traitements chroniques, ni aux formes galéniques concentrant les plus grandes difficultés d'approvisionnement, et ne constitue donc que rarement un outil efficace contre les ruptures.

Enfin, le Sénat a adopté un **amendement n° 1 327 du Gouvernement**. S'inspirant de l'organisation retenue lors de la crise sanitaire, celui-ci permet de fixer par arrêté une indemnité versée par la Cnam au titre de la répartition pharmaceutique et des médicaments acquis par procédure d'achat public.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'adopter cet article dans sa **rédaction issue du Sénat**, sous réserve de corrections rédactionnelles, d'une modification de coordination juridique et de deux propositions de rédaction portant des modifications de fond.

La première proposition de rédaction vise à renforcer la prise en compte par le Comité économique des produits de santé (CEPS) du critère industriel tenant au lieu de production des médicaments dans la procédure de fixation de leur prix. Elle reprend un amendement déposé par Yannick Neuder, alors le rapporteur général, en première lecture.

La seconde proposition de rédaction vise à mieux articuler les dispositions insérées à l'article 19 par les amendements n° 171 de la commission et n° 1 368 du Gouvernement, adoptés par le Sénat. Elle prévoit que le décret en Conseil d'État relatif aux stocks de sécurité fixe également les conditions dans lesquelles le directeur général de l'ANSM peut, afin de favoriser un approvisionnement approprié et continu du marché national,

autoriser un exploitant à constituer temporairement un stock de sécurité d'un niveau inférieur à celui normalement applicable à sa spécialité.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend treize amendements du rapporteur général, apportant à l'article 19 les deux modifications de fond proposées par la commission mixte paritaire et des modifications rédactionnelles.

Il reprend, par ailleurs, un **amendement n° 621** de Nathalie Colin-Oesterlé et un **amendement identique n° 934** de Nicolas Turquois, qui suppriment de l'article 19 l'amendement n° 690 adopté par le Sénat, permettant au directeur général de l'ANSM d'imposer un stock de sécurité allant jusqu'à six mois de couverture des besoins.

III - La position de la commission

La commission a **favorablement accueilli ces dispositions**, reprenant la plupart des apports du Sénat.

Elle juge, notamment, que le maintien des amendements permettant de préciser les conditions de libération des stocks de sécurité et de soumettre les industriels exploitant des MITM à risque de rupture à des exigences renforcées de formalisation de leurs PGP devrait permettre à l'ANSM de prévenir plus efficacement les tensions d'approvisionnement.

Elle souligne également qu'une application plus systématique du critère industriel dans la fixation du prix du médicament est souhaitable, tant pour favoriser la souveraineté sanitaire de la France que pour maîtriser, à terme, les risques de rupture d'approvisionnement.

La commission souhaite l'adoption de l'article transmis, proche du compromis établi en commission mixte paritaire.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 19 bis

**Obligation de renseigner un logiciel national de suivi des stocks
pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur
assortie d'un régime de sanctions**

Cet article vise à renforcer l'information des acteurs de la chaîne du médicament en matière d'approvisionnement. Il consacre, pour cela, l'existence de la plateforme DP-Ruptures dans le code de la santé publique et le rôle du Conseil national de l'ordre des pharmaciens dans son développement. En outre, il fait de l'alimentation de l'outil une obligation pour l'ensemble des acteurs impliqués, sous peine de sanctions financières. Enfin, l'article porte une obligation de suivi des stocks applicable aux pharmacies à usage intérieur.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Le logiciel DP-Ruptures et les enjeux entourant le partage d'informations en matière d'approvisionnement

1. Le partage d'informations relatives à la disponibilité des médicaments

• Le partage d'informations relatives à l'approvisionnement par l'ensemble des acteurs de la chaîne du médicament constitue un **enjeu essentiel dans l'amélioration de la gestion des ruptures et tensions**.

Une connaissance précise de l'état des stocks, à chaque étape de la chaîne de production et de distribution, est **nécessaire à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** pour mettre en œuvre les pouvoirs de police sanitaire¹ que lui a confiés la LFSS pour 2024².

Ce partage d'informations est également **essentiel pour les professionnels de santé**, afin qu'ils soient en mesure de répondre aux interrogations des patients et d'adapter, le cas échéant, la stratégie thérapeutique mise en place. La commission d'enquête relative à la pénurie de médicaments de 2023 observait, à cet égard, que « *faute de pouvoir échanger avec les patientes et les patients sur la base d'informations claires, les pharmaciens et les médecins se trouvent trop souvent démunis lorsqu'un produit vient à manquer, ce qui nourrit un climat de défiance généralisé* »³.

¹ Article L. 5121-33-3 du code de la santé publique.

² Article 72 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

³ Rapport n° 828 (2022-2023) « Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède », tome I, déposé le 4 juillet 2023, p. 175.

- À cet égard, il faut observer que **des progrès ont été réalisés ces dernières années** dans le partage d'informations relatives à l'approvisionnement en médicaments.

La loi de 2011 relative aux produits de santé a, ainsi, fait obligation aux exploitants d'**informer l'ANSM de tout arrêt ou suspension de commercialisation** d'un médicament utilisé dans une pathologie grave sans alternative thérapeutique disponible sur le marché français, un an avant sa survenance¹.

La loi « Santé » de 2016 a, par ailleurs, contraint les entreprises à informer l'ANSM de **tout risque de rupture et de toute rupture** sur les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) qu'elles exploitent². La loi « Organisation et transformation du système de santé » de 2019 a renforcé cette obligation, en précisant que les exploitants sont tenus de procéder à cette déclaration dès qu'ils ont connaissance d'une telle situation³.

Le périmètre des informations devant être déclarées est fixé par décret. Il comprend les délais de survenue, les stocks disponibles, les modalités de disponibilité, les délais prévisionnels de remise à disposition ainsi que les alternatives thérapeutiques disponibles. Ces informations sont publiées sur le site internet de l'ANSM⁴.

2. Le développement du logiciel DP-Ruptures par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens

- Parallèlement à ce renforcement de la législation, le Conseil national de l'ordre des pharmaciens (Cnop) a mis en service la **plateforme DP-Ruptures, destinée à faciliter l'échange d'informations entre les acteurs de la chaîne**.

Ouverte aux pharmacies d'officine, aux pharmacies à usage intérieur, aux grossistes-répartiteurs et aux laboratoires pharmaceutiques, la plateforme a connu un **déploiement rapide**. La commission d'enquête sénatoriale récente sur la pénurie de médicaments observait, ainsi, qu'en 2023, plus de 95 % des pharmacies d'officine y étaient raccordées, ainsi que 85 laboratoires pharmaceutiques représentant 84 % du volume des médicaments dispensés en officine. Dix entreprises de répartition pharmaceutique représentant 98 % du marché avaient, par ailleurs, signé une convention d'accès avec le Cnop. L'ANSM a conclu, en février 2023, une convention similaire⁵.

La plateforme apparaît **particulièrement efficace dans le réseau officinal**. Si une rupture d'approvisionnement, définie par la loi comme

¹ Article 46 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

² Article 151 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

³ Article L. 5121-32 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 5121-30 du code de la santé publique.

⁵ Rapport n° 828 (2022-2023) « Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède », tome I, op.cit., pp. 170-171.

l'incapacité pour une pharmacie d'officine de dispenser un médicament à un patient dans un délai de 72 heures¹, concerne au moins 5 % des officines équipées, un signal est automatiquement transmis au laboratoire pharmaceutique exploitant la spécialité et aux autorités sanitaires.

• Relevant l'intérêt du dispositif, **la commission d'enquête recommandait d'étendre et de faciliter son utilisation.**

Soulignant que « *la bonne gestion des pénuries exigerait que l'inscription au DP-Ruptures ne se fasse plus sur la base du volontariat* »², elle recommandait de **rendre l'inscription à la plateforme DP-Ruptures obligatoire** pour l'ensemble des acteurs de la chaîne du médicament et d'assurer à brève échéance son **interopérabilité avec les autres systèmes d'information existants**³.

La commission d'enquête ayant également constaté un manque de fiabilité et d'exhaustivité des informations déclarées par les industriels, « *concernant notamment les causes et la durée prévisionnelle des ruptures déclarées* », elle suggérait également de préciser « *l'obligation d'information qui incombe aux industriels en cas de tension ou de rupture* »⁴.

B. Le dispositif proposé : un renforcement des obligations des acteurs de la chaîne du médicament et une reconnaissance de DP-Ruptures

L'article 19 *bis*, issu d'un amendement n° 1 349 de la commission et d'un amendement identique n° 1 354 du Gouvernement adoptés par le Sénat en première lecture, vise à **renforcer les obligations d'information des acteurs de la chaîne du médicament** et consacre l'existence de la plateforme DP-Ruptures développée par le Cnop.

• Le 2° l'article, d'abord, complète l'article L. 4231-2 relatif aux missions du Cnop, pour prévoir que celui-ci organise la mise en œuvre d'un système d'information destiné à partager entre les acteurs pharmaceutiques et les autorités sanitaires des informations sur les ruptures d'approvisionnement de médicaments.

• Le 3° insère, par ailleurs, dans le code de la santé publique, un nouvel article L. 5121-29-2. Celui-ci prévoit qu'afin d'anticiper et d'assurer le traitement des ruptures ou des risques de ruptures d'approvisionnement et de favoriser les échanges entre les acteurs de la chaîne, les pharmacies d'officine et les établissements pharmaceutiques renseignent un système d'information sur la disponibilité des MITM.

La mise en œuvre de ce système d'information pourrait être assurée par le Cnop en application d'une convention signée avec l'État, la Caisse

¹ Articles L. 5121-29 et R. 5124-49-1 du code de la santé publique.

² Rapport n° 828 (2022-2023) « Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède », tome I, op.cit., p. 172.

³ Ibid., recommandation n° 8.

⁴ Ibid., p. 174.

nationale d'assurance maladie (Cnam) et l'ANSM. À défaut de conclusion de la convention, le ministre chargé de la santé fixe par arrêté les modalités de mise en œuvre du système d'information par un autre responsable.

La fixation des modalités de financement du système d'information, des catégories de données à renseigner, des conditions d'accès aux données, des destinataires et des exigences de sécurité et de traçabilité du système est renvoyée à un décret en Conseil d'État, pris après avis du Cnop.

Enfin, un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de l'ANSM, devrait définir les conditions dans lesquelles les PUI renseignent un système d'information poursuivant la même finalité.

Le 5° de l'article complète l'article L. 5423-9 du code de la santé publique, relatif aux sanctions financières pouvant être prononcées par l'ANSM, pour faire figurer parmi les manquements susceptibles d'être sanctionnés le fait, pour tout établissement pharmaceutique, de ne pas renseigner le système d'information prévu au nouvel article L. 5121-29-2.

Le 4° modifie l'article L. 5312-4-1 du même code pour prévoir que, par exception, cette sanction n'est pas versée au Trésor public mais à la Cnam.

Le 6° de l'article complète l'article L. 5424-3 du code de la santé publique pour soumettre à sanction les pharmaciens ne renseignant pas le même système d'information.

Enfin, le 1° modifie l'article L. 1435-7-1 du code de la santé publique pour prévoir que cette dernière sanction, prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), n'est pas versée au Trésor public mais à la Cnam.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'**adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat**, sous réserve de modifications rédactionnelles et d'une correction d'erreur matérielle.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, le Gouvernement a retenu quatre amendements rédactionnels du rapporteur général reprenant les modifications proposées par la commission mixte paritaire.

III - La position de la commission

La commission se félicite de trouver dans le texte transmis les dispositions qu'elle a insérées en première lecture. Ayant fait l'objet

d'une concertation préalable avec le Cnop, celles-ci devraient permettre de systématiser l'utilisation de DP-Ruptures et de fiabiliser les informations qui y sont renseignées, ainsi que le préconisait la commission d'enquête sénatoriale de 2023.

La commission souhaite que ce chantier s'accompagne d'une réflexion sur l'interopérabilité des plateformes existantes et la pleine inclusion des PUI dans les circuits d'échange d'informations. Elle juge indispensable de permettre à chacun des acteurs de la chaîne du médicament de disposer d'une information complète sur l'état des stocks et les perspectives d'approvisionnement en période de pénurie.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 19 ter

Réduire à un an le délai avant inscription automatique sur le groupe des médicaments biosimilaires substituables

Cet article vise à renforcer l'information des acteurs de la chaîne du médicament en matière d'approvisionnement. Il consacre, pour cela, l'existence de DP-Ruptures dans le code de la santé publique et le rôle du Conseil national de l'ordre des pharmaciens. En outre, il fait de l'alimentation de l'outil une obligation pour l'ensemble des acteurs impliqués, sous peine de sanctions financières. Enfin, l'article porte une obligation de suivi des stocks applicable aux pharmacies à usage intérieur.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Faciliter la substitution de biosimilaires permettrait d'améliorer leur pénétration dans la dispensation officinale

1. Les médicaments biosimilaires constituent un gisement d'économies important pour l'assurance maladie

- Le code de la santé publique définit les médicaments biologiques similaires, ou « biosimilaires », comme les médicaments biologiques de **même composition qualitative et quantitative en substance active** et de **même forme pharmaceutique** qu'un médicament biologique de référence, mais qui ne remplit pas les conditions pour être regardé comme une spécialité générique en raison de différences liées notamment à la variabilité de la matière première - une cellule, un organisme vivant ou un dérivé - ou aux procédés de fabrication¹.

¹ Article L. 5121-1 du code de la santé publique.

En conséquence, les médicaments font l'objet d'une **procédure d'autorisation de mise sur le marché (AMM) plus lourde** que les génériques : il est nécessaire de soumettre des données dans les trois domaines de la qualité pharmaceutique, de la sécurité et de l'efficacité cliniques quand, pour les génériques, un dossier de qualité et une étude de bioéquivalence suffisent¹.

Plusieurs rapports ont, ces dernières années, favorisé le développement des biosimilaires. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) observait ainsi, en 2016, qu'« *au vu de l'évolution des connaissances et de l'analyse continue des données d'efficacité et de sécurité des médicaments biosimilaires au sein de l'Union européenne, il ressort qu'une position excluant formellement toute interchangeabilité en cours de traitement ne paraît plus justifiée* »². Un avis de l'Agence européenne du médicament (EMA) d'avril 2023 confirme, par ailleurs, la sécurité des traitements biosimilaires et leur caractère interchangeable³.

• **Malgré d'importantes économies attendues, la pénétration des biosimilaires dans la dispensation officinale demeure relativement faible en France.**

Un rapport de l'ANSM de 2022 observait, déjà, une **nette différence dans les volumes de prescriptions à l'hôpital et en ville** : les biosimilaires représenteraient environ 70 % des prescriptions hospitalières de médicaments biologiques mais 30 %, seulement, des prescriptions en ville⁴. D'après l'assurance maladie, au 1^{er} mai 2024 et au sein des 13 classes thérapeutiques comportant des médicaments biosimilaires, les remboursements de biosimilaires s'élevaient à 780 millions d'euros seulement sur 1,9 milliard d'euros, soit un taux de pénétration d'environ 32 %.

L'assurance maladie indique pourtant que « *des niveaux élevés (supérieurs à 80 %) de pénétration des médicaments génériques et des médicaments biosimilaires constituent un enjeu majeur pour la soutenabilité du système de santé et sa capacité à financer un égal accès à l'innovation thérapeutique* »⁵.

Une meilleure pénétration des biosimilaires pourrait, en effet, permettre la **réalisation d'économies substantielles**. Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2017, la Cour des comptes estimait ainsi qu'en prenant pour hypothèse une substitution à 80 % des huit principaux biomédicaments dont le brevet arrivait à expiration

¹ ANSM, État des lieux sur les médicaments biosimilaires, février 2022, p. 2.

² ANSM, État des lieux sur les médicaments biosimilaires, mai 2016, p. 14.

³ EMA, Statement on the scientific rationale supporting interchangeability of biosimilar medicines in the EU, 21 avril 2023.

⁴ ANSM, État des lieux sur les médicaments biosimilaires, février 2022, p. 2.

⁵ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2025, pp. 367 et 368.

avant 2020, l'assurance maladie pourrait économiser plus de 680 millions d'euros¹ par an.

Le CEPS applique, en effet, lors de la commercialisation d'un premier médicament biologique similaire en ville, des **taux de décote initiale** de 20 % pour le médicament biologique de référence et de 40 % pour le biosimilaire². L'assurance maladie précise que « *l'ouverture prochaine des négociations de l'accord-cadre Leem/CEPS sera l'occasion de réfléchir à la politique tarifaire propre aux médicaments bioréférents et biosimilaires* »³.

2. Les dispositifs d'intéressement des prescripteurs et de substitution par les pharmaciens constituent les deux principaux outils de développement des biosimilaires

- Des **dispositifs d'intéressement des médecins à la prescription de médicaments biosimilaires** ont été mis en place ces dernières années.

L'**avenant n° 9 à la convention médicale de 2016**⁴, conclu en juillet 2021, a mis en place un dispositif d'intéressement à la prescription de biosimilaires par les prescripteurs libéraux pour cinq groupes biosimilaires, à hauteur de 30 % des économies réalisées⁵.

La **convention médicale de 2024** fixe, par ailleurs, en objectif l'obtention d'un taux de pénétration de l'ensemble des médicaments biosimilaires de 80 % en ville en décembre 2025⁶. Elle revalorise le dispositif d'intéressement en prévoyant que les médecins libéraux recevront désormais 50 % des économies réalisées sur six molécules⁷.

Selon l'assurance maladie, ce dispositif d'intéressement « *devra cibler les molécules non substituables par les pharmaciens* »⁸.

- Si la **substitution de biosimilaires par les pharmaciens d'officine** a, par ailleurs, progressivement été facilitée ces dernières années, elle demeure très strictement encadrée.

La **LFSS pour 2022**⁹ a autorisé la **substitution de biosimilaires sous plusieurs conditions restrictives**. Ainsi, le pharmacien ne peut délivrer, par

¹ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017, p. 377.

² Article 25 de l'accord-cadre du 5 mars 2021 entre le Comité économique des produits de santé et Les Entreprises du médicament (Leem).

³ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2025, p. 368.

⁴ Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

⁵ Article 27 bis et suivants de la convention médicale de 2016, modifiée par l'avenant n° 9.

⁶ Article 61-5 de la convention médicale de 2024.

⁷ Annexe 18 à la convention médicale de 2024.

⁸ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2025, p. 368.

⁹ Article 64 de la loi n°

substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biosimilaire que lorsque :

- le prescripteur n'a pas exclu cette substitution par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance ;

- celui-ci appartient au même groupe biologique similaire que le médicament biologique prescrit ;

- ce groupe biologique similaire figure sur une liste, accompagnée le cas échéant de conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient, fixée par arrêté pris après avis de l'ANSM¹.

La liste des groupes biologiques substituables **demeure limitée à trois groupes** : deux groupes² ont été autorisés à la substitution par un arrêté d'avril 2022³, le troisième⁴ ayant été ajouté par un arrêté d'octobre 2024⁵.

Compte tenu du faible rythme d'évolution de la liste précitée et afin de favoriser l'extension du périmètre de la substitution, la LFSS pour 2024 prévoit une **procédure d'inscription dite « automatique »**. À défaut d'inscription d'un groupe biologique similaire sur la liste des groupes substituables, **un arrêté autorise la substitution des biosimilaires deux ans après l'inscription au remboursement du premier médicament biologique similaire appartenant à ce groupe**, sauf avis contraire de l'ANSM publié avant la fin de cette période. La LFSS prévoit également, pour les médicaments biologiques similaires inscrits au remboursement avant la date de sa publication, que l'ANSM doit rendre son avis avant le 31 décembre 2024⁶.

En conséquence, l'ANSM a créé un **comité scientifique temporaire (CST)** composé de représentants des patients et des professionnels de santé, chargé de rendre, sur la substitution de chaque groupe biosimilaire examiné, un avis rendu public et transmis au ministre chargé de la santé. À la suite des travaux du CST, l'ANSM a rendu en novembre et décembre 2024 :

- un avis favorable à la mise en œuvre de la substitution au sein de six groupes biologiques similaires⁷ ;

¹ Article L. 5125-23-2 du code de la santé publique.

² Les facteurs de croissance filgrastim et pegfilgrastim.

³ Arrêté du 12 avril 2022 fixant la liste des groupes biologiques similaires substituables par le pharmacien d'officine et les conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient telles que prévues au 2° de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique.

⁴ Le ranibizumab, utilisé pour traiter notamment la dégénérescence maculaire liée à l'âge

⁵ Arrêté du 31 octobre 2024 portant modification de l'arrêté du 12 avril 2022 modifié fixant la liste des groupes biologiques similaires substituables par le pharmacien d'officine et les conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient telles que prévues au 2° de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique.

⁶ Article 54 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

⁷ Avis des 26 novembre et 26 décembre 2024 relatifs aux groupes tériparatide, étanercept, adalimumab, enoxaparine, epoiétine et follitropine.

- un avis défavorable, en revanche, à la mise en œuvre de la substitution au sein de trois groupes biologiques similaires d'insuline¹.

B. Le dispositif proposé : un raccourcissement du délai d'autorisation automatique de la substitution de biosimilaires

Afin de favoriser le développement de la substitution de biosimilaires, le Sénat a adopté un **amendement n° 1 380** de la commission des affaires sociales visant à raccourcir le délai d'autorisation automatique de la substitution de biosimilaires.

À cet effet, **le 1° de l'article 19 ter** modifie les dispositions de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique introduites par la LFSS pour 2024, afin de ramener le délai au-delà duquel un arrêté autorise la substitution de biosimilaires à défaut d'inscription du groupe biologique similaire sur la liste des groupes substituables de deux ans à un an, en l'absence d'avis contraire de l'ANSM publié la fin de cette période.

Afin de s'assurer que cette mesure n'a pas d'effet dépensier, les **2° et 3°** précisent, au même article, que le prix du médicament biologique similaire substitué doit être inférieur à au médicament biologique de référence prescrit et que cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'**adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat**, sous réserve d'une modification rédactionnelle.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, le Gouvernement a retenu un amendement n° 591 du rapporteur général apportant à l'article 19 ter la modification proposée par la commission mixte paritaire.

III - La position de la commission

La commission a **favorablement accueilli** les dispositions de l'article 19 ter, introduites par le Sénat à son initiative.

Elle souligne que, compte tenu des économies attendues du développement des biosimilaires, le développement de leur prescription et de leur dispensation constitue un enjeu financier majeur pour l'assurance maladie. Elle souhaite que cette évolution législative favorise l'extension

¹ Avis du 20/12/2024 relatif aux groupes insuline asparte, insuline glargine et insuline lispro.

rapide du périmètre des substitutions autorisées, et contribue à augmenter la pénétration de ces médicaments.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 19 quater (nouveau)

Améliorer l'information du Parlement sur les dépenses de produits de santé lors de l'examen du PLFSS

L'article 19 quater vise à améliorer l'information du Parlement sur les dépenses de produits de santé et leur régulation lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Pour cela, il contraint le comité économique des produits de santé (CEPS) à transmettre au Parlement, au plus tard le 30 septembre de l'année suivant celle à laquelle il se rapporte, son rapport d'activité ou, à défaut, un rapport d'activité provisoire.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Le rôle du CEPS dans la régulation des dépenses de produits de santé et l'information du Parlement

• Organisme interministériel placé sous l'autorité conjointe des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie, le comité économique des produits de santé (CEPS) joue un **rôle central dans la régulation des dépenses de produits de santé.**

Le CEPS est ainsi, d'abord, chargé par la loi :

- **d'élaborer la politique économique du médicament et des dispositifs médicaux**, en application de la LFSS adoptée et des orientations qu'il reçoit des ministres compétents ;

- **d'assurer un suivi périodique des dépenses**, afin de vérifier si l'évolution de celles-ci demeurent compatibles avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) voté¹.

Pour cela, le CEPS est organisé en deux sections, respectivement chargées des médicaments et des dispositifs médicaux. Il comprend un président et deux vice-présidents, quatre représentants de l'État, trois représentants des organismes nationaux d'assurance maladie et un représentant de l'Union des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam)².

¹ Article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale.

² Articles L. 162-17-3 et D. 162-2-1 du code de la sécurité sociale.

- Le CEPS intervient dans la conception et la mise en œuvre de l'ensemble des outils de régulation des dépenses de produits de santé.

Le CEPS est chargé, d'abord, de **fixer le prix des médicaments**. La loi prévoit, ainsi, que le prix de vente au public des médicaments dispensés en officine est fixé par convention entre l'exploitant et le CEPS ou, à défaut, par décision unilatérale de ce dernier. Le prix fixé tient compte, principalement, de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) par le médicament¹.

Le comité intervient également dans la négociation des **remises tarifaires**, correspondant à des sommes confidentielles remboursées par l'exploitant à l'assurance maladie ne réduisant pas le prix facial affiché. Ces sommes, dont le versement peut ou non être ou non subordonnée à la réalisation d'une ou plusieurs conditions, sont fixées par convention entre l'exploitant et le CEPS ou, à défaut, par décision de ce dernier². Les remises, dont le montant a fortement augmenté ces dernières années, sont devenues un outil de régulation des dépenses de premier plan. En 2022, hors clause de sauvegarde et dispositifs d'accès dérogatoires, elles s'élevaient à 5,7 milliards d'euros³.

Le CEPS conduit également, chaque année, des campagnes de **baisses de prix** destinées atteindre l'objectif d'économies adopté par le Parlement en LFSS. Depuis la LFSS pour 2017, le code de la sécurité sociale énumère les critères généraux pouvant justifier de telles baisses. Celles-ci sont négociées avec les exploitants et fixées par convention ou, à défaut, par décision unilatérale du CEPS⁴. Pour l'année 2025, l'objectif de baisses de prix fixé par le Gouvernement s'élève à 1 milliard d'euros pour les médicaments et 200 millions d'euros pour les dispositifs médicaux⁵.

Enfin, le CEPS **participe à la liquidation et au recouvrement de la clause de sauvegarde**, sous la forme de remises spécifiques⁶.

- Sur l'ensemble de ces éléments, le **CEPS contribue de manière déterminante à l'information du Parlement**.

En application de la loi, le comité est, en effet, chargé d'établir un **rapport d'activité remis chaque année au Parlement**⁷. Ce rapport comprend notamment :

- une description des principes généraux applicables et de la doctrine élaborée par le CEPS en matière de fixation et de révision des prix et des tarifs applicables aux produits de santé ;

¹ Article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 162-18 du code de la sécurité sociale.

³ Rapport d'activité du CEPS pour 2022, p. 62.

⁴ Article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale.

⁵ Annexe n° 5 « Ondam et dépenses de santé » jointe au PLFSS pour 2025, p. 36.

⁶ Article L. 138-13 du code de la sécurité sociale.

⁷ Article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale.

- une analyse des marchés du médicament et des dispositifs médicaux et des dépenses qui y sont associées ;

- le niveau et la répartition des baisses de prix et des remises négociées par le CEPS au cours de l'année considérée ;

- le montant de l'assiette et de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde de l'année considérée, ainsi que le taux d'abattement observé¹.

Aucun des documents annexés au PLFSS² par le Gouvernement ne contient ce niveau d'information et d'analyse sur le marché des produits de santé, ni sur sa régulation économique et financière.

Ces éléments sont pourtant **indispensables à l'élaboration et à l'examen des dispositions du PLFSS visant, chaque année, à fixer le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde** et, plus largement, à établir les objectifs de l'année suivante en matière de maîtrise des dépenses de produits de santé.

B. La nécessité de renforcer l'information du Parlement lors de l'examen du PLFSS

• La **date à laquelle le rapport d'activité du CEPS peut être transmis** constitue, en conséquence, un enjeu important pour le Gouvernement comme pour le Parlement.

Dans un relevé d'observations définitives récent, la Cour des comptes observait que **la publication de ce rapport était systématiquement intervenue avec retard depuis 2020** : le rapport d'activité de 2019 a été publié en septembre 2020, celui de 2020 l'a été en décembre 2021, celui de 2021 a été publié fin décembre 2022, celui de 2022, en janvier 2024 et celui de 2023, en décembre 2024. La Cour observe, pourtant, que « *la logique institutionnelle voudrait que la direction de la sécurité sociale, chargée de préparer les lois de financement de la sécurité sociale, en soit destinataire au plus tard au début de l'été suivant l'exercice concerné, afin d'orienter le contenu du PLFSS de l'année suivante* »³.

Pour les mêmes raisons, **le Parlement devrait pouvoir disposer de ces informations pour examiner le PLFSS déposé**. Le Sénat a, en ce sens et à l'initiative du groupe *Écologiste - Solidarité et Territoires*, adopté des amendements lors de l'examen des PLFSS pour 2023⁴ et 2024⁵, visant à avancer au 15 septembre de l'année suivante la date de publication du rapport d'activité du CEPS. Ces amendements ont reçu le soutien de la commission des affaires sociales du Sénat et, s'agissant du PLFSS pour 2023, de

¹ Rapport d'activité du CEPS pour 2022.

² Article L.O. 111-4-1 du code de la sécurité sociale.

³ Cour des comptes, relevé d'observations définitives « Le CEPS : un organisme à conforter pour une régulation plus efficace », 29 octobre 2024.

⁴ Amendement n° 919 de Raymonde Poncet Monge au PLFSS pour 2023, adopté par le Sénat.

⁵ Amendement n° 779 d'Anne Souyris au PLFSS pour 2024, adopté par le Sénat.

la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale¹. Ils n'ont, toutefois, pas été retenus dans les textes sur lesquels le Gouvernement a engagé sa responsabilité en nouvelle lecture.

Dans son amendement visant à supprimer ces dispositions du PLFSS pour 2023, le Gouvernement mettait en avant que certaines informations « *ne sont pas disponibles au 15 septembre de l'année n+1, du fait notamment des retards pouvant intervenir dans les déclarations de chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques* » nécessaires pour la liquidation de la clause de sauvegarde².

Pour dépasser ces difficultés, la Cour des comptes suggère, dans son relevé d'observations définitives récent, une « *scission du rapport d'activité en deux à compter de 2024 (s'agissant de l'activité de 2023), avec une publication des éléments disponibles à l'été* »³.

- Afin d'améliorer l'information du Parlement lors de l'examen des LFSS tout en préservant le périmètre et la qualité des informations communiquées par le CEPS, l'**article 9 bis B**, adopté par le Sénat en première lecture à l'initiative de la commission des affaires sociales et des sénateurs du groupe *Écologiste – Solidarité et territoires*, visait à permettre une transmission en deux temps du rapport annuel d'activité.

À cet effet, il modifiait l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale pour prévoir que le rapport annuel d'activité du CEPS est remis au Parlement avant le 30 septembre de l'année suivant celle à laquelle il se rapporte. Dans les cas où ce rapport ne pourrait être établi avant cette date, le CEPS devrait remettre au Parlement, dans le même délai, un rapport d'activité provisoire comportant l'ensemble des données utiles disponibles à cette date.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a soutenu les dispositions de l'article 9 bis B adopté par le Sénat. Toutefois, jugeant que ces dispositions trouvaient davantage place dans la troisième partie du PLFSS relative aux dépenses, elle a proposé de supprimer l'article 9 bis B, pour le réintroduire après l'article 19 ter.

¹ Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, en nouvelle lecture, sur le PLFSS pour 2023, p. 115.

² Amendement n° 837 au PLFSS pour 2023 déposé à l'Assemblée nationale, en nouvelle lecture, par le Gouvernement.

³ Cour des comptes, relevé d'observations définitives « Le CEPS : un organisme à conforter pour une régulation plus efficace », 29 octobre 2024.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, le Gouvernement a, comme l'avait proposé la commission mixte paritaire, supprimé l'article 9 *bis* B pour le réintroduire au présent article 19 *quater*.

III - La position de la commission

La commission **se félicite du maintien des dispositions** de l'article 9 *bis* B, devenu 19 *quater*, qu'elle avait initiées en première lecture. Elle juge l'amélioration de l'information du Parlement en matière de dépenses de produits de santé indispensable à l'examen des PLFSS et, singulièrement, des dispositions annuelles fixant le seuil de déclenchement et les modalités de liquidation des clauses de sauvegarde.

Ces dispositions correspondent à une demande de la commission des affaires sociales du Sénat, formulée depuis trois ans.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 20

Conditionner la prise en charge de certains dispositifs médicaux numériques à une utilisation effective par le patient

Cet article prévoit de renforcer l'utilisation des données d'usage des dispositifs médicaux numériques.

Il vise à aménager le cadre d'inscription des dispositifs médicaux numériques sur la liste des produits et prestations afin d'ouvrir la possibilité de subordonner ou de moduler la prise en charge par l'Assurance maladie en fonction des données d'utilisation effective.

L'article fixe également le principe d'une prise en compte de l'observance dans la stratégie thérapeutique, puisque le prescripteur sera amené à réévaluer à intervalles réguliers la pertinence et l'efficacité du dispositif médical numérique en fonction des remontées de données - si toutefois le patient consent à les partager.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : une prise en compte de l'observance dans la prise en charge au service d'une amélioration de la pertinence des prescriptions

A. Pour être pris en charge en ville par la sécurité sociale, un dispositif médical doit témoigner d'un service attendu suffisant pour justifier son inscription à la liste des produits et prestations

1. L'inscription sur la liste des produits et prestations remboursables par la sécurité sociale : un préalable nécessaire à la prise en charge des dispositifs médicaux

Pour être éligible à une **prise en charge partielle ou totale** en ville par la sécurité sociale, un **dispositif médical doit être inscrit sur une liste de remboursement** : la **liste des produits et prestations remboursables (LPP)**, mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. La subordination du remboursement à l'inscription sur une liste est ordinaire en droit de la sécurité sociale : il existe également une liste des actes et prestations pour les actes ou prestations réalisés par les professionnels de santé¹, ou encore une liste des médicaments remboursables en ville².

L'inscription sur la LPP est prononcée par **arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale**, le cas échéant après avis de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (**Cnedimts**), constituée au sein de la Haute Autorité de santé (HAS)³.

¹ Article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

³ Articles L. 161-37 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Qu'est-ce qu'un dispositif médical ?

L'article L. 5211-1 du code de la santé publique et le droit européen¹ définissent les dispositifs médicaux comme « *tout instrument, appareil, équipement, logiciel, implant, réactif, matière ou autre article, destiné par le fabricant à être utilisé, seul ou en association, chez l'homme pour l'une ou plusieurs des fins médicales mentionnées ci-après et dont l'action principale voulue dans ou sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens :*

1° *Diagnostic, prévention, surveillance, prédiction, pronostic, traitement ou atténuation d'une maladie ;*

2° *Diagnostic, contrôle, traitement, atténuation d'une blessure ou d'un handicap ou compensation de ceux-ci ;*

3° *Investigation, remplacement ou modification d'une structure ou fonction anatomique ou d'un processus ou état physiologique ou pathologique ;*

4° *Communication d'informations au moyen d'un examen in vitro d'échantillons provenant du corps humain, y compris les dons d'organes, de sang et de tissus. »*

Le même article caractérise également les **accessoires de dispositif médical** comme « *tout article qui, sans être lui-même un dispositif médical, est destiné par son fabricant à être utilisé avec un dispositif médical donné, ou avec plusieurs d'entre eux, pour permettre une utilisation de ce dispositif médical conforme à sa destination, ou pour contribuer spécifiquement et directement à la fonction médicale du dispositif médical selon sa destination* ».

On retrouve, sous le terme de dispositif médical, **20 000 types de produits de santé** aussi différents que des **lunettes, des véhicules pour personnes handicapées**, des béquilles, des **masques pour traiter l'apnée du sommeil**, des sparadraps, des **prothèses capillaires**, des implants mammaires, des prothèses de hanche, des thermomètres ou des cathéters. **Certains dispositifs médicaux dits « numériques »** fonctionnent avec un logiciel informatique : c'est par exemple le cas des dispositifs médicaux permettant la **télesurveillance médicale** pour des insuffisances rénale, cardiaque ou respiratoire, le diabète ou l'oncologie.

Seuls les **dispositifs médicaux à usage individuel et matures** peuvent être inscrits sur la LPP, sous réserve qu'ils apportent une **plus-value thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap**².

L'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale prévoit également que l'inscription sur la liste peut être « *subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription, d'utilisation et de distribution* ». Pour être pris en charge, les dispositifs médicaux **doivent notamment être marqués CE**, c'est-à-dire qu'ils doivent satisfaire aux exigences générales en matière de sécurité et de performance définies à l'échelle européenne.

¹ Règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017.

² Voir infra.

L'inscription sur la liste peut avoir lieu **en nom de marque ou en description générique**.

- **L'inscription en description générique** s'adresse aux dispositifs médicaux **présentant des caractéristiques techniques et des indications communes à celles d'autres dispositifs médicaux déjà inscrits** à la LPP : ils bénéficient à ce titre d'une **procédure allégée**, fondée sur un principe **d'auto-inscription sans évaluation de la Cnedimts**, sur simple déclaration à l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Pour avoir accès au remboursement, le fabricant doit se **faire délivrer un code d'identification individuelle** du produit par les services du ministère de la santé¹.

La Cnedimts **révalue toutefois l'inscription** de la ligne générique sur la LPP **au plus tous les dix ans**.

Une inscription en ligne générique renforcée, avec des conditions plus restrictives, est certes prévue depuis 2015² par l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, mais « *cette disposition n'a, à ce jour, pas encore été utilisée* » selon la HAS.

- **L'inscription en nom de marque concerne** quant à elle les produits innovants, dont les **caractéristiques techniques ou l'indication ne sont analogues à celles d'aucun produit déjà inscrit sur la LPP**. Une inscription sous nom de marque est également possible lorsqu'un **produit dont les caractéristiques techniques correspondent à une ligne générique** et répondant aux mêmes indications présente un **intérêt particulier en termes d'efficacité ou de tolérance** justifiant son individualisation.

Pour chaque inscription sous nom de marque, la Cnedimts donne alors un **avis sur le bien-fondé d'une prise en charge par l'assurance maladie** au regard d'un **dossier médico-technique** fourni par l'exploitant au dépôt de sa demande d'inscription, faisant figurer des données cliniques.

L'inscription à la LPP sous nom de marque est assurée pour une **durée maximale de cinq ans**.

2. L'inscription sur la LPP est conditionnée à l'atteinte d'un service attendu suffisant

Que ce soit pour une procédure de réévaluation d'une ligne générique ou d'évaluation d'un produit sous nom de marque, l'avis de la Cnedimts concernant le bien-fondé de la prise en charge **repose sur l'évaluation d'un service attendu (SA) ou d'un service rendu (SR)**, conformément à l'article R. 165-2 du code de la sécurité sociale.

¹ Articles R. 165-48-1 et R. 165-48-2 du code de la sécurité sociale.

² Article 60 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Des dispositions analogues existent pour les médicaments, avec le conditionnement du remboursement à un niveau de service médical rendu (SMR) suffisant.

Seuls deux niveaux existent : en cas de SA ou SR suffisant, la Cnedimts estime que le dispositif doit être **éligible au remboursement**. *A contrario*, « **les produits ou prestations dont le service attendu est insuffisant pour justifier l'inscription au remboursement ne sont pas inscrits sur la liste** » de remboursement¹. Cela constitue une différence avec la prise en charge des médicaments, qui présente plusieurs niveaux de service médical rendu, associés chacun à un taux de remboursement spécifique².

L'évaluation du caractère suffisant du service attendu repose sur deux critères³ :

- **l'intérêt du produit**. Celui-ci est évalué au regard de la **comparaison entre ses effets thérapeutiques**, diagnostics ou de compensation du handicap et **des risques liés à son utilisation** – il s'agit là d'un **rapport bénéfices / risques fondé sur l'analyse des données cliniques** fournies par l'exploitant.

Est également prise en compte **la place du produit dans la stratégie thérapeutique** ou de compensation du handicap compte tenu de l'offre existante : un dispositif médical innovant, qui serait à utiliser en première intention thérapeutique serait plus susceptible de recueillir un SA suffisant qu'un autre dispositif qui constituerait un recours de deuxième ou de troisième intention eu égard aux alternatives déjà sur le marché ;

- **l'intérêt de santé publique du produit au regard de son impact sur la santé de la population** (mortalité, qualité de vie), **sur le système de soins**, sur les politiques de santé publique ou de sa **capacité à répondre à un besoin sanitaire non couvert**.

Lorsque le service attendu ou rendu est suffisant, **la Cnedimts fixe l'amélioration du service attendu ou rendu (ASA / ASR) du produit par rapport aux comparateurs pertinents**, et précise les recommandations d'utilisation du produit ainsi que son conditionnement.

Le niveau d'ASA – majeure (ASA I), importante (ASA II), modérée (ASA III), mineure (ASA IV) ou inexistante (ASA V) – **influe sur la fixation** par le comité économique des produits de santé (CEPS) **du tarif de responsabilité⁴ associé au produit**, par convention avec l'exploitant ou le distributeur au détail ou, à défaut, par décision du CEPS. D'autres

¹ Article R. 165-2 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 160-5 du code de la sécurité sociale.

³ Article R. 165-2 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 165-2 du code de la sécurité sociale.

critères peuvent s'y adjoindre, comme la **sécurité d'approvisionnement du marché français**¹.

Après inscription du dispositif sur la LPP, la sécurité sociale prend en charge **60 %² du tarif de responsabilité** du dispositif médical, sauf pour le **grand appareillage** et les dispositifs dispensés dans le cadre d'une affection de longue durée³, qui font l'objet d'une **prise en charge à 100 %**.

Dans certains cas, par exemple pour la **prescription de dispositifs de pression positive continue** pour le traitement de l'apnée du sommeil, l'arrêté d'inscription peut subordonner la prise en charge à une « *entente préalable* »⁴ avec l'assurance-maladie, accordée après avis du médecin-conseil.

B. L'observance peut sensiblement faire varier le service attendu d'un dispositif médical, ce qui justifierait d'utiliser les données d'utilisation des dispositifs médicaux numériques afin de moduler la prise en charge et d'adapter la prescription

1. Un service attendu dépendant de l'observance

Si la Cnedimts se fonde sur le **service attendu** d'un dispositif médical pour justifier de son éligibilité au remboursement, celui-ci **peut varier, dans les faits, en fonction de l'observance du traitement par le patient**.

L'arrêté d'inscription à la LPP des dispositifs médicaux à pression positive continue, utilisés dans le traitement de l'apnée du sommeil, rappelle ainsi que « *toute observance de moins de 56 heures par période de 28 jours doit être considérée comme médiocre et son efficacité sujette à caution* ».

Par conséquent, une **observance insuffisante peut conduire la sécurité sociale à prendre en charge des dépenses inefficaces** ou, du moins, inefficaces, au titre de l'équipement en dispositif médical.

En outre, le **défaut d'utilisation effective par le patient peut être un signe d'une mauvaise adhésion thérapeutique**, qui doit interroger le prescripteur sur un éventuel **changement de stratégie thérapeutique** pour opter pour des thérapeutiques **moins contraignantes ou mieux adaptées** à la situation de l'assuré.

Dans le cas des dispositifs médicaux de pression positive continue (PPC), par exemple, **l'orthèse d'avancée mandibulaire constitue un traitement alternatif** parfois mieux supporté par les patients.

Or, si l'observance est inobservable pour les dispositifs médicaux non numériques, le code de la sécurité sociale autorise, **dans le cadre de la télé-observance ou du télésuivi, le recueil de données relatives à l'utilisation effective de dispositifs médicaux numériques** inscrits au remboursement

¹ Article L. 165-2 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 160-5 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article R. 165-23 du code de la sécurité sociale.

par les patients atteints d'une affection chronique¹. **Le recueil est opéré par les prestataires** de dispositifs médicaux numériques, avec le consentement du patient.

2. Le droit permet aujourd'hui de moduler le tarif de responsabilité ou le prix d'un dispositif médical numérique en fonction des données d'utilisation...

Afin de valoriser les données d'utilisation effective, l'article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale prévoit que **les tarifs de responsabilité ou les prix limite de vente associés à un dispositif médical numérique puissent être modulés en fonction des données d'observance**, sans toutefois que cette modulation tarifaire ne puisse avoir d'incidence sur la qualité de l'accompagnement par les prestataires.

Il s'agit là d'une **mécanique vertueuse d'incitation pour les prestataires de services à domicile** (Psad, ou PSDM pour prestataire de services et distributeurs de matériel), qui assurent la mise à disposition à domicile des services et dispositifs médicaux utilisés par les patients, à **mieux accompagner les patients pour favoriser l'adhésion thérapeutique** et l'observance.

En effet, **du tarif de responsabilité dépend la rémunération de ces professionnels** par l'assurance maladie au titre de la mise à disposition des dispositifs médicaux. Faire varier le niveau de la rémunération des Psad en fonction de l'observance constatée les **encourage à opérer un suivi attentif de l'utilisation des dispositifs par les patients** et à se rapprocher des patients insuffisamment observants afin de **comprendre les obstacles rencontrés, de dispenser des conseils d'utilisation**. Les prestataires sont invités à faire preuve de **pédagogie** pour sensibiliser les patients à la conditionnalité de l'efficacité du traitement à une utilisation suffisante.

De plus, la **modulation des tarifs de responsabilité conduit l'assurance maladie à moins dépenser** au titre de la mise à disposition de dispositifs médicaux peu ou pas utilisés par les patients. **La participation de l'assurance maladie** – soit le produit entre le taux de remboursement, 60 % en droit commun, et le tarif de responsabilité – est en effet **mécaniquement réduite** en cas de diminution du tarif de responsabilité.

Selon le syndicat national de l'industrie et des technologies médicales (Snitem), ce dispositif est aujourd'hui « *utilisé uniquement dans le cas du télésuivi des patients apnéiques* » bénéficiant d'un traitement par pression positive continue. L'Union nationale des prestataires de dispositifs médicaux (UNPDM) indique que les montants de forfait en fonction de l'observance pour les dispositifs de PPC sont les suivants :

« – forfait à 15,58 € [pour une] observance supérieure à 112 h d'utilisation par période de 28 jours consécutifs ;

¹ Article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale.

– forfait à 9,74 € [pour une] observance entre 56 h [et 112 h] d'utilisation par période de 28 jours consécutifs ;

– forfait à 4,00 € [pour une] observance inférieure à 56 h d'utilisation par période de 28 jours consécutif[s] ».

En cas de refus par le patient de transmettre ses données médicales, le prestataire est **soumis à un forfait minoré**, ce qui constitue également une incitation pour le prestataire à convaincre le patient de l'intérêt de la transmission de ses données d'observance.

L'article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale prévoit également la possibilité, pour le prestataire en lien avec le prescripteur, **de conduire des actions visant à favoriser la bonne utilisation du dispositif médical** lorsque les données d'utilisation le justifient. Le cas échéant, la loi invite le prescripteur à réévaluer sa prescription pour se tourner vers une alternative thérapeutique mieux adaptée aux besoins du patient.

3. ... sans toutefois pouvoir utiliser les données d'utilisation pour moduler ou conditionner la prise en charge

Toutefois, l'article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale précise explicitement qu'« *une moindre utilisation du dispositif médical ne peut en aucun cas conduire à une augmentation de la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 160-13 aux frais afférents à ce dispositif et à ses prestations associées* », c'est-à-dire à une hausse du ticket modérateur.

Le taux de prise en charge par l'assurance maladie et l'existence même de cette dernière sont donc indépendants des données d'utilisation effective du dispositif médical, même si celles-ci induisent, de fait, une variation du service attendu.

Deux arrêtés du 9 janvier 2013¹ et du 22 octobre 2013² avaient toutefois introduit une **notion de modulation de la prise en charge en fonction des données d'observance** télétransmises, pour des appareils exerçant une pression positive continue dans le cadre du traitement contre l'apnée du sommeil. Ces derniers faisaient varier le forfait de prise en charge en fonction des données d'utilisation effectives, télétransmises ou relevées à domicile par le prestataire. Une moindre utilisation était associée à un forfait de prise en charge diminué et, **si le manque d'observance se poursuivait plus de huit semaines sous ce forfait minoré, l'arrêté prévoyait que « la prise en charge par l'AMO cesse »**. Sans restitution de l'appareil par le patient, celui-ci devenait également redevable d'une indemnité d'immobilisation

¹ Arrêté du 9 janvier 2013 portant modification des modalités d'inscription et de prise en charge du dispositif médical à pression positive continue pour le traitement de l'apnée du sommeil et prestations associées au chapitre 1^{er} du titre 1^{er} de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

² Arrêté du 22 octobre 2013 portant modification des modalités d'inscription et de prise en charge du dispositif médical à pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil et prestations associées au chapitre 1^{er} du titre 1^{er} de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

de 20 euros par semaine au prestataire à compter de la treizième semaine de sous-observance en forfait minoré. Cette indemnité ne pouvait faire l'objet d'une prise en charge par l'AMO.

Toutefois, par **un arrêt du 28 novembre 2014**¹, le Conseil d'État a annulé pour incompétence ces arrêtés, estimant que les ministres avaient outrepassé les pouvoirs accordés par le législateur qui entendaient, par l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, « *subordonner [le] remboursement [des dispositifs médicaux] au respect de modalités de mise en œuvre de ces dispositifs médicaux et prestations, et non à une condition d'observation de son traitement par le patient* ».

Le droit en vigueur n'autorise donc pas, en général, à moduler la prise en charge de l'assurance maladie en fonction des données d'observance.

4. L'exception de la télésurveillance

Sur le champ restreint de la télésurveillance, la loi autorise toutefois la subordination de la prise en charge ou du remboursement par la sécurité sociale à l'utilisation effective du dispositif médical numérique². Dans ces conditions, l'activité de télésurveillance médicale ne saurait faire l'objet d'un remboursement en cas de refus de transmission des données.

Le contrôle de l'utilisation effective de la solution de télésurveillance repose sur des **indicateurs individualisés**³ figurant dans l'arrêté d'inscription à la liste des activités de télésurveillance médicale⁴ – l'équivalent de la LPP pour les solutions de télésurveillance médicale. Si ces objectifs ne sont pas atteints, l'« *opérateur prend sans délai toute mesure pour que le patient soit orienté vers une autre modalité de prise en charge et il est mis fin à la prise en charge ou au remboursement de l'activité* » aux termes de l'article R. 162-97 du code de la sécurité sociale.

La télésurveillance médicale

La **télésurveillance médicale** constitue, avec la téléconsultation, la téléexpertise, la téléassistance médicale et la réponse médicale dans le cadre de la régulation médicale du service d'accès aux soins, **une modalité de la télémédecine**⁵.

Aux termes du 3° de l'article R. 6116-1 du code de la santé publique, la télésurveillance médicale « *a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé* ».

¹ Conseil d'État, 28 novembre 2014, req. n° 366931.

² Article L. 162-56 du code de la sécurité sociale.

³ Article R. 162-97 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 162-52 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L. 6316-1 du code de la santé publique.

En ce que la **télesurveillance médicale implique obligatoirement un médecin** chargé de l'interprétation de données médicales, elle doit être **distinguée de deux pratiques qui ne font intervenir obligatoirement que les Psad** : la **télé-observance**, qui se limite à la mesure à distance de l'observance, et le **télésuivi**, qui permet de **surveiller à distance l'observance et le bon fonctionnement du dispositif médical numérique**.

Ces dispositions, introduites par la LFSS pour 2022¹, **ne sont toutefois pas encore pleinement applicables aujourd'hui** selon le Snitem, « *les indicateurs mentionnés n'[ayant] pas encore été identifiés par la Cnedimts* ».

5. Le remboursement de dispositifs médicaux numériques malgré une faible observance contribue à la forte dynamique des dépenses de dispositifs médicaux

En 2022, la consommation de biens médicaux hors optique médicale représentait 12,7 milliards d'euros, dont **8,3 milliards d'euros solvabilisés par l'Assurance maladie obligatoire (AMO)**.

Pour l'AMO, **les dispositifs médicaux représentent un poste particulièrement dynamique**, avec un taux de croissance annuel moyen de 4,2 % entre 2017 et 2023. Entre **2022 et 2023, l'évolution a même atteint 4,6 %**.

Les dispositifs de PCC correspondent à une dépense de **945 millions d'euros pour l'AMO en 2024** selon l'UNPDM, présentant un caractère particulièrement dynamique, avec un **taux de croissance annuel moyen de 7,9 %** entre 2016 et 2022 (+ 270 millions d'euros)².

Au sein de ce total, les dépenses de l'assurance maladie en faveur de dispositifs médicaux peu ou pas observés ne sont pas négligeables. Selon les données de l'Assurance maladie citées par l'étude d'impact, « *la dépense remboursée pour des patients qui ne sont pas au niveau attendu d'observance, sans information sur cette dernière, ou encore non télésuivis atteint 100 M€ en 2023* » pour les **seuls dispositifs de pression positive continue** dans le cadre du traitement de l'apnée du sommeil.

Selon l'union nationale des prestataires de dispositifs médicaux (UNPDM), « *malgré les efforts d'accompagnement mise en œuvre, selon les données de nos adhérents, environ 6 % des patients télé-suivis ont une utilisation insuffisante de leur appareil de ventilation PPC* ». La faible observance sur ce champ s'explique, selon l'UNPDM, par diverses raisons :

« - *une intolérance au port du masque pouvant être source d'inconfort ou d'irritation cutanée ;*

¹ Article 36 de la loi n° 2021-1753 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

² Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales, « Revue de dépenses : les dispositifs médicaux », mars 2024.

- des **effets secondaires indésirables**, tels qu'une sécheresse nasale dues à l'air pulsé ou des maux de tête résultant d'une pression excessive ;
- la **difficulté de s'habituer à dormir avec un dispositif** sur le visage et un appareil branché à côté du lit ;
- **l'aspect continu du traitement** qui peut aussi induire de l'impatience ou du rejet ».

« Considérant qu'en dessous de deux heures d'utilisation quotidienne, le bénéfice du traitement est très faible », la revue de dépenses de l'IGF et l'Igas sur les dispositifs médicaux, réalisée au printemps 2024, préconise « **une baisse ou une suppression du remboursement des forfaits correspondant à cette durée d'utilisation** », qui pourrait passer par « **une modification législative permettant de subordonner le remboursement à l'utilisation effective de certains dispositifs médicaux** ». Les inspections indiquent que la suppression des forfaits correspondants pourrait se traduire en une économie de 23 millions d'euros pour la sécurité sociale.

Alternativement, les inspections recommandent une baisse réglementaire du tarif responsabilité avec un maintien éventuel du prix limite de vente afin d'inciter le patient à l'observance.

C. Le dispositif proposé : utiliser les données d'utilisation pour réévaluer la pertinence de la prescription et pour subordonner ou moduler la prise en charge de certains dispositifs médicaux numériques à une utilisation effective

L'article 20 modifie uniquement l'article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale, relatif à l'utilisation des données d'utilisation des dispositifs médicaux numériques pour réévaluer la prescription, les tarifs de responsabilité ou les prix limite de vente des dispositifs concernés.

1. Donner une assise législative à la subordination de la prise en charge ou de la modulation de prise en charge par l'assurance maladie d'un dispositif médical numérique à son utilisation effective

La troisième phrase du 2° de l'article 20 **prévoit indirectement que les données d'observance** - et plus largement les données permettant d'attester du respect de conditions d'utilisation prévues dans l'arrêté d'inscription sur la LPP - **puissent être utilisées pour conditionner la prise en charge ou la modulation de la prise en charge** de certains dispositifs médicaux numériques.

Dans ce cas, la même phrase fait obligation aux distributeurs au détail, incluant notamment les Psad, de transmettre ces données à l'assurance maladie ou, le cas échéant, à un tiers de confiance non défini. Elle renvoie à un décret en Conseil d'État après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) les conditions encadrant cette transmission.

La **transmission des données d'utilisation est soumise à l'accord du patient**, sans toutefois qu'il soit précisé **quelle incidence l'absence de consentement peut avoir sur la prise en charge**, contrairement à la rédaction retenue dans le cas de la télésurveillance. La dernière phrase du 2° prévoit tout de même explicitement que **tout défaut de transmission du fait du distributeur au détail est inopposable au patient**.

La rédaction retenue se réfère par ailleurs par erreur à « *l'arrêté mentionné à l'article L. 165-1* », c'est-à-dire l'arrêté fixant la liste des descriptions génériques renforcées, pour évoquer l'arrêté d'inscription des dispositifs médicaux sur la LPP.

2. Améliorer la pertinence des prescriptions de dispositifs médicaux

Le c) du 1° de l'article 20 ouvre droit au distributeur au détail d'un dispositif médical numérique de recueillir, en plus des données nécessaires au traitement, les **données nécessaires à l'évaluation de la pertinence** de celui-ci.

Alors que l'article L. 165-1-3 se borne aujourd'hui à préciser que le prescripteur réévalue, le cas échéant, sa prescription au regard de ces données, le 2° de l'article 20 **renforce ses prérogatives en matière de contrôle de la pertinence de ses prescriptions**. Il sera désormais attendu du prescripteur qu'il réévalue « *de façon régulière* » « *la pertinence et l'efficacité* » de sa prescription, un processus qui peut le mener à **ne pas renouveler la prescription**.

En conséquence, le 4° de l'article 20 fait obligation au distributeur au détail **d'informer le patient**, concomitamment au recueil de son consentement pour l'utilisation de ses données d'utilisation, que les **données transmises peuvent conduire à ne pas renouveler la prescription**, notamment en cas de faible observance.

3. Un élargissement du champ du dispositif pour faire dépendre le remboursement de l'assurance maladie obligatoire de l'observance dans des cas aujourd'hui non encore anticipés

L'article 20 prend soin d'élargir le champ du dispositif prévu à l'article L. 165-1-3 afin qu'à l'avenir, **d'autres dispositifs médicaux numériques puissent, si besoin, être concernés** par une modulation du tarif de responsabilité ou de la prise en charge par l'assurance maladie en fonction des données d'observance.

En ce sens, le a) du 1° **supprime la limitation aux seules affections chroniques** de la portée de l'article L. 165-1-3.

En outre, le b) du 1° et les deux premières phrases du 2° et le 3° **remplacent la notion de « prestataires » par celle, plus large, de « distributeurs au détail »**. Cela permettra que les distributeurs au détail ne faisant pas partie des prestataires mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique puissent participer au recueil des données d'observance (1°), bénéficier de leur télétransmission (première phrase du 2°) et déployer,

en lien avec le prescripteur, des actions ayant pour objet de favoriser une bonne utilisation du dispositif médical (deuxième phrase du 2°). Par le 3°, l'ensemble des distributeurs au détail, et non seulement les prestataires, se voient interdire de diminuer la qualité de leur prise en charge en cas de diminution du tarif de responsabilité du fait d'une observance insuffisante.

4. Une baisse anticipée de 20 millions d'euros des dépenses de l'assurance maladie obligatoire en 2026

L'étude d'impact indique que la mesure, qui pourrait entrer en vigueur mi-2025, pourrait permettre **d'atteindre des économies de 20 millions d'euros en 2025, puis en 2026**. Il est étonnant que le rendement de la mesure ne soit pas accru par l'effet année pleine en 2026.

En outre, en **renforçant le contrôle de l'assurance maladie sur la facturation**, l'étude d'impact indique que 10 millions d'euros d'économies supplémentaires peuvent être attendues de la **correction de 1 % de facturations erronées**, à compter de 2027.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

1. Le texte transmis au Sénat

L'Assemblée nationale n'ayant pas examiné cet article, le **Gouvernement l'a transmis au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.**

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté l'amendement n° 174 de la commission afin de **mieux encadrer les conditions** dans lesquelles la prise en charge de l'assurance maladie peut être suspendue en cas de sous-observance. Cet amendement procède à **quatre principales modifications**.

L'amendement prévoit, d'abord, que la **Cnedimts se prononce**, dans son avis portant sur l'inscription du dispositif médical numérique à la liste des produits et prestations, sur les **modalités selon lesquelles peuvent être utilisées les données collectées**, de la même manière qu'elle le fait lorsqu'une modulation du tarif de responsabilité est prévue en fonction de l'observance. Il s'agit là de **renvoyer à une autorité scientifiquement compétente la détermination des seuils d'observance** en-deçà desquels le service rendu est **trop faible pour justifier une prise en charge** par l'assurance maladie.

Deuxièmement, l'amendement vise à encadrer le dispositif afin de **faire obstacle à ce qu'une sous-observance sur une période courte, par exemple des vacances, puisse entraîner une suspension de prise en charge** par l'assurance maladie : il prévoit ainsi que la suspension de

la prise en charge soit conditionnée au non-respect des conditions d'utilisation sur une période se prolongeant au-delà d'un seuil défini par décret.

Troisièmement, **l'amendement** prévoit que le prescripteur et le distributeur au détail soient **informés sans délai de la suspension de la prise en charge** du dispositif médical numérique par l'assurance maladie, afin de permettre une **réévaluation rapide de la stratégie thérapeutique** à mettre en œuvre et **d'éviter**, surtout, que le patient puisse se retrouver **sans thérapie**. Notons que l'apnée du sommeil induit des **risques cardiaques accrus ou encore de la somnolence au volant** : le **maintien d'une prise en charge thérapeutique est donc indispensable**. L'article 20 doit conduire à **faire évoluer la stratégie thérapeutique si elle n'est pas adaptée** au patient, mais **en aucun cas à priver le patient de toute thérapie**.

Enfin, l'amendement vise à préciser que, lorsque la prise en charge ou la modulation de la prise en charge est conditionnée à l'utilisation effective d'un dispositif médical numérique, **le refus opposé par le patient de transmettre ses données d'utilisation fait obstacle à la prise en charge**. Il s'agit là d'une **harmonisation avec le régime législatif** de prise en charge de la **télésurveillance médicale**. De telles dispositions semblent **nécessaires pour assurer l'effectivité de cet article** : si elles n'étaient pas intégrées, les patients non ou insuffisamment observants n'auraient **qu'à refuser de transmettre leurs données d'utilisation pour continuer de bénéficier d'une prise en charge** du dispositif médical insuffisamment utilisé, ce qui réduirait considérablement la portée du dispositif.

Un autre **amendement n° 175**, adopté par la commission, supprime la phrase de l'article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale prévoyant que le ticket modérateur de l'assuré ne puisse en aucun cas varier en fonction de l'observance.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de **revenir sur l'amendement n° 175 de la commission**, estimant que celui-ci donnait des **marges de manœuvre trop importantes au pouvoir réglementaire** afin de moduler le ticket modérateur en fonction de l'observance.

La commission mixte paritaire a également apporté une modification rédactionnelle.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend la rédaction adoptée par la commission mixte paritaire.

III - La position de la commission

La commission **accueille favorablement les dispositions de l'article 20**, visant à **améliorer la pertinence des prescriptions**. Elle se félicite

que l'essentiel des apports du Sénat sur le texte figure dans le texte sur lequel le Gouvernement a engagé sa responsabilité en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale. Ces apports permettront de **mieux encadrer les conditions dans lesquelles la prise en charge des dispositifs médicaux numériques pourra être modulée en fonction de l'observance.**

Les dispositions de l'article 20 **bénéficieront tant à l'assurance maladie**, qui ne se verra plus **contrainte de prendre en charge** des dispositifs médicaux numériques dont le **service rendu est limité voire nul** du fait d'une sous-observance qu'aux **patients concernés**, qui pourront, grâce au suivi opéré par le médecin, bénéficier d'une **amélioration de leur prise en charge en basculant sur un traitement de seconde intention**, qu'ils seront susceptibles de mieux tolérer.

La commission des affaires sociales restera attentive, dans le déploiement du dispositif, à **son acceptabilité pour les patients**. L'UNPDM a en effet, lors de son audition, exprimé quelques réserves à ce sujet puisqu'elle indique que « *le télé-suivi peut parfois être vécu par quelques-uns comme une surveillance pesante, voire infantilisante, s'apparentant à du fichage ou à une mise sous tutelle imposée par l'autorité médico-administrative* ».

Enfin, la commission prendra garde à ce que la **charge administrative liée au suivi de l'observance pour les Psad et les médecins ne soit pas excessive.**

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 20 bis

Clarification du périmètre de la remise en bon état d'usage

Cet article, inséré par amendement gouvernemental en première lecture au Sénat, vise à clarifier le périmètre de la remise en bon état d'usage, qui serait recentré sur l'acquisition des dispositifs médicaux éligibles.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I – La remise en bon état d'usage : un dispositif permettant la réutilisation des dispositifs médicaux, mais dont le champ gagnerait à être mieux défini

A. La remise en bon état d'usage permet la réutilisation de dispositifs médicaux afin d'en renforcer l'accessibilité et de limiter l'utilisation de ressources

La **remise en bon état d'usage** (RBEU) a été introduite dans la loi par l'article 39 de la LFSS pour 2020¹. Celle-ci permet la **réutilisation**

¹ Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

d'un dispositif médical ayant déjà servi à un premier usager, au profit d'un usager distinct, après une mise en conformité sanitaire le cas échéant.

Le cas se produit notamment lorsque **le dispositif médical, tout en restant en état de marche, devient inadapté à l'usager** : lorsqu'un enfant grandit, ou lorsque la maladie ou le handicap d'un usager évolue et appelle de nouveaux besoins, par exemple. **Les dispositifs** pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage, définis par arrêté¹, sont **principalement des fauteuils roulants** et autres dispositifs ayant la qualité d'aides techniques à destination des personnes en situation de handicap.

La remise en bon état d'usage doit, à ce titre, **être distinguée du renouvellement** prévu à l'article R. 165-24 du code de la sécurité sociale, qui permet à un **bénéficiaire d'un dispositif médical devenu hors d'usage ou inadapté de bénéficier de la prise en charge d'un nouveau dispositif**.

La LFSS pour 2020 a **permis la prise en charge de dispositifs médicaux remis en bon état d'usage**, jusqu'alors impossible. Les objectifs poursuivis étaient à la fois de **faciliter l'accès financier à certains dispositifs médicaux caractérisés par un reste à charge important**, et de **limiter l'impact environnemental** de la consommation de dispositifs médicaux.

Les dispositifs pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage disposent d'un **cadre de prise en charge spécifique**, défini à l'article L. 165-1-7 du code de la sécurité sociale, inséré par l'article 39 de la LFSS pour 2020. La prise en charge peut ainsi être **subordonnée à un engagement de restituer le dispositif médical** si l'assuré n'en a plus l'usage, ainsi qu'au **versement d'une consigne remboursable à la restitution du dispositif médical et qui ne peut être prise en charge**.

Un **devoir d'information des usagers par les distributeurs** sur la possibilité d'acquérir un dispositif remis en bon état d'usage peut s'appliquer selon les modalités d'inscription du dispositif médical à la liste des produits et prestations remboursables² (LPP), **sous peine de sanctions financières**.

La remise en bon état d'usage **peut être subordonnée au respect de critères sanitaires et de qualité, ainsi qu'à une procédure d'homologation des centres ou professionnels habilités à effectuer la RBEU**³.

B. Un cadre à clarifier concernant la location de dispositifs médicaux

L'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique prévoit aujourd'hui que la remise en bon état d'usage **s'applique aux assurés « différents de ceux les ayant initialement utilisés »**, ce qui fait rentrer dans le champ **les locataires de dispositifs médicaux**.

Or le Gouvernement défend que **« dans le cadre de la location, les dispositifs médicaux peuvent faire l'objet d'opérations de maintenance**

¹ Article L. 5212-1-1 du code de la santé publique.

² Article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 5212-1-1 du code de la santé publique.

en vue d'une utilisation par un autre usager, sont régis par des normes spécifiques (NF S 99-172) élaborée[s] avant l'introduction des dispositions précitées ».

Par conséquent, il semblerait **plus judicieux de limiter le champ de la RBEU aux seuls dispositifs médicaux achetés**, à l'exclusion de ceux loués.

C. Le dispositif proposé : le recentrage de la RBEU sur les dispositifs médicaux achetés

L'article 20 *bis*, issu de l'amendement n° 1194 du Gouvernement en première lecture au Sénat adopté avec un avis favorable de la commission des affaires sociales, prévoit au 1° de son I de recentrer le champ d'application de la RBEU sur les seuls changements de propriétaires de dispositifs médicaux.

Le 2° du I et le II de l'article 20 *bis* prévoient, quant à eux, de substituer la notion de « certification » à celle d'« homologation », impropre en ce que le terme d'« homologation » n'a « pas de portée réglementaire » selon le Gouvernement.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'apporter des modifications rédactionnelles et de procéder à la correction d'erreurs matérielles.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend, sur proposition du rapporteur général, la rédaction proposée par la CMP.

III - La position de la commission

La commission soutient cet article dont la portée est principalement technique, et qui permettra de clarifier le périmètre de la remise en bon état d'usage.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 20 ter

**Simplification des concours de la Caisse nationale de solidarité
pour l'autonomie aux départements**

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, rehausse de 200 millions d'euros les concours versés aux départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et opère une simplification des concours versés au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH).

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I – Le dispositif proposé : simplifier l'architecture des concours versés par la CNSA aux départements tout en garantissant un niveau de compensation minimum

A. L'état du droit : une architecture des concours devenue peu lisible et un niveau de compensation en diminution constante depuis 2006

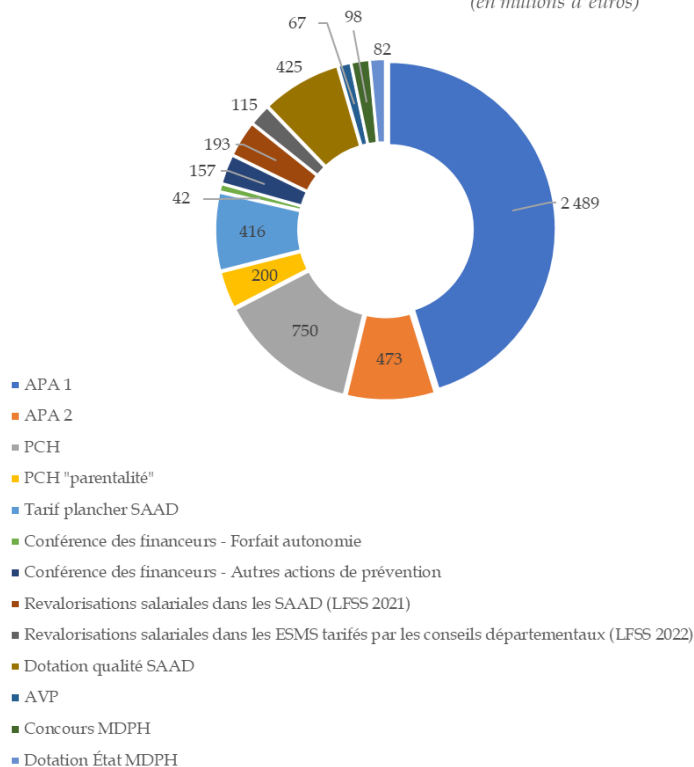
1. L'architecture des concours versés par la CNSA aux départements est devenue illisible

Si la CNSA est l'organisme gestionnaire de la branche autonomie, le **fonctionnement de cette branche est décentralisé** et relève en majeure partie de l'échelon départemental.

Les **départements** sont notamment chargés du **versement des principales prestations individuelles** de soutien à l'autonomie que sont l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH). Ils sont également les autorités de tarification de nombreux établissements et services socio et médico-sociaux, et ils attribuent un certain nombre de droits et prestations aux personnes en situation de handicap.

Cette répartition des compétences se traduit par des **concours financiers de la CNSA aux départements**, pour un montant de **5,5 milliards d'euros en 2024**. Depuis la création de la CNSA, **ces concours se sont multipliés** au gré des réformes et il en existe aujourd'hui une douzaine. Il en résulte que **l'architecture des concours de la CNSA est devenue peu lisible**.

Répartition des concours de la CNSA aux départements en 2024
(en millions d'euros)



Source : Commission des affaires sociales / données CNSA

2. Le taux de compensation des dépenses des départements au titre de l'APA et de la PCH est insuffisant

Les dépenses d'APA des départements s'élevaient, en 2022, à **6,3 milliards d'euros**. Ces dépenses sont partiellement couvertes par les **deux concours APA** de la CNSA, dont l'enveloppe globale est limitée en fonction des recettes de la branche.

Si la part des dépenses d'APA couverte par ces concours a augmenté depuis 2010, le **taux de compensation** n'est que de **41,5 % en moyenne en 2022**. Ce taux de couverture moyen cache d'importantes **disparités entre départements**, se justifiant en grande partie par la prise en compte des caractéristiques socio-démographiques des territoires : il varie de 14 % (pour Paris), à 59 % (Saint-Barthélemy). Dans 25 départements, ce taux est inférieur à 40 %.

Quant aux **dépenses de PCH des départements**, elles s'élevaient, en 2022, à 2,7 milliards d'euros contre 800 millions d'euros en 2009. En parallèle de cette forte montée en charge, le **taux de compensation** par le concours PCH de la CNSA a fortement diminué, passant **de 60,4 % en 2009 à près de 30 % en 2024** avec là encore, d'importantes variations entre départements.

Cette dynamique à la baisse de la compensation par la CNSA **pèse lourdement sur les budgets départementaux**, et nuit à leur visibilité sur le

long terme. Aussi une réforme des concours de la CNSA s'impose-t-elle, afin de garantir un niveau de compensation minimal aux départements.

B. Le dispositif initialement proposé: une simplification des concours doublée de garanties sur le taux de compensation

Le présent article, introduit en première lecture au Sénat, résulte d'un amendement déposé par le Gouvernement ayant reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales.

Il **simplifie les concours de la CNSA aux départements** en fusionnant cinq d'entre eux en deux concours consacrés aux personnes âgées et aux personnes handicapées : APA 1, APA 2, PCH, compensation du tarif plancher et compensation « avenant 43 BAD ».

Dans le même temps, il traduit l'engagement pris le 15 novembre 2024 par Michel Barnier, alors Premier ministre de **rehausser de 200 millions d'euros les concours versés par la CNSA aux départements** par le biais d'une révision des règles de fixation des montants versés.

Plus précisément, le présent article **met fin à la règle d'indexation** du montant global des concours **sur l'évolution des ressources de la branche**¹ (2° du I), et modifie les modalités de calcul des concours APA et PCH, prévus respectivement aux articles L. 223-9 et L. 223-11 du code de la sécurité sociale. Les nouvelles règles tiennent compte des dépenses réalisées par chaque département en 2025 et du taux de compensation constaté en 2024 (3° et 4° du I). Ainsi, cet article permet de garantir que le taux de compensation de chaque département, par référence à l'année 2024, sera maintenu.

La **dynamique des dépenses au titre de l'APA** étant particulièrement forte dans les **territoires d'outre-mer** par rapport aux ressources propres des départements, le présent article prévoit également la possibilité d'appliquer un **coefficient géographique** afin de **majorer le taux de compensation** pour ces territoires (3° du I).

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire (CMP) a adopté l'article 20 *ter* moyennant des modifications rédactionnelles et une modification plus substantielle, qui a fait l'objet d'une proposition de rédaction des rapporteurs.

Celle-ci procède à une **coordination** entre la nouvelle rédaction des articles relatifs au calcul des concours APA et PCH, **avec les dispositions relatives au calcul des concours de la CNSA aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)**. Cette coordination était nécessaire, les modalités de calcul des concours MDPH reposant sur les critères prévus pour

¹ Article L. 223-9 du code de la sécurité sociale.

le concours PCH. Afin de conserver ce mode de calcul, la rédaction adoptée par la commission mixte paritaire introduit, à l'article L. 223-13 du code de l'action sociale et des familles relatif au calcul des concours MDPH, les critères auparavant prévus pour la PCH à l'article L. 223-12 du même code.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité, le Gouvernement a retenu un amendement visant :

- d'une part, à tenir compte de l'entrée en vigueur à mi-année de l'expérimentation relative au régime de financement des Ehpad (celle-ci se répercutant sur le calcul des concours versés aux départements expérimentateurs) ;

- et d'autre part, à reprendre la mesure de coordination, adoptée en CMP, de la réforme des concours avec les règles de calcul du concours aux MDPH.

III - La position de la commission

La commission se félicite de cette première simplification des concours de la CNSA aux départements ainsi que des garanties apportées aux départements sur le taux de compensation de leurs dépenses au titre de l'APA et la PCH.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 21

Modification des paramètres de l'expérimentation relative au régime de financement des établissements accueillant des personnes âgées et dépendantes

Cet article modifie les paramètres de l'expérimentation relative au régime de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et des unités de soins de longue durée (USLD). Il augmente le nombre de départements pouvant y participer et reporte la date limite de candidature. Il en modifie également les dispositions financières.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I – Le dispositif proposé : étendre l'expérimentation relative au régime de financement des établissements accueillant des personnes âgées à trois départements supplémentaires

A. L'état du droit : dans l'objectif de simplifier le régime de financement des Ehpad et des USLD, la loi de financement de la sécurité sociale prévoit l'expérimentation de la fusion des sections soins et dépendance

1. Le régime de financement des Ehpad et des USLD est notoirement complexe

a) Un régime de financement décomposé en trois sections tarifaires

Les personnes âgées dépendantes qui nécessitent un accompagnement médico-social peuvent être amenées à résider dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou dans des unités de soins de longue durée (USLD).

Le mode de financement de ces deux catégories d'établissements est similaire et se décompose en **trois sections tarifaires, qui relèvent de règles et de financeurs différents** : une **section « soins »**, une **section « dépendance »** et une **section « hébergement »**.

La **section « soins »** sert à **financer le personnel soignant et les équipements médicaux**. Elle est intégralement prise en charge par la sécurité sociale (branche autonomie pour les Ehpad, branche maladie pour les USLD) *via* les ARS. Le montant du forfait global relatif aux soins est arrêté chaque année par le directeur général de l'ARS. Il prend notamment en compte le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins des résidents.

La **section « dépendance »** finance les **prestations d'aide et de surveillance des personnes âgées en perte d'autonomie** (aides-soignants, psychologues, etc.). Elle est financée par les conseils départementaux à hauteur de 70 % en moyenne par le biais d'une prestation individuelle, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement. Les 30 % restants sont financés par les résidents (reste à charge). Le montant du forfait

global relatif à la dépendance est fixé par un arrêté du président du conseil départemental¹.

Le forfait global « dépendance » de chaque établissement est largement déterminé par une équation nationale, qui repose sur l'appréciation des besoins des résidents à l'aide de la grille AGGIR. Toutefois, c'est au président du conseil départemental qu'il revient de fixer, chaque année, le « **point GIR départemental** »² qui sert de **référence pour calculer les forfaits globaux dépendance**. Plus la valeur de ce point GIR départemental est élevée, plus le montant du forfait alloué par le département aux établissements augmente.

La **section « hébergement »** correspond aux **dépenses d'hôtellerie, de restauration et d'animation**. Elle est à la charge du résident qui peut toutefois bénéficier, en fonction de son niveau de ressources, de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) financée par les départements.

b) Un régime de financement largement remis en cause

Premièrement, la **tripartition du financement** des établissements est de moins en moins pertinente.

Plus particulièrement, **la frontière entre les sections « soins » et « dépendance » s'est atténuée**. En effet, le profil des résidents accueillis en Ehpad a évolué : les progrès médicaux et le développement de l'offre de services et de soins à domicile se sont traduits par une entrée plus tardive en établissement. Il en résulte que le public accueilli en Ehpad est de plus en plus âgé (l'âge moyen est de près de 87 ans) et dépendant (le GIR moyen pondéré³ est passé de 696 en 2015 à 705 en 2019)⁴.

Deuxièmement, la complexité du régime de financement implique des **coûts de gestion** importants pour les établissements.

L'existence de trois sections, financées par des acteurs différents, oblige en effet les Ehpad à suivre des règles budgétaires et comptables strictes et complexes, et à réaliser un suivi de leurs ressources auprès des différents financeurs que sont les ARS, les départements et les résidents.

Troisièmement, ce régime de financement induit **des inégalités territoriales**, bien que celles-ci se réduisent sensiblement depuis 2018.

En effet, le montant du forfait global relatif à la dépendance qui est alloué aux Ehpad dépend en partie d'une variable locale, la valeur de point « GIR », qui est déterminée par le conseil départemental.

¹ 2° du I de l'article L. 314-2 du CASF.

² Article. R. 314-175 du CASF.

³ Le « groupe iso-ressources moyen pondéré » (GMP) désigne le niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées.

⁴ Source : Igas, Lieux de vie et d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, annexe 7 : « L'accueil et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie en établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) », février 2024.

Ainsi, dans un souci de simplification et d'homogénéisation, la simplification du régime de financement *via* **la fusion des sections « soins » et dépendance »** a été suggérée à **plusieurs reprises** notamment par des rapports parlementaires¹ et par la Cour des comptes. Elle est également unanimement demandée par les fédérations représentatives du secteur de l'hébergement des personnes âgées.

2. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 prévoit l'expérimentation d'une réforme de simplification

a) La fusion des sections soins et dépendance sous l'égide des ARS

L'article 79 de la LFSS pour 2024² prévoit l'expérimentation d'un nouveau régime de financement des Ehpad, des petites unités de vie et des USLD.

Dans les départements volontaires, ces établissements percevront un **forfait global unique relatif aux soins et à l'autonomie** en remplacement des actuels forfaits soins et dépendance, versés respectivement par l'ARS et le département.

Le forfait global unique de chaque Ehpad correspondra à la somme des forfaits actuels relatifs aux soins et à la dépendance, après prise en compte de la nouvelle valeur de point GIR.

Dans le cadre de cette expérimentation, il est prévu que **les ARS fixent la valeur de point GIR** dans les départements expérimentateurs. Cette fixation sera encadrée au niveau national, afin de permettre une **convergence à la hausse** des valeurs de point GIR, aujourd'hui très disparates en fonction des territoires.

S'agissant des USLD, les modalités de détermination et d'allocation du forfait global unique doivent être déterminées par voie réglementaire.

b) La participation financière des résidents

Le principe de la participation financière des résidents aux dépenses d'entretien de l'autonomie est maintenu.

Le dispositif prévoit en effet que les résidents acquittent, au titre de la prise en charge de leur perte d'autonomie, une **participation journalière aux dépenses d'entretien et de l'autonomie**. Les modalités de détermination et de mise en œuvre de cette participation seront fixées par voie réglementaire.

c) Les modalités de participation à l'expérimentation

Telle que prévue par la LFSS pour 2024, l'expérimentation doit démarrer au **1^{er} janvier 2025** pour une **durée de quatre ans** dans les **départements volontaires (20 au maximum)**. Pour se porter candidats,

¹ Garantir la prise en charge des personnes âgées en établissement, encadrer leur reste à charge, rapport à la Première ministre de Christine Pires-Beaune, juin 2023.

² Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 (article 79).

les départements devaient transmettre la délibération de leur assemblée au représentant de l'État sur leur territoire au plus tard le 30 avril 2024.

Selon les données fournies par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), **27 départements se sont portés volontaires** pour participer à l'expérimentation, témoignant d'un fort intérêt. Ces départements sont l'Aude, le Cantal, la Charente-Maritime, la Corrèze, les Côtes-d'Armor, la Creuse, le Finistère, la Guyane, la Haute-Garonne, la Haute-Marne, la Réunion, les Landes, le Lot, le Lot-et-Garonne, la Lozère, le Maine-et-Loire, la Mayenne, la Métropole de Lyon, le Morbihan, la Nièvre, le Pas-de-Calais, les Pyrénées-Orientales, la Savoie et la Seine-Saint-Denis ; trois départements, l'Aisne, la Loire-Atlantique et le Vaucluse s'étant manifestés après la date butoir.

B. Le dispositif initialement proposé : étendre l'expérimentation à trois départements supplémentaires et adapter les dispositions financières

Le présent article modifie l'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 pour apporter des ajustements aux modalités de mise en œuvre de l'expérimentation.

1. La hausse du nombre de départements expérimentateurs

Le 1° porte le nombre maximum de départements pouvant participer à l'expérimentation à 23, et ce dès le 1^{er} janvier 2025 (**b**) et **c**) du 3°).

Initialement, la loi prévoyait la participation de 20 départements à l'expérimentation, en distinguant une première vague à compter du 1^{er} janvier 2025 et une seconde vague à compter du 1^{er} janvier 2026.

2. Le report de la date de dépôt des candidatures

Le **a**) du 3° décale la date butoir pour la transmission de la candidature du département au représentant de l'État au 31 octobre 2024.

Initialement, la loi prévoyait que la décision devait être transmise au plus tard le 30 avril 2024. Or, certains départements n'ont pas pu transmettre leur délibération à temps mais ont revanche remis un courrier d'intention de délibérer en faveur d'une candidature.

3. La modification des dispositions financières

Le 2° précise les modalités de la rétro-compensation de recettes versée par les départements expérimentateurs à la Sécurité sociale.

Le **c**) du 2° retire du calcul du montant de la rétro-compensation la valorisation financière des emplois qui cessent d'être affectés à la tarification du forfait global relatif à la dépendance. Les **a**), **b**), **d**) et **e**) du 2° procèdent à des coordinations rédactionnelles.

Le **b**) du 2° prévoit par ailleurs que les dépenses engagées par le département au titre de l'APA en établissement au cours des trois années

précédant l'entrée en vigueur de l'expérimentation sont « transmises à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie », et non plus « retracées dans son compte de gestion ».

Le *d*) du 2° précise par ailleurs que pour les départements qui participent à l'expérimentation, le montant des concours de la CNSA versés au titre de l'APA en établissement est fixé par décret en tenant compte du montant des dépenses de l'année précédente.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

L'Assemblée nationale n'ayant pas examiné cet article, le Gouvernement l'a transmis au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

Le Sénat a, en premier lieu, adopté plusieurs amendements identiques de la commission, d'Annick Jacquemet (UC), Raymonde Poncet Monge (GEST) et Solanges Nadille (RDPI) visant à **réduire la durée de l'expérimentation de quatre à deux ans**, afin de permettre la pérennisation et la **généralisation plus rapide du dispositif**.

En deuxième lieu, il a adopté trois amendements identiques de la commission, du Gouvernement et de Solanges Nadille visant à assurer que la **garantie de ressources**, dont bénéficient les résidents éligibles à l'aide sociale à l'hébergement et leur conjoint resté à domicile, **reste applicable dans les départements expérimentateurs**.

En troisième lieu, trois amendements identiques du Gouvernement, de Philippe Grosvalet (RDSE) et Vincent Capo-Canellas (UC) **reportant la date de candidature à l'expérimentation au 15 novembre 2024** ont été adoptés.

Enfin, deux amendements du Gouvernement, l'un visant à assurer la **coordination de l'expérimentation avec la réforme des concours de la CNSA** prévue à l'article 20 *ter* et l'autre à **dresser la liste des départements retenus pour l'expérimentation**, ont été adoptés.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

L'article 21 a été adopté par la commission mixte paritaire dans la version issue du Sénat, avec des modifications rédactionnelles.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité, le Gouvernement a retenu deux amendements permettant :

- d'une part, de **décaler le début de l'expérimentation du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet 2025** et d'en fixer la date de fin au 31 décembre ; et de **modifier les paramètres de la réforme**, initialement établis sur une base annuelle, pour qu'ils puissent s'appliquer sur une demi-année en 2025 ;

- et d'autre part, d'apporter des **ajustements aux modalités de la participation des résidents** aux frais d'entretien de l'autonomie, afin de fluidifier la transition vers le nouveau régime de financement.

III - La position de la commission

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 21 ter

Reconnaissance du statut d'infirmier coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, vise à reconnaître le statut d'infirmier coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : reconnaître le statut des infirmiers coordonnateurs en Ehpad

A. L'état du droit : les infirmiers coordonnateurs n'ont pas de définition réglementaire

Contrairement aux médecins coordonnateurs, les **infirmiers diplômés d'État coordonnateurs (IDEC)** n'ont **pas de définition réglementaire** et les Ehpad ne sont pas obligés d'en compter parmi leurs effectifs.

Il n'en demeure pas moins que **la fonction d'IDEC**, aussi dénommée « IDE référent » **occupe un rôle central dans les Ehpad**, dans l'organisation et le suivi des soins des résidents mais également sur le plan du management de l'équipe soignante, le médecin coordonnateur n'exerçant souvent qu'à temps partiel. Le nombre d'IDEC est estimé entre 6 000 et 8 000¹.

¹ Source : Feuille de route Ehpad-USLD DGCS-DGOS 2021-2023.

Dans un rapport consacré aux Ehpad et aux unités de soins de longue durée (USLD), les professeurs Claude Jeandel et Olivier Guerin estiment que **la reconnaissance du statut d'IDEC est nécessaire**, notamment afin de **fixer le cadre de leurs missions et leur positionnement** sur les plans hiérarchique et fonctionnel, et d'établir un référentiel de compétences et de formation. En effet, les IDEC ne sont pas systématiquement formés en management et en gériatrie.

La feuille de route Ehpad-USLD 2021-2023 proposait justement la « *structuration du métier d'Infirmière coordonnatrice [...] s'inspirant du modèle de la fonction de médecin coordonnateur* », mais aucune mesure n'a été prise en ce sens. Pourtant, **la fonction d'IDEC devient incontournable dans le contexte de la pénurie de médecins coordonnateurs**. Le récent rapport de Chantal Deseyne, Solanges Nadille et Anne Souyris sur la situation des Ehpad¹ renouvelle ce constat et appelle, lui aussi, à la reconnaissance du statut d'infirmier coordonnateur.

B. Le dispositif initialement proposé : reconnaître le statut d'infirmier coordonnateur en Ehpad

Le présent article a été inséré par le Sénat en première lecture par un amendement de Daniel Chasseing (Les Indépendants - République et Territoires), avec un avis favorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement.

Il complète le premier alinéa du V de l'article L. 312-12 du code de l'action sociale et des familles, relatif aux fonctions du médecin coordonnateur dans les Ehpad, par une phrase prévoyant que **le personnel des Ehpad peut comprendre un infirmier coordonnateur chargé**, sous la responsabilité hiérarchique du médecin coordonnateur, **d'assurer l'encadrement de l'équipe soignante de l'établissement**. Il est précisé que **les qualifications requises et ses autres missions sont définies par décret**.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté l'article 21 *ter* dans sa rédaction issue du Sénat, avec des modifications rédactionnelles.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité, le Gouvernement a retenu un amendement rédactionnel du rapporteur Thibault Bazin.

¹ Chantal Deseyne, Solanges Nadille, Anne Souyris, « Situation des Ehpad », rapport d'information n° 778, déposé le 25 septembre 2024.

Il vise à préciser les conditions d'exercice de l'infirmier coordonnateur en Ehpad.

III - La position de la commission

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 21 quater

Aide exceptionnelle pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées en difficulté financière

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, crée une aide exceptionnelle pour soutenir les établissements sociaux et médico-sociaux en difficulté financière, et plus particulièrement les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). D'un montant initial de 100 millions d'euros, cette aide a été portée à 300 millions d'euros par le Gouvernement.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : créer une aide exceptionnelle en soutien aux Ehpad en difficulté financière

A. L'état du droit : des fonds d'urgence ont été mis en place en 2023 et 2024 pour venir en aide aux Ehpad en grande difficulté

1. La situation financière des Ehpad est particulièrement alarmante

Ces dernières années, **la situation financière des Ehpad s'est dégradée** à la suite d'une conjonction de crises.

Entre 2020 et 2023, la part des **Ehpad déficitaires**, tous statuts confondus - publics, privés lucratifs et non-lucratifs - est passée de 27 % à **66 %**, ces déficits provenant essentiellement des sections dépendance et hébergement. Cette situation s'explique par la combinaison de plusieurs facteurs :

- premièrement, **le taux d'occupation moyen des Ehpad a chuté** à partir de 2020, en lien avec la crise sanitaire et le scandale Orpea ;

- deuxièmement, les crises inflationniste et énergétique se sont traduites par une forte **hausse des dépenses de fonctionnement** des Ehpad ;

- troisièmement, les **revalorisations salariales** des métiers du secteur médico-social issues des accords du Ségur de la santé n'ont pas été entièrement compensées, augmentant de ce fait les dépenses de personnel des établissements ;

- enfin, **les revalorisations du tarif hébergement**, qui est réglementé pour les Ehpad publics, n'ont pas suivi le niveau de l'inflation depuis 2020. Ce

différentiel a contribué à la dégradation des finances des établissements, par un « effet ciseaux » entre baisse des revenus et hausse des dépenses.

2. Pour venir en aide à ces établissements, un fonds d'urgence a été créé en 2023

Face aux graves difficultés financières rencontrées par certains Ehpad, le Gouvernement a mis en place, en 2023¹, un **fonds d'urgence de 100 millions d'euros** destiné à les soutenir.

Afin de garantir le bon usage de ce fonds au niveau local, des **conférences départementales**, réunissant l'ensemble des financeurs et créanciers publics ont été réunies pour examiner les difficultés de trésorerie des établissements répartir le fonds.

Ce fonds d'urgence a été **salué par le secteur**, estimant qu'il démontrait une prise de conscience de la situation par les pouvoirs publics. Cependant, **son montant a été jugé insuffisant**, son déploiement ayant principalement permis de soutenir en avance de trésorerie **les situations les plus dégradées**.

En outre, ce fonds d'urgence, par nature, **ne permet pas de répondre aux problèmes de financement structurels** que rencontrent les Ehpad et auxquels il est impératif d'apporter des solutions. Sur ce point, la **réforme de la fusion des sections soins et dépendance**, dont l'expérimentation est prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024² et qui doit démarrer en 2025, représente une première étape.

B. Le dispositif initialement proposé : reconduire une aide en 2025 pour un montant de 100 millions d'euros

Le présent article a été inséré par le Sénat en première lecture par deux amendements identiques du rapporteur Chantal Deseyne (LR) et du Gouvernement.

Initialement, **le projet de loi ne prévoyait pas la reconduction du fonds d'urgence**. Or, de nombreux établissements continuent de présenter de graves difficultés financières.

Afin de maintenir le soutien aux établissements et services pour personnes âgées en difficulté, l'article 21 *quater* crée, pour l'année 2025, une **aide exceptionnelle de 100 millions d'euros**. Celle-ci est financée par le sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) relatif aux dépenses en faveur des établissements et services pour personnes âgées.

¹ Loi n°2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 (article 3).

² Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 (article 79).

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté l'article 21 *quater* dans sa rédaction issue du Sénat.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, le Gouvernement a porté le montant de l'aide exceptionnelle de 100 à 300 millions d'euros.

III - La position de la commission

La commission se félicite du recalibrage de ce dispositif de soutien, qui devient ainsi plus cohérent avec les besoins de financement des structures concernées.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 21 sexies (supprimé)

Prolonger l'expérimentation relative aux dérogations au droit du travail dans le cadre de prestations de relaiage à domicile des proches aidants

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, décale la date d'entrée en vigueur de l'article 9 de la loi du 15 novembre 2024 visant à améliorer le repérage et l'accompagnement des personnes présentant des troubles du neurodéveloppement et à favoriser le répit des proches aidants, du 1^{er} janvier au 1^{er} avril 2025. Cet article prévoit la pérennisation de l'expérimentation de relative aux dérogations au droit du travail dans le cadre de prestations de relaiage à domicile des proches aidants.

Constatant l'entrée en vigueur de l'article 9 précité le 1^{er} janvier 2025, cet article n'a plus de raison d'être.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé : reporter de trois mois la pérennisation du cadre dérogatoire au droit du travail applicable aux prestations de relaiage à domicile

A. L'état du droit : la loi n°2024-1028 du 15 novembre 2024 prévoit la pérennisation, au 1^{er} janvier 2025, du cadre dérogatoire au droit du travail applicable aux prestations de relaiage

L'article 53 de la loi « Essoc »¹ a mis en place une expérimentation visant à développer et diversifier l'offre de répit des proches aidants. Elle permet de soumettre les salariés d'établissements et services médico-sociaux volontaires à un cadre juridique dérogatoire pour ce qui relève du régime d'équivalence, des temps de pause, des durées maximales quotidienne et hebdomadaire de travail et de la durée minimale de repos quotidien.

Au total, plus de 200 établissements et services ont été autorisés à mettre en œuvre l'expérimentation dans 54 départements et 14 régions. La fin de l'expérimentation a été fixée au 31 décembre 2024 par la LFSS pour 2024. **Une évaluation réalisée en 2023 par la direction générale du travail (DGT) en dresse un bilan globalement positif**, malgré quelques difficultés de mise en œuvre opérationnelle des dérogations sur le terrain.

Aussi le législateur a-t-il souhaité **intégrer de manière pérenne ces dispositions expérimentales dans le droit commun.** C'est ce que prévoit l'article 9 de la loi du 15 novembre 2024 visant à améliorer le repérage et l'accompagnement des personnes présentant des troubles du neurodéveloppement et à favoriser le répit des proches aidants, qui fixe **au 1^{er} janvier** l'entrée en vigueur de cette pérennisation.

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

B. Le dispositif initialement proposé : décaler l'entrée en vigueur de la pérennisation du cadre dérogatoire au droit du travail applicable aux prestations de relayage

L'article 21 *sexies* est issu de deux amendements identiques de Jocelyne Guidez (UC) et du Gouvernement ayant reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales.

Afin de laisser le temps au Gouvernement de préparer les textes d'application nécessaires, et ainsi d'éviter les ruptures de prise en charge au sein des établissements et services expérimentateurs, il **reporte l'entrée en vigueur de l'article 9 de la loi du 15 novembre 2024** mentionné ci-avant du 1^{er} janvier au 1^{er} avril 2025 et, en cohérence, prolonge de trois mois l'expérimentation prévue par la loi Essoc.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté l'article 21 *sexies* dans sa rédaction issue du Sénat, moyennant plusieurs modifications rédactionnelles.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, le Gouvernement a retenu l'amendement du rapporteur Thibault Bazin portant suppression de cet article.

En effet, celui-ci n'a plus lieu d'être puisque les dispositions de l'article 9 de la loi n° 2024-1028 du 15 novembre 2024 sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2025.

III - La position de la commission

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 22

**Réforme du mode de calcul de la pension de retraite de base
des non-salariés agricoles**

Cet article réforme la pension de retraite de base des non-salariés agricoles afin d'en aligner le mode de calcul sur le régime général. Il supprime les retraites forfaitaire et proportionnelle pour calculer la retraite de base sur les 25 meilleures années de revenus. La mesure prendra effet rétroactivement au 1^{er} janvier 2026, la CCMSA n'étant pas en capacité de l'appliquer avant le 1^{er} janvier 2028.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I – Le dispositif proposé : le calcul de la retraite de base des non-salariés agricoles sur les 25 meilleures années de revenus

A. L'état du droit : la pension de retraite des non-salariés agricoles, particulièrement complexe, se divise en plusieurs parts et bénéficie de l'encadrement de minima

1. Le régime des non-salariés agricoles regroupe différents statuts d'assurés ayant en commun l'exercice d'une activité professionnelle agricole non salariée

L'affiliation au régime des non-salariés des professions agricoles est ouverte aux personnes non salariées réalisant des activités dites « **agricoles** » dans des entreprises et des exploitations *ad hoc*, dont la liste figure à l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime.

Ces activités recourent l'élevage, le dressage, les travaux agricoles, forestiers, ou encore la conchyliculture (élevage des coquillages) et la pisciculture (élevage de poissons).

Par ailleurs, **le temps de travail en lien avec des activités de prolongement de la production**, telles que le conditionnement et la transformation de produits agricoles et les activités d'agrotourisme, **compte pour apprécier l'affiliation au régime des non-salariés.**

Les différents statuts des non-salariés agricoles

Le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ¹, qui dirige et met en valeur une exploitation ou une entreprise dont l'importance atteint l'un des critères de l'activité minimale d'assujettissement, à savoir :

1° La superficie mise en valeur est au moins égale à la surface minimale d'assujettissement, fixée par arrêté préfectoral pour chaque département et chaque type de culture ;

¹ Articles L. 722-4 et suivants du code rural et de la pêche maritime.

2° Dans le cas où la condition fixée au 1° ne peut être appréciée, le temps de travail nécessaire à la conduite de l'activité doit être au moins égal à 1 200 heures par an ;

3° Pour les cotisants exploitant un quart de la surface minimale d'assujettissement ou travaillant entre 150 et 1 200 heures par an sans avoir fait valoir leurs droits à la retraite, le revenu professionnel doit être au moins égal à l'assiette forfaitaire applicable aux cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité, soit 800 Smic horaire.

L'aide familial est une personne âgée d'au moins 16 ans, ascendant, descendant, frère, sœur ou allié du même degré du chef d'exploitation agricole, ou de son conjoint, qui vit sur l'exploitation et participe à sa mise en valeur sans être salarié.

Le conjoint collaborateur : ce statut a été créé en 1999 afin de permettre aux personnes mariées, pacsées ou vivant en concubinage avec un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant une activité non rémunérée sur l'exploitation et l'entreprise, de bénéficier d'une protection sociale au même titre que les aides familiaux, en contrepartie de cotisations sociales relativement faibles. Depuis le 1^{er} janvier 2022, ce statut est limité à 5 ans, durée au terme de laquelle le conjoint devrait opter entre le statut de co-exploitant ou de salarié.

L'associé d'exploitation s'entend d'une personne non salariée, âgée de 18 ans révolus et de moins de 35 ans, descendant, frère, sœur ou allié du même degré du chef d'exploitation agricole ou de son conjoint, qui a pour activité principale la participation à la mise en valeur de l'exploitation¹. Les personnes bénéficiant de ce statut depuis le 18 mai 2005 sont également soumises à une durée maximale de 5 ans, au terme de laquelle ils doivent opter pour le statut de co-exploitant ou de salarié.

2. Le système de retraite des non-salariés agricoles se décompose en trois étages

a) La pension de retraite de base des non-salariés agricoles comprend une pension de retraite forfaitaire et une pension de retraite proportionnelle

La pension de retraite de base des non-salariés agricoles se définit selon une architecture à deux étages, que sont **la pension de retraite forfaitaire**, identique pour une même durée d'assurance, et **la pension de retraite proportionnelle**, calculée selon un système par points.

La pension de retraite forfaitaire est ouverte au titre de l'assurance vieillesse individuelle (AVI) **aux seuls chefs d'exploitation, aides familiaux et conjoints collaborateurs exerçant leur activité à titre exclusif**.

Son **montant maximal** est égal à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS), soit **328,07 euros par mois au 1^{er} janvier 2024**.

Elle est calculée **au prorata de la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une pension à taux plein** : lorsque la durée d'activité est inférieure à cette durée minimale, son montant y est proportionnel.

¹ Article L. 321-6 du code de la sécurité sociale.

Le financement de cette retraite forfaitaire est assuré par une cotisation de 3,32 % sur le revenu, dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass) et sur une assiette minimale de 800 Smic horaire.

Mode de calcul de la pension de retraite forfaitaire des non-salariés agricoles

$$\boxed{328,07 \text{ €}} \times \boxed{\frac{\text{Durée d'assurance accomplie}}{\text{Durée d'assurance requise}} \text{ pour le taux plein}}$$

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

La **pension de retraite proportionnelle** est versée au titre de l'assurance vieillesse agricole (AVA) et repose sur **un système par points**.

Le nombre de points acquis est **fonction des cotisations versées et de la durée d'assurance**. Avant 1990, les cotisations étaient calculées sur la base d'un « revenu cadastral » arrêté dans chaque département et selon chaque type d'activité. Depuis cette date, les cotisations sont calculées sur le revenu professionnel dégagé par l'exploitant.

Le **barème d'acquisition** des points n'est pas purement proportionnel à l'assiette de cotisation, mais **assure une redistribution en faveur des plus modestes**.

Le **nombre de points acquis par annuité diffère selon le statut du non-salarié agricole** : les chefs d'exploitation valident entre 23 et 114 points selon leur revenu professionnel, tandis que les membres de sa famille, que sont les collaborateurs et aides familiaux, cotisent sur une assiette forfaitaire qui leur confère 16 points par annuité.

Par ailleurs, les chefs d'exploitation agricoles cotisent également à l'AVA pour le compte des collaborateurs et aides familiaux qui les assistent.

Mode de calcul de la pension de retraite proportionnelle des non-salariés agricoles



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

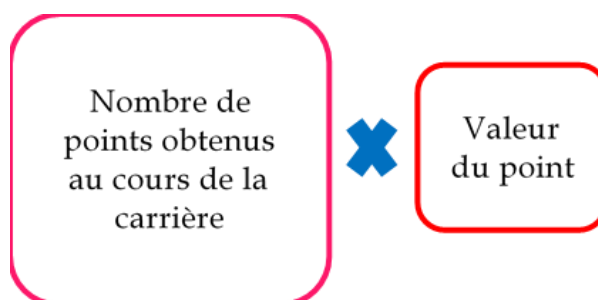
Enfin, les personnes ayant exercé une activité agricole non salariée à titre accessoire, en parallèle d'une activité salariée, ne peuvent prétendre qu'à une pension de retraite proportionnelle.¹

b) À la retraite de base s'ajoute depuis 2003 un système de retraite complémentaire obligatoire (RCO)

Le régime de retraite complémentaire obligatoire a été créé en 2003 et étendu aux conjoints collaborateurs et aux aides familiaux en 2011².

Il fonctionne également par **points**, qui sont acquis pour les périodes en activité postérieures à 2003 et 2011, et gratuits par année d'activité pour les périodes antérieures à ces dates. Les cotisations sont assises sur les revenus professionnels au taux de 4 % selon une assiette minimale, et les droits acquis sont proportionnels aux cotisations, sans plafond.

Mode de calcul de la pension de retraite complémentaire des non-salariés agricoles



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

¹ Article L. 732-28 du code rural et de la pêche maritime.

² Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, article 90.

3. Le montant des pensions de retraites des non-salariés agricoles, parmi les plus faibles, est garanti par des minima qui s'appliquent aux pensions de base comme complémentaires

a) La pension majorée de référence permet de porter la retraite de base des travailleurs non salariés agricoles au niveau du minimum contributif du régime général

Instaurée en 2009, **la pension majorée de référence** est une pension différentielle, dont le montant correspond à la différence entre le montant de la retraite de base (forfaitaire et proportionnelle) servie à l'assuré, et un plafond, autrefois différencié selon la qualité d'exploitant, conjoint collaborateur ou aide familial, et désormais unifié à celui du minimum contributif majoré (MiCo) du régime général, soit 892,49 euros depuis le 1^{er} janvier 2024.

Pour en bénéficier, les assurés doivent remplir les conditions suivantes :

- justifier, dans un ou plusieurs régimes obligatoires, de la durée d'assurance ouvrant droit à une pension à taux plein, ou avoir atteint l'âge d'annulation de la décote (67 ans) ;

- faire valoir tous ses droits à la retraite de base et complémentaires, et avoir liquidé les éventuelles pensions de réversion auxquelles il a droit.

Si l'assuré n'a pas été affilié au régime des travailleurs non-salariés agricoles durant toute sa carrière, **le montant de la PMR est calculé au prorata de la durée d'assurance qu'il y a accomplie par rapport à la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une pension à taux plein.**

Enfin, lorsque le montant des pensions de droit propre et dérivé servies par les régimes obligatoires de base et complémentaire excède **le seuil d'écêtement de 1012,02 euros**, la majoration de pension est réduite à due concurrence de ce dépassement.

b) Le complément différentiel de points de retraite complémentaire porte celle-ci à un niveau minimal équivalent à 85 % du Smic

Le complément différentiel de points de retraite complémentaire (CDRCO) est ouvert depuis 2014 aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles qui justifient, d'une part, d'avoir exercé 17,5 années en cette qualité au régime des non-salariés agricoles, et d'autre part, d'avoir accompli au sein d'un ou plusieurs régimes obligatoires la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une pension à taux plein.

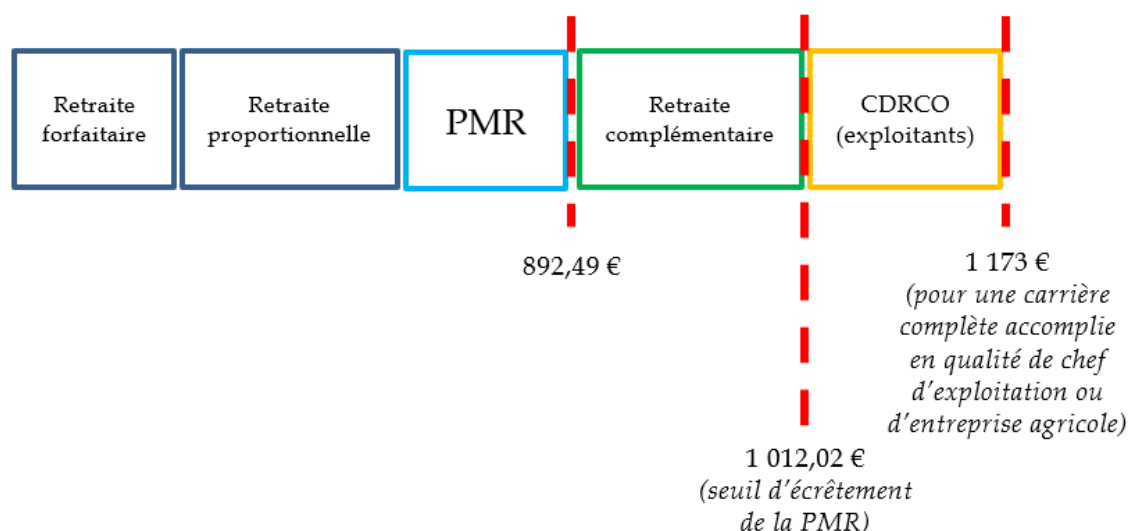
À défaut, le montant du CDRCO est **calculé au prorata de la durée d'assurance accomplie en qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole** par rapport à la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une retraite à taux plein.

Le CDRCO permet de rehausser la pension de retraite à niveau minimal fixé depuis 2020¹ à **85 % du Smic agricole** en vigueur le 1^{er} janvier de l'année de liquidation de la pension, **soit 1 173 euros par mois en 2024**.

Tout comme la pension majorée de référence, le complément différentiel de points de retraite complémentaire est soumis à un **seuil d'écêtement**. Si le montant des pensions de droit propre servies à l'assuré par l'ensemble des régimes obligatoires de base et complémentaires, y compris le CDRCO, excède 85 % du Smic, alors la majoration est réduite à due concurrence du dépassement.

Les conjoints collaborateurs et les aides familiaux ne bénéficient pas du CDRCO.

La pension de retraite globale des travailleurs non salariés agricoles



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

B. Le dispositif proposé : le calcul des pensions de retraite agricoles sur les 25 meilleures années de revenus

1. Une réforme du mode de calcul de la retraite de base des non-salariés agricoles selon les 25 années d'assurance était attendue au 1^{er} janvier 2026

La loi n° 2023-87 du 13 février 2023 visant à calculer la retraite de base des non-salariés agricoles en fonction de leurs 25 meilleures années de revenus, adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale et le Sénat, comportait un article unique indiquant que la Nation se fixait pour objectif de déterminer, à compter du 1^{er} janvier 2026 au lieu de 2024 dans la version initiale, le montant de la pension de base des travailleurs non salariés des

¹ Loi n° 2020-839 du 3 juillet 2020 visant à assurer la revalorisation des pensions de retraite agricole en France continentale et dans les outre-mer, article 1^{er}.

professions agricoles **en fonction des 25 années civiles d'assurance les plus avantageuses.**

Le Gouvernement était néanmoins tenu de remettre, dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la loi, **un rapport** précisant les modalités de mise en œuvre de cette réforme, dans le respect des spécificités du régime agricole et la garantie du niveau des pensions et des droits acquis.

Ce rapport, rédigé par l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et le conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux (CGAAER), a été **remis au Parlement le 30 janvier 2024.**

Deux spécificités techniques doivent être prises en compte dans l'élaboration des scénarii de réforme. La première est que la caisse de mutualité sociale agricole ne conserve pas les archives de revenus de ses assurés ayant permis le calcul des retraites proportionnelles, au-delà d'une durée de dix ans, de sorte que **tous les revenus antérieurs à 2016 sont perdus.** La deuxième est que son système informatique doit subir une **rénovation d'ampleur** afin de pouvoir intégrer de nouveaux paramètres de calcul des pensions, de sorte qu'il n'était pas assuré qu'il soit **opérationnel avant le 1^{er} janvier 2028.**

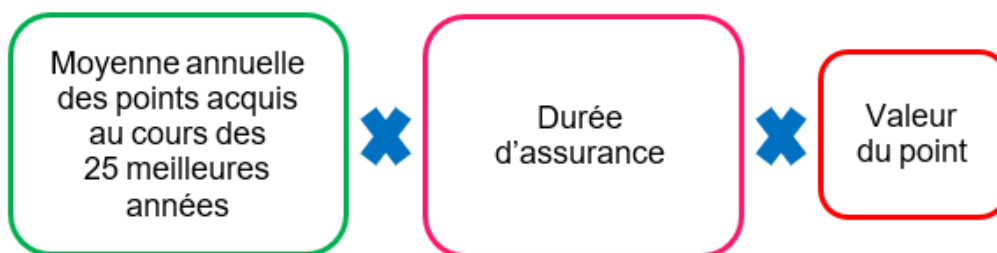
Les différents scénarii retenus par le rapport prenaient en considération l'impossibilité de liquider les pensions des assurés à partir de leurs seuls revenus antérieurs à l'année 2016, de sorte que cette règle était soit appliquée à compter de cette date, soit à compter de l'entrée en vigueur de la réforme, au 1^{er} janvier 2026. Plusieurs scénarii procédaient ainsi à un système de double liquidation des retraites des non-salariés agricoles, conservant le système à points pour les revenus antérieurs à 2016, et appliquant les 25 meilleures années de revenus postérieurs à cette date.

Dans un souci d'exhaustivité, il convient de présenter quelques scénarii qui n'ont toutefois pas été retenus dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Ainsi, un scénario dit 2B **fusionnant la retraite forfaitaire et la retraite proportionnelle** en une retraite de base n'étant plus constituée que d'une retraite proportionnelle à points, et qui prendrait en compte **les 25 meilleures années de points**, avait été **voté par le Sénat** sous la forme d'une **proposition de loi portée par Philippe Mouiller**, président de la commission des affaires sociales.

Il était ainsi accordé aux assurés, pour chaque année de leur carrière, **un nombre de points égal au nombre annuel moyen de points acquis pendant leurs 25 années d'assurance les plus avantageuses.** Le montant de la pension de retraite correspondait alors au produit du nombre total de points attribués selon ces modalités par la valeur de service du point.

Mode de calcul de la pension de retraite des non-salariés agricoles proposé au terme du scénario retenu par le Sénat



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

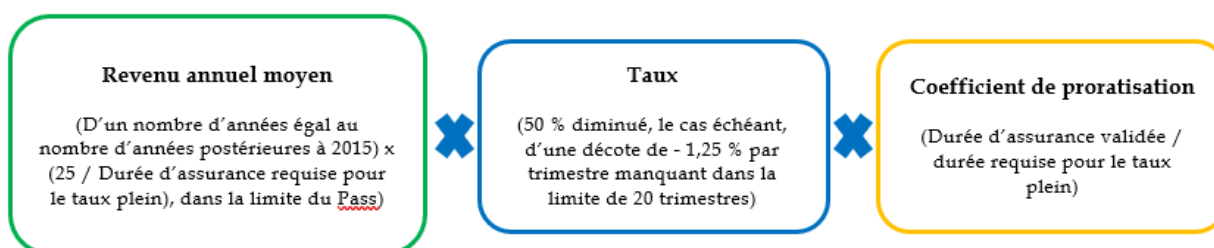
Le rapport de l'Igas et du CGAAER retenait pour sa part un scénario dit 4C, qui conservait les règles actuelles de liquidation des pensions pour la partie de carrière antérieure à 2016, et liquidait la partie de carrière postérieure à 2015 selon la règle de calcul des 25 meilleures années de revenus. Le nombre de meilleures années à retenir était calculé en appliquant un coefficient de proratisation aux années avec revenus.

Mode de calcul de la pension de retraite des non-salariés agricoles préconisé par le rapport de l'IGAS et du CGAAER

Partie de la pension correspondant à la partie de la carrière antérieure à 2016



Partie de la pension correspondant à la partie de la carrière postérieure à 2015



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

Il convient également de souligner que ce scénario avait été retenu après que le Gouvernement eut écarté les scénarii consistant à sélectionner les 25 meilleures années de points, arguant qu'une telle sélection serait contraire à la logique d'accumulation de points de ce type de système de retraite.

2. Le choix d'un alignement du mode de calcul sur le régime général

a) La retraite de base des non-salariés agricoles partageait déjà certains paramètres communs avec les régimes alignés

Malgré sa forme particulière, la pension de retraite de base des non-salariés agricoles partageait déjà certains paramètres avec les régimes alignés, que sont :

- l'existence d'un âge légal de départ en retraite ;

- l'existence d'une durée d'assurance requise pour l'obtention d'une pension à taux plein, d'un mécanisme de décote et de surcote, applicable tant à la retraite forfaitaire qu'à la retraite proportionnelle, et d'un âge d'annulation de la décote, fixé à 67 ans¹ ;

- le plafonnement du montant global de la pension de base à 50 % du Pass² ;

- **l'indexation des pensions sur l'inflation, dans les mêmes conditions que dans les régimes alignés³**, contrairement à d'autres régimes par points, comme l'Agirc-Arrco, qui déterminent le coefficient de revalorisation des pensions qu'ils servent de façon à assurer leur équilibre financier.

b) La réforme prévoit la création d'une nouvelle pension de base fondée sur les 25 meilleures années de revenus, tous régimes confondus

Le scénario retenu à terme par le Gouvernement est celui d'une liquidation des pensions des non-salariés agricoles sur les 25 meilleures années de **revenus**, sur le modèle du régime général et des régimes alignés (salariés du privé, salariés agricoles et non-salariés non agricoles).

La pension de retraite des régimes alignés est calculée en appliquant au **revenu annuel moyen des 25 meilleures années** un taux dépendant de la durée d'assurance. Le taux plein s'élève à 50 %.

Les pensions de retraite forfaitaire proportionnelle seraient ainsi **fusionnées en une retraite de base**, calculée comme celle des régimes alignés, en prenant en compte **les 25 meilleures années de revenus**.

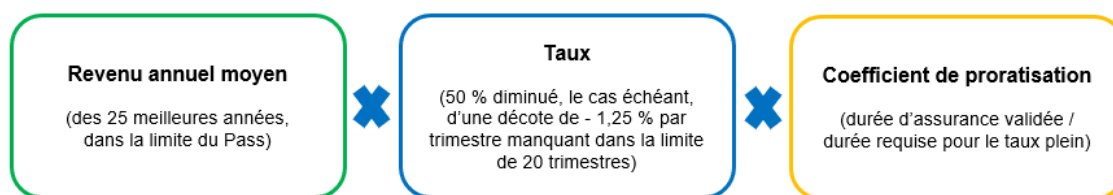
Cet alignement permettrait de répartir les 25 meilleures années de revenus des polypensionnés, qui représentent **85 % des non-salariés agricoles**, entre le régime des non-salariés agricole et les régimes alignés **au prorata des durées d'assurance accomplies dans chacun des régimes**.

¹ Articles L. 732-25 et L. 732-25-1 du code rural et de la pêche maritime.

² Articles L. 732-26 et R. 732-60 du code rural et de la pêche maritime.

³ Article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime.

Mode de calcul de la pension de retraite de base des non-salariés agricoles pour les salariés ayant démarré leur carrière après 2016



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

Une telle réforme ne pourra être mise en œuvre que pour les non-salariés agricoles ayant démarré leur carrière agricole après 2016, eu égard au fait que la CCMSA ne conserve pas les revenus antérieurs à cette date. Elle trouverait donc à s'appliquer en 2041 au plus tôt.

Pour cette raison, le Gouvernement propose de retenir d'ici à cette date un **autre scénario**, afin de respecter l'objectif fixé par le législateur d'une réforme du mode de calcul de la retraite des non-salariés agricoles sur leurs 25 meilleures années de revenus entrant en vigueur 1^{er} janvier 2026.

Pour la partie de carrière accomplie au sein du régime des non-salariés agricoles, les années seront réparties entre les périodes avant et après 2016, au prorata de la durée d'assurance accomplie sur chacune des périodes.

Seront prises en compte les 25 meilleures années de points acquis avant 2016, comme dans le scénario de type 2B retenu par le Sénat, et **les 25 meilleures années de revenus postérieurs à 2015**.

Enfin, **pour les polypensionnés, l'ensemble de la retraite sera liquidé au prorata des années accomplies dans chacun des régimes, les 25 meilleures années de revenus étant prises en compte au titre de leur carrière dans les régimes alignés.**

Le Gouvernement justifie le choix de scénario par le fait que les **polypensionnés**, qui représentent 85 % des non-salariés agricoles, **gagneront à voir pris en compte les 25 meilleures années de revenus sur l'ensemble de leur carrière, tous régimes confondus.**

L'étude d'impact de l'article 22 cite en exemple trois cas de polypensionnés sortant gagnants de la réforme :

- un salarié ayant gagné des revenus entre 1 et 2,5 Smic et exercé en qualité de chef d'exploitation pendant 10 ans avec des revenus fluctuants, dont certains atteignent 800 Smic. La prise en compte des 25 meilleures années de revenus améliorerait sa pension de 23 % ;

- un salarié ayant perçu en cette qualité un revenu égal à 0,5 Pass pendant 10 ans, puis un revenu égal à un Pass en qualité de chef d'exploitation, pour une durée non renseignée. Il bénéficie de la suppression

du système de points fondé sur un barème, pour un gain de 4 % du montant de sa pension totale après la réforme ;

- un chef d'exploitation ayant perçu pendant 10 ans un revenu de 0,5 Pass puis pendant 15 ans un revenu équivalent à un Pass, puis achève sa carrière en tant que salarié avec ce même revenu. La réforme supprime les années les moins rémunératrices de sa pension de non-salarié agricole et améliore sa pension de 3 % en 2028.

En revanche, **parmi la population monopensionnée du régime des non-salariés agricoles, seuls ceux qui ont un revenu d'activité supérieur à 800 Smic, et qui bénéficient d'un faible effet redistributif du barème de points, gagneront à la prise en compte des 25 meilleures années de revenus.**

Tel serait le cas d'un monopensionné dont le revenu est égal au salaire moyen sur l'ensemble de sa carrière. Selon l'étude d'impact, sa pension s'améliorerait en 2028 de 10 % à la suite de la réforme.

c) Les difficultés informatiques auxquelles se heurte la CCMSA justifient que la réforme s'appliquera au 1^{er} janvier 2028 et rétroactivement, au 1^{er} janvier 2026

Si le texte de l'article 22 du PLFSS pour 2025 prévoit que la réforme consistant à calculer la retraite de base des non-salariés agricoles sur les 25 meilleures années s'appliquera **au 1^{er} janvier 2026, cette application se fera de manière rétroactive.** En effet, **une clause de sauvegarde** trouvera à s'appliquer **entre le 1^{er} janvier 2026 et le 31 décembre 2027**, période pendant laquelle les nouvelles pensions seront liquidées selon le droit actuellement en vigueur.

Au 1^{er} janvier 2028, le système informatique de la CCMSA serait en capacité d'isoler les 25 meilleures années sur le système de points pour les revenus antérieurs à 2016, et sur les revenus postérieurs à 2016. **Les pensions versées pendant ces deux années pour les seuls pensionnés ayant liquidé leur pension après le 1^{er} janvier 2026 seront ainsi recalculées, et la réforme appliquée rétroactivement.** S'il apparaît que le montant de la pension après application de la réforme **est plus favorable** à celui calculé sur le droit antérieur, **des rappels de pensions seront versés au pensionné et le montant de la pension sera révisé.** En revanche, s'il apparaît inversement que la pension liquidée selon les règles nouvelles est **moins élevée** que celle obtenue en application du droit antérieur, **le trop-perçu ne sera pas réclamé et le montant de la pension calculé sur le droit antérieur serait acquis définitivement.**

3. L'extension des minima de pension

La réforme du mode de calcul de la retraite de base des non-salariés agricoles s'accompagne de mesures visant à revaloriser les minima de pension et à en étendre le bénéfice aux non-salariés agricoles exerçant leur activité professionnelle à titre secondaire.

Mesures de convergence entre les régimes alignés et non salariés agricoles entrant en vigueur au 1^{er} janvier 2026

- **Relèvement du plafond d'écrêtement** tous régimes de la **pension majorée de référence** (PMR) (1 073 € brut en 2023) à celui du **minimum contributif** (MiCo) (1 387 € brut) ;
- **Exclusion des nouvelles pensions de droit propre et dérivé issues du cumul emploi-retraite** dans le calcul de la PMR et du complément différentiel de points de retraite (CD de RCO) ;
- **Extension du bénéfice de la PMR et du CD de RCO aux non-salariés exerçant leur activité à titre secondaire**, en contrepartie de l'augmentation de leur effort contributif afin de converger vers celui des travailleurs indépendants (cf. commentaire de l'article 3). Cette mesure s'appliquera au titre des années cotisées à compter du 1^{er} janvier 2026 ;
- **Ouverture de droits à pension au titre des années incomplètes et des périodes d'exercice d'un mandat local** ;
- **Extension du cumul emploi retraite générateur de nouveaux droits à pension au cumul emploi retraite sur dérogation préfectorale**, au titre du maintien de l'activité à défaut de repreneur ;
- **Simplification du dispositif de surcote parentale** sur une seule période de référence, et non plus l'ensemble des périodes discontinues entre la surcote parentale et la surcote de droit commun ;
- **Liquidation du dispositif de pension d'orphelin dans le cadre de la liquidation unique des régimes alignés (LURA).**

Le Gouvernement sollicite enfin une **habilitation à légiférer par ordonnance pour transposer la réforme du mode de calcul de la pension de retraite de base dans les départements d'outre-mer**. L'assiette sociale des non-salariés agricoles ultramarins, qui est actuellement assise sur la superficie réelle pondérée de l'exploitation, doit être réformée par ordonnance que le Gouvernement a été habilité à prendre aux termes de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

1. Le texte transmis au Sénat

L'Assemblée nationale n'ayant pas examiné cet article, le Gouvernement l'a transmis au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté cet article modifié par **trois amendements**.

Le premier, n° 1387, déposé par le Gouvernement, a apporté plusieurs corrections matérielles et procédé à des mesures de coordination.

Ont ainsi été ajoutés le rattachement avec le régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, une adaptation terminologique du dispositif de la pension d'orphelin, et la précision du fait que les périodes d'assurance antérieures au 1^{er} janvier 2026 sont prises en compte pour dans le cadre du calcul transitoire de la retraite proportionnelle pour les pensions liquidées entre le 1^{er} janvier 2026 et le 31 décembre 2027 sur le fondement du droit actuellement en vigueur, au terme du dispositif dit de clause de sauvegarde.

Le deuxième, n° 1395, déposé par le Gouvernement, est venu préciser que l'aide familial agricole qui n'a pas, à l'issue des cinq années pendant lesquelles il peut bénéficier de ce statut, opté pour celui de salarié ou de chef d'exploitation, est présumé avoir exercé en qualité de salarié agricole s'il a continué à travailler sur l'exploitation.¹ Cette disposition permet de lutter contre le travail dissimulé et la sous-déclaration.

Le troisième, n° 1403, déposé par la commission des affaires sociales, a réduit de 9 mois le dispositif dit de clause de sauvegarde, en imposant que le recalcul, selon le texte du présent article, des pensions de retraite liquidées entre le 1^{er} janvier 2026 et le 31 décembre 2027 selon le droit actuellement en vigueur, intervienne au plus tard le 31 mars 2028 au lieu du 31 décembre 2028.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a apporté quelques modifications rédactionnelles.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

L'Assemblée nationale a adopté cet article modifié par 9 amendements rédactionnels.

III - La position de la commission

La commission se félicite de la mise en œuvre d'une réforme du mode de calcul de la retraite de base des non-salariés agricoles selon les 25 années d'assurance les plus avantageuses, qu'elle appelait de ses vœux.

Elle regrette toutefois que la mise en œuvre de celle-ci sur la partie de retraite correspondant aux années cotisées au régime des non-salariés agricoles antérieurement à 2016 ne puisse se faire qu'à compter du 1^{er} janvier 2028, et non au 1^{er} janvier 2026.

¹ L'amendement 1387 a repris des précisions apportées par la commission des affaires sociales dans son amendement n° 178, et l'amendement 1395 est un amendement de couverture de l'amendement n° 178 adopté par la commission des affaires sociales. Les amendements 177 et 178 avaient été déclarés irrecevables au titre de l'article 40.

Soucieuse du fait qu'il n'y ait pas de perdants, elle a étudié avec attention l'impact du scénario retenu par le Gouvernement sur les monopensionnés dont le revenu était inférieur à 800 Smic et qui bénéficiaient ainsi de l'effet redistributif du barème de points sur lequel est assise la retraite proportionnelle.

Il apparaît néanmoins que les mesures d'alignement du plafond d'écrêtement de la pension majorée de référence (PMR) sur celui du minimum contributif (MiCo), d'une part, et l'extension des minima de pension aux non-salariés exerçant à titre secondaire, d'autre part, permettent de réduire sensiblement le nombre de perdants parmi cette population. Selon les précisions apportées par la direction de la sécurité sociale, la part de perdants est de l'ordre de 2 % avec une perte moyenne de 30 euros bruts.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 23 (supprimé)

**Décalage de la revalorisation des pensions et prestations
d'assurance vieillesse au 1^{er} juillet**

Cet article vise à décaler de manière pérenne la revalorisation annuelle des pensions et prestations d'assurance vieillesse au 1^{er} juillet au lieu du 1^{er} janvier.

La commission propose de maintenir la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé dans la version initiale du projet de loi : le décalage au 1^{er} juillet de la revalorisation sur l'inflation des pensions et prestations d'assurance vieillesse

A. Depuis 2018, les pensions de retraites sont revalorisées sur l'inflation au 1^{er} janvier de chaque année

1. Le principe d'indexation des pensions sur l'inflation est inscrit dans la loi depuis 2003

Afin de maintenir le niveau de vie des retraités, **les pensions de retraite sont revalorisées annuellement** sur l'inflation hors tabac.

Pratiquée depuis 1987, **l'indexation sur l'inflation des pensions de vieillesse servies par le régime général et les régimes alignés** a été consacrée en son principe à **l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale** par la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

Cette même loi a également étendu **le principe de l'indexation sur l'inflation aux pensions de retraite des fonctionnaires**¹. Avant cette date,

¹ Article L. 16 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

l'indexation des pensions des fonctionnaires retraités était fonction des revalorisations de traitement des fonctionnaires en activité.

Les pensions de retraite sont désormais revalorisées chaque année en fonction de l'évolution des prix à la consommation, selon un **coefficient défini à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale**.

Jusqu'en 2015, le coefficient de revalorisation prenait en compte l'inflation prévisionnelle de l'année en cours, établie par la Commission économique des comptes de la Nation. En cas d'écart avec l'inflation finalement constatée, il était rectifié par arrêté.

Les lois financières pour 2016 ont **simplifié cet exercice**, en prenant en compte **l'inflation constatée par l'Insee**. Désormais, les prestations sont revalorisées **sur la base de l'inflation moyenne des douze derniers mois, constatée l'avant-dernier mois précédant le mois de la revalorisation**.

Depuis 2016, le législateur a également mis en place un « bouclier » afin de prévenir l'évolution à la baisse des prestations en cas d'inflation négative. Dans l'hypothèse d'une baisse des prix, le coefficient de revalorisation égal à l'inflation est porté à un. Les montants sont maintenus à leur niveau antérieur, ce qui signifie qu'ils augmentent en termes réels.

Concrètement, pour une revalorisation qui interviendrait au 1^{er} janvier 2025, le coefficient de revalorisation correspondrait au taux de variation entre la valeur moyenne des indices des prix à la consommation hors tabac de novembre 2023 à octobre 2024 et de novembre 2022 à octobre 2023.

Ce coefficient s'applique **aux différents régimes de retraite, ainsi qu'aux salaires portés au compte** et à certaines prestations de sécurité sociale telles que les pensions d'invalidité, les rentes AT-MP et l'allocation de solidarité aux personnes âgées¹.

2. La date de revalorisation annuelle des pensions de retraite a fait l'objet de plusieurs modifications successives

Depuis 2019², la revalorisation du montant des retraites et des prestations non contributives intervient au **1^{er} janvier de chaque année**, tandis que d'autres prestations sont, elles, revalorisées le 1^{er} avril selon le même principe.

Les prestations revalorisées le 1^{er} janvier

Les prestations de la branche vieillesse : les pensions de base, la retraite complémentaire du BTP, la retraite complémentaire des contractuels de la fonction publique, l'allocation de solidarité, la pension majorée de référence des exploitants agricoles et le seuil d'écrêtement, la retraite complémentaire des travailleurs

¹ Article L. 816-2 du code de la sécurité sociale.

² Article 41 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

indépendants, les pensions de retraite additionnelle des enseignants du privé, les prestations de vieillesse et de réversion, l'allocation de veuvage, le minimum contributif non majoré et majoré ; le minimum des pensions de réversion, la majoration forfaitaire pour enfant à charge, la rente forfaitaire des retraites ouvrières et paysannes, les prestations non contributives que sont l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), ainsi que les anciennes prestations constituant le minimum vieillesse.

Les prestations revalorisées le 1^{er} avril

- Les prestations familiales : revalorisation des bases mensuelles sur lesquelles sont calculées les prestations de la branche famille ;
- les prestations d'invalidité et les rentes AT-MP des régimes de sécurité sociale : les pensions d'invalidité, l'indemnité en capital AT-MP, les rentes AT-MP et le salaire minimum de rentes AT-MP, la prestation complémentaire pour recours à tierce personne, la majoration pour tierce personne AT-MP, l'allocation supplémentaire d'invalidité ;
- les plafonds de ressources pour la complémentaire santé : couverture maladie complémentaire (CMU-c) et aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ;
- les prestations hors champs de la sécurité sociale mais relevant du champ de l'article L. 161-25 : le revenu de solidarité active, l'allocation pour demandeur d'asile, l'allocation temporaire d'attente, l'aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants, la prestation transitoire de solidarité, l'allocation aux adultes handicapés ;
- les prestations hors champ de la sécurité sociale et de l'article L. 161-25 : la prime d'activité, les allocations pour le logement et l'aide médicale d'État.

La date de revalorisation des pensions de retraite a changé plusieurs fois au cours des dernières décennies, et n'a pas toujours été alignée sur celle des prestations non contributives.

Entre 2009 et 2013, les pensions ont été revalorisées au 1^{er} avril de chaque année. Cette date a ensuite été décalée au 1^{er} octobre en 2014, et figure désormais au 1^{er} janvier depuis 2018.

Les dates de revalorisation des pensions de retraite et des prestations de solidarité vieillesse n'ont pas toujours concordé. Les secondes étaient revalorisées au 1^{er} avril de chaque année jusqu'à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, qui a fixé leur revalorisation au 1^{er} janvier. Cette harmonisation a également permis une anticipation de **la revalorisation exceptionnelle du montant maximum de l'Aspa.**

Portée par le décret n° 2018-227 du 30 mars 2018, cette revalorisation a consisté en une hausse mensuelle cumulée de 100 euros accordée entre le 1^{er} janvier 2018 et le 1^{er} janvier 2020 pour une personne seule, et de 155,25 euros pour un couple. Au 1^{er} janvier 2024, **l'Aspa s'élève**

à 1 012,02 euros par mois pour une personne seule et à 1 571,16 euros par mois pour un couple.

3. Plusieurs dérogations à la règle de revalorisation des pensions sur l'inflation sont intervenues ces dernières années

En 2018, les pensions n'ont pas été revalorisées sur l'inflation.

Entre 2019 et 2020, les lois de financement de la sécurité sociale ont dérogé à la règle de revalorisation des pensions de base décrite précédemment.

Ainsi, en 2019, toutes les pensions de retraite, à l'exception de certains minima sociaux, dont le minimum vieillesse, ont été revalorisées à un niveau inférieur à l'inflation pour toutes les pensions, soit 0,3 %. Et, en 2020, seules les pensions de retraite inférieures à 2 000 euros bruts par mois ont été revalorisées sur l'inflation des douze derniers mois, qui était de 1,0 %. De façon dérogatoire à la règle, les pensions supérieures à ce seuil ont été revalorisées à un niveau de 0,3 %, inférieur à l'inflation.

B. Le présent article propose de décaler de manière pérenne la revalorisation des pensions et prestations d'assurance vieillesse sur l'inflation au 1^{er} juillet

1. Ce décalage s'appliquerait à la plupart des prestations de vieillesse, à l'exception des prestations du minimum vieillesse

Le présent article propose de modifier la règle de revalorisation des pensions et prestations d'assurance vieillesse sur l'inflation au 1^{er} janvier, posée à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.

Il prévoit ainsi de décaler de manière pérenne la date de revalorisation annuelle des pensions et autres prestations d'assurance vieillesse, ainsi que des rémunérations servant au calcul des pensions, au 1^{er} juillet.

Afin de préserver les plus faibles revenus, ce décalage ne s'appliquerait toutefois pas aux prestations de solidarité du minimum vieillesse que sont l'Aspa et l'allocation de solidarité vieillesse, lesquelles continueraient à être revalorisées au 1^{er} janvier.

Les prestations qu'il est proposé de revaloriser le 1^{er} juillet

Les prestations de vieillesse qui entrent dans le champ matériel de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale : les pensions de retraite de base de droit direct, les pensions de réversion, les majorations pour enfant à charge et l'allocation veuvage.

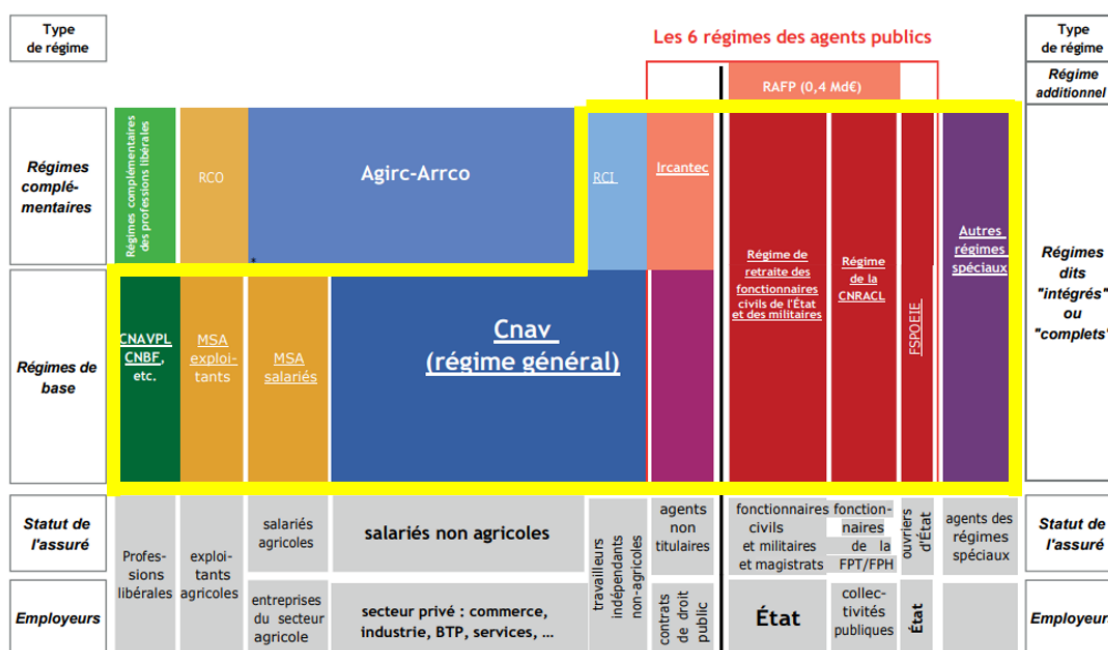
Les minima de pension que sont le minimum contributif du régime général et des régimes alignés (MiCo), le minimum garanti des fonctionnaires (MiGa) et la pension majorée de référence (PMR) de la retraite de base du régime des non-salariés agricoles.

Par le jeu des renvois, ce décalage s'appliquerait également aux pensions de retraites de base des fonctionnaires, des professionnels libéraux et des avocats, des assurés du régime des marins, des exploitants agricoles, aux pensions de vieillesse des assurés du régime des ministres des cultes, ainsi qu'aux pensions de retraite complémentaires des retraités contractuels de la fonction publique (Ircantec) et des travailleurs indépendants.

En revanche, les régimes de retraite pilotés par les partenaires sociaux ne seraient pas concernés par cette mesure. La plupart des pensions de retraite complémentaires en seraient ainsi exclues.

L'Agirc Arrco a annoncé que les retraites complémentaires des salariés du privé seraient revalorisées de 1,6 % au 1^{er} novembre 2025, ce qui correspond à une sous-indexation sur l'inflation (prévue à 1,8 %).

Détail des régimes concernés par le décalage au 1^{er} juillet de la revalorisation des pensions et prestations d'assurance vieillesse par régime



La mesure s'applique aux régimes délimités par le cadre jaune.

Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après la Cour des comptes

2. Cette mesure améliorerait le solde des administrations publiques de près de 4 milliards d'euros

a) Une amélioration du solde de près de 4 milliards d'euros pour les administrations publiques, dont 3 milliards pour la sécurité sociale

Selon l'étude d'impact du présent article, le décalage au 1^{er} juillet de la revalorisation des pensions et prestations d'assurance vieillesse sur l'inflation annuelle améliorerait le solde 2025 de la **sécurité sociale** (régimes obligatoires de base) de **2,9 milliards d'euros** et celui de **l'État** d'**1 milliard d'euros**.

Avec **un rendement global de 3,9 milliards d'euros**, cette mesure est l'une des plus importantes du présent PLFSS en termes financiers, avec la réforme des allègements généraux par l'article 6.

Toutefois, selon le rapport économique, social et financier (Resf) annexé au projet de loi de finances, la mesure n'améliorerait réellement le solde des administrations publiques que de **3,6 milliards d'euros**. En effet, elle aurait pour effet de réduire le produit de l'impôt sur le revenu.

Le décalage de revalorisation étant permanent, tel est également le cas de l'économie budgétaire associée¹.

b) Un impact global venant de moindres dépenses de la sécurité sociale

Le rendement de 3,9 milliards d'euros précité correspond à de **moindres dépenses de la sécurité sociale**.

Les économies permises en 2025 par le décalage de la revalorisation

La mesure aurait un double effet : sur le volume des pensions revalorisées d'une part, le volume total des pensions revalorisées étant moindre au 1^{er} juillet qu'au 1^{er} janvier 2025, et sur le montant de la revalorisation d'autre part, le coefficient de revalorisation appliqué au 1^{er} juillet 2025 étant moindre qu'au 1^{er} janvier 2025.

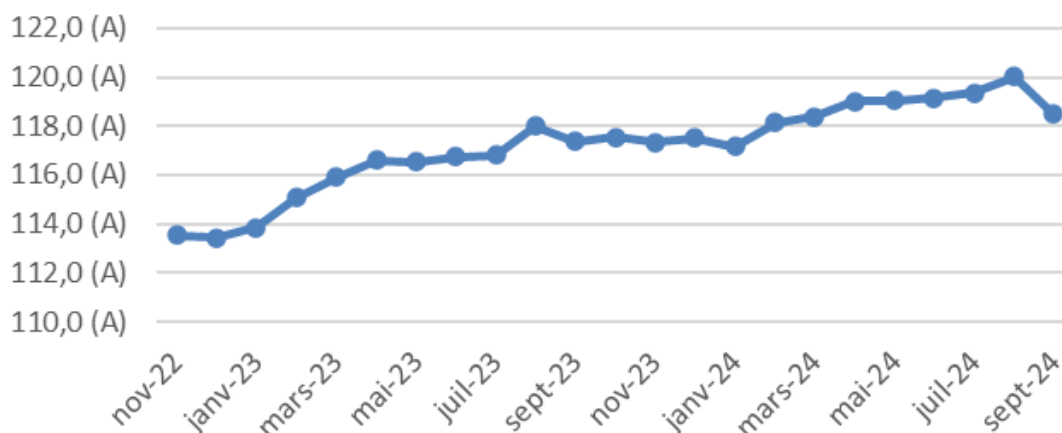
En effet, le coefficient de revalorisation au 1^{er} janvier 2025 serait de 2,3 %, contre 1,8 % au 1^{er} juillet 2025.

Cela s'explique par le fait que le coefficient de revalorisation retenu au 1^{er} janvier 2025 correspondrait au taux de variation entre la valeur moyenne des indices des prix à la consommation hors tabac de novembre 2023 à octobre 2024 et de novembre 2022 à octobre 2023, alors que le coefficient de revalorisation retenu au 1^{er} juillet 2024 est égal au taux de variation entre la valeur moyenne des indices des prix à la consommation hors tabac de mai 2024 à avril 2025 et de mai 2023 à avril 2024.

Or, les mois de novembre à avril 2023, qui ne sont pas comptabilisés dans le coefficient du 1^{er} juillet 2025, ont vu l'IPCHT augmenter de 2,7 %.

¹ Selon l'évaluation préalable du présent article, celle-ci serait (pour l'État et la sécurité sociale) de 3,9 milliards d'euros en 2025, 4,09 milliards d'euros en 2026 et 4,17 milliards d'euros en 2027.

Évolution de l'IPCHT entre novembre 2022 et septembre 2024



IPCHT : indice des prix à la consommation hors tabac

Source : Insee

c) La « récupération » d'un milliard d'euros par l'État du fait de moindres compensations des régimes de retraite

L'État verse à certains régimes obligatoires de base une contribution d'équilibre. Tel est en particulier le cas du régime de retraite des fonctionnaires de l'État.

Le présent article, en réduisant les dépenses de ces régimes, dits « équilibrés », réduit d'autant les contributions versées par l'État¹.

C'est ce qui explique que les 4 milliards d'euros de moindres dépenses de la sécurité sociale se traduisent *in fine* par une amélioration du solde de 3 milliards d'euros pour la sécurité sociale (du fait de recettes réduites d'1 milliard d'euros) et d'1 milliard d'euros pour l'État (du fait de dépenses réduites d'1 milliard d'euros).

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

1. Le texte transmis au Sénat

L'Assemblée nationale n'ayant pas examiné cet article, le Gouvernement l'a transmis au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

¹ La direction de la sécurité sociale (DSS) indique que la convention retenue dans les projections du PLFSS est équivalente à la convention d'équilibre permanent des régimes équilibrés (EPR) du Conseil d'orientation des retraites (COR), avec un ajustement automatique des recettes du régime de la fonction publique d'État (FPE) aux variations de ses dépenses, afin d'assurer l'équilibre du régime.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté **l'amendement n° 194** rectifié de la commission qui avait pour effet de **revaloriser l'ensemble des pensions de retraite de base dès le 1^{er} janvier selon un taux fixé par décret**, correspondant à **la moitié de l'inflation prévue au 1^{er} juillet 2025**, et de revaloriser ensuite dans un second temps, **selon un taux fixé par décret permettant d'atteindre le niveau total de l'inflation constatée au 1^{er} juillet**, les **seules pensions dont le montant total**, correspondant à la somme de la pension de base et de la pension de retraite complémentaire, **est inférieur ou égal à 1500 euros brut par mois**.

Les retraités qui devaient faire l'objet de cette revalorisation complémentaire au 1^{er} juillet 2025 devaient bénéficier, en outre, **d'un rattrapage de cette hausse sur les six premiers mois de l'année**, afin que leur pension de retraite soit **revalorisée à hauteur de l'inflation du mois de juillet 2025 à titre rétroactif, dès le 1^{er} janvier 2025**.

Cet amendement amoindrissait le rendement de l'article 23 d'environ **500 millions d'euros**.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé de **préciser le dispositif de l'amendement 194 en y ajoutant les taux de revalorisation souhaités, selon l'inflation anticipée en juillet 2025, qui s'élevait à 1,6 %**. Elle a ainsi **supprimé le renvoi à un décret pour définir les taux de revalorisation au titre de l'année 2025**, qu'elle a respectivement fixé à **0,8 % au 1^{er} janvier 2025** ainsi qu'à **1,6 % au 1^{er} juillet 2025**. Elle a également **précisé les montants de revalorisation complémentaire des pensions inférieures ou égales au SMIC**, afin de **lisser les éventuels effets de seuil**.

La commission mixte paritaire a enfin apporté quelques modifications rédactionnelles.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

L'Assemblée nationale a **supprimé cet article en deuxième lecture**, après que **les pensions de retraite de base et les prestations vieillesse ont été revalorisées au 1^{er} janvier 2025** conformément à la lettre de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale qui n'avait entre-temps pas été modifiée. Cette revalorisation s'élève à un taux de **2,2 %** qui correspond à **l'inflation moyenne des douze derniers mois, constatée au mois de novembre 2025, soit l'avant-dernier mois précédant le mois de la revalorisation**

III - La position de la commission

La commission prend acte de la revalorisation des pensions sur l'inflation intervenue au 1^{er} janvier 2025 sur le fondement du droit en vigueur, et propose en conséquence de maintenir la suppression de cet article.

Article 23 bis A (nouveau)

Précision de l'obligation incombant aux bénéficiaires de pensions de vieillesse résidant à l'étranger de justifier annuellement de leur existence par la production d'un certificat de vie délivré par le consulat français

Cet article a été inséré par la commission mixte paritaire afin de déplacer les dispositions de l'article 7 bis tel que modifié par le Sénat, de la partie du projet de loi relative aux recettes, à celle relative aux dépenses.

Cet article précise les modalités de contrôle annuel de l'existence des bénéficiaires de pensions de vieillesse des régimes de retraite obligatoire résidant à l'étranger.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé :

A. Le droit existant : l'obligation annuelle de rapporter la preuve d'être en vie incombant aux retraités percevant des pensions des régimes obligatoires de la sécurité sociale

1. Les retraités percevant des pensions de régimes français et vivant à l'étranger doivent justifier annuellement de leur existence

La Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) verse chaque année **3,8 milliards de pensions de retraite à des retraités vivant à l'étranger.**

Afin de lutter contre la fraude en matière sociale, la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 a créé en son article 83 **l'obligation, pour les bénéficiaires d'une pension de vieillesse d'un régime de retraite obligatoire résidant à l'étranger, de fournir au moins une fois par an à leur caisse de retraite un justificatif d'existence.** À défaut, ils encourent **la suspension du versement de leur pension de retraite.** Il était également prévu que les régimes obligatoires de retraite puissent mutualiser la gestion des certificats d'existence. Ce justificatif d'existence prend souvent la forme d'un certificat de vie. Afin de faciliter les démarches des assurés, la France a conclu des conventions bilatérales d'échanges automatiques de données d'état civil avec le Luxembourg, l'Allemagne, la Suisse, la Belgique, l'Espagne et l'Italie.

2. Cette preuve peut désormais être apportée en utilisant la biométrie

La loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 **a réécrit ces dispositions**, qui figurent désormais aux articles L. 161-24 et suivants du code de la sécurité sociale, en complétant le dispositif précité. Les bénéficiaires d'une pension de retraite d'un régime français vivant à l'étranger peuvent désormais rapporter la preuve de leur existence par **l'utilisation de dispositifs permettant l'usage de données biométriques**, dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Concrètement, les retraités vivant à l'étranger peuvent utiliser une application permettant la comparaison entre une photographie ou vidéo de leur visage prise avec leur smartphone, et une pièce d'identité biométrique.

B. Le dispositif proposé : la réécriture des modes de preuves de l'existence des bénéficiaires de pension de vieillesse des régimes de retraite obligatoire résidant à l'étranger afin de lutter contre la fraude

L'article 23 bis A complète la règle énoncée à l'article L. 161-24 du code de la sécurité sociale, selon laquelle un bénéficiaire d'une pension de vieillesse d'un régime de retraite obligatoire résidant à l'étranger est tenu de justifier annuellement de son existence auprès de l'organisme ou du service de l'État lui versant sa pension, **en fournissant un certificat de vie délivré par le consulat français de son pays de résidence.**

Cette précision de la preuve de vie attendue, qui serait délivrée par le consulat français, et non plus par un officier public ministériel (notaire) ou une administration d'un pays tiers, **permet de renforcer le contrôle du versement des pensions de retraite et la lutte contre la fraude.**

Afin de ne pas pénaliser les personnes âgées qui auraient des difficultés à se déplacer, le dispositif prévoit également que cette preuve de vie puisse être rapportée par **un échange automatique de données entre les organismes de retraite et les autorités locales chargées de l'état civil du pays de résidence du bénéficiaire**, ainsi que par un **contrôle sur place effectué par un organisme tiers de confiance conventionné.**

Ces procédés probatoires s'ajoutent au recours à l'utilisation de dispositifs permettant l'usage de données biométriques, qui figure à l'article L. 161-24-1 du même code.

L'article 23 bis A entre en vigueur au 1^{er} janvier 2028 afin d'organiser la mise en œuvre de ces nouvelles modalités de preuve.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

Conformément à l'article L.O. 111-3-1 du code de la sécurité sociale, qui dispose que la loi de financement de la sécurité sociale de l'année comprend une deuxième partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, ainsi qu'une troisième partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, la commission mixte paritaire a proposé de **supprimer l'article 7 bis, qui ne comportait plus de dispositions relatives aux recettes, et de réintroduire ses dispositions à l'article 23 bis A, nouvellement créé dans la partie relative aux dépenses.**

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

L'Assemblée nationale a repris le texte de la commission mixte paritaire et a maintenu la suppression de cet article de l'article 7 bis et la réintroduction de ses dispositions au sein de l'article 23 bis A.

III - La position de la commission

La commission propose **d'adopter cet article sans modification.**

Article 24

Mieux prendre en compte le préjudice personnel en consacrant la dualité des prestations d'incapacité permanente de la branche AT-MP

Cet article propose d'inscrire dans la loi la nature duale des prestations d'incapacité permanente versées par la branche AT-MP. La rente viagère et l'indemnité en capital n'indemniseront donc plus seulement, comme c'est le cas depuis le revirement de jurisprudence de la Cour de cassation en date du 20 janvier 2023, le préjudice professionnel, mais également le déficit fonctionnel permanent.

En conséquence, cet article révisé les modalités de calcul des prestations d'incapacité permanente en les revalorisant : à leur montant actuel, désormais caractérisé comme la part professionnelle des prestations, serait ajoutée une part fonctionnelle, déterminée en fonction d'un taux d'incapacité fonctionnelle nouvellement créé et inspiré du barème du concours médical, et partiellement convertible en capital pour les assurés lourdement atteints et les victimes d'une faute inexcusable de l'employeur.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Les prestations d'incapacité permanente versées par la branche AT-MP permettent une réparation forfaitaire et rapide pour les assurés

1. Le compromis historique de la branche AT-MP : une réparation forfaitaire et non intégrale contre une présomption d'imputation du sinistre à l'activité professionnelle

La politique d'indemnisation de la branche AT-MP repose sur un **compromis social ancien, construit puis consolidé** par trois grandes lois.

Le **droit commun de la réparation corporelle** réclame, en vertu de l'article 1353 du code civil, au demandeur **d'apporter la preuve de la commission d'une faute afin d'ouvrir droit à une réparation, qui présente alors un caractère intégral**. Toutefois, il est apparu, dès le XIX^e siècle, que **cet équilibre ne convenait pas aux accidents du travail. L'asymétrie dans la relation entre l'employeur et l'employé rend en effet difficile pour le salarié d'attaquer son employeur en justice, sans évoquer le coût et le temps que suppose une telle procédure**. Du reste, dans bien des cas, apporter la preuve de la faute de l'employeur pour un accident du travail se serait avéré redoutablement complexe.

La loi du 9 avril 1898¹ a donc **posé les jalons du compromis social historique en dispensant le salarié victime d'un accident du travail d'avoir à apporter la preuve de la faute de son employeur** devant le juge pour bénéficier d'une indemnisation, en contrepartie de quoi le salarié ne perçoit

¹ Loi concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail.

pas une indemnisation intégrale mais forfaitaire des préjudices subis, et ne peut, hors cas particulier¹, agir contre l'employeur en justice, ce dernier bénéficiant d'une **immunité civile**² en la matière.

Par la suite, **la loi du 25 octobre 1919 a étendu le champ du compromis historique aux maladies professionnelles**, en leur appliquant des préceptes similaires à ceux qui régissent la réparation des accidents du travail.

La définition des AT-MP

La loi encadre la définition des accidents du travail et des maladies professionnelles :

- l'article L. 411-1 du code de la sécurité sociale définit l'accident du travail comme « *l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail* », **quelle qu'en soit la cause** ;

- l'article L. 411-2 du même code définit l'accident de trajet comme « *l'accident survenu à un travailleur pendant le trajet d'aller ou de retour* » entre la résidence stable et le travail, ou le lieu de déjeuner et le travail. Le régime des accidents du travail s'applique aux accidents de trajet ainsi caractérisés ;

- l'article L. 461-1 du même code caractérise la **maladie professionnelle** comme « *toute maladie désignée dans un tableau* » ou « *essentiellement et directement causée par le travail* ».

En 2022, **935 000 sinistres ont été recensés parmi les assurés du régime général**, dont 744 000 accidents du travail, 124 000 accidents de trajet et 67 000 maladies professionnelles.

Troisième volet du triptyque, **la loi du 30 octobre 1946³ a intégré les accidents du travail et les maladies professionnelles à la sécurité sociale**, en en faisant une branche à part entière. Il s'opère donc une **mutualisation du risque AT-MP entre les employeurs**, qui cotisent en contrepartie afin de financer, seuls, la branche.

Ces trois grandes lois ont façonné **les piliers de l'indemnisation AT-MP, toujours appliqués aujourd'hui : la responsabilité présumée de l'employeur, c'est-à-dire la responsabilité sans faute, le caractère forfaitaire de la réparation, et le caractère amiable de la procédure.**

Ces piliers ont permis de **façonner un système de réparation rapide et prévisible** pour les salariés, prenant en compte l'asymétrie dans la relation entre les employeurs et les employés. En outre, **le compromis historique préserve les employeurs** contre une réparation judiciaire intégrale et non

¹ Il s'agit du cas de faute inexcusable ou volontaire de l'employeur, abordé au 3 du A du I de ce commentaire.

² Article L. 451-1 du code de la sécurité sociale.

³ Loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

mutualisée, qui les exposerait à des procédures longues et coûteuses et, parfois, à des indemnités d'un montant de nature à déstabiliser les finances d'une entreprise.

Le développement progressif du champ de la réparation intégrale et **l'émergence de régimes de réparation dérogatoires du droit commun**, qui, par certains aspects, sont **plus favorables que la réparation AT-MP¹**, ne doivent **pas invisibiliser l'héritage du compromis historique**, auxquels les partenaires sociaux restent unanimement attachés².

2. Les prestations de la branche AT-MP en cas d'incapacité permanente : une rente viagère pour les assurés les plus lourdement atteints, une indemnité en capital pour les autres

Lorsque des lésions consécutives à un AT-MP **diminuent durablement les capacités physiques ou mentales d'un assuré**, la caisse de sécurité sociale fixe, après stabilisation ou consolidation de l'état de santé, un **taux d'incapacité permanente** « *d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité* »³, critiqué car **imprécis et obsolète**⁴.

Si le **taux d'incapacité permanente (IPP) excède 10 %**, l'assuré est éligible au **versement d'une rente viagère**. Dans le cas contraire, la réparation prend la forme d'une **indemnité en capital**.

a) *L'indemnité forfaitaire en capital pour les assurés dont le taux d'incapacité permanente est inférieur à 10 %*

Au régime général, **un assuré présentant un taux d'IPP inférieur à 10 %⁵** a droit au versement, par la branche AT-MP, d'une **indemnité en capital⁶ forfaitaire et indépendante du salaire**. Revalorisée tous les ans en fonction de l'inflation, son montant varie de 484,53 euros et 4 844,30 euros en fonction du taux d'IPP.

¹ Comme par exemple celui des accidents de circulation ou des accidents médicaux. Voir à ce sujet le rapport d'information de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat : Marie-Pierre Richer et Annie Le Houérou, « Branche AT-MP : vers un juste équilibre entre réparation et prévention des risques professionnels », Rapport d'information n° 18 (2024-2025), déposé le 9 octobre 2024.

² Accord national interprofessionnel du 15 mai 2023 relatif aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

³ Article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

⁴ Marie-Pierre Richer et Annie Le Houérou, « Branche AT-MP : vers un juste équilibre entre réparation et prévention des risques professionnels », Rapport d'information n° 18 (2024-2025), déposé le 9 octobre 2024.

⁵ Article R. 434-1 du code de la sécurité sociale

⁶ Article L. 434-1 du code de la sécurité sociale.

Montant de l'indemnité en capital en fonction du taux d'incapacité permanente

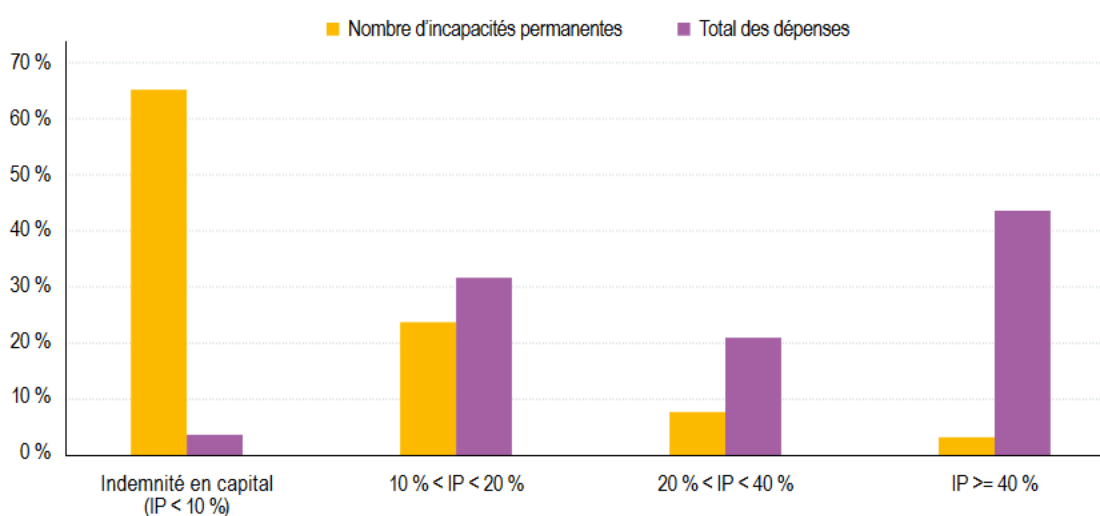
Taux d'incapacité permanente	Montant de l'indemnité en capital
1 %	484,53 €
2 %	787,56 €
3 %	1 150,85 €
4 %	1 816,43 €
5 %	2 301,09 €
6 %	2 846,07 €
7 %	3 451,36 €
8 %	4 117,70 €
9 %	4 844,30 €

Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après l'article D. 434-1 du code de la sécurité sociale, après application des coefficients d'évolution

Cette indemnité est versée en une fois et n'est soumise à aucun prélèvement socio-fiscal. « *Jamais à la hauteur des préjudices subis* » selon la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (Fnath), l'indemnité en capital est pourtant la seule réparation à laquelle les victimes puissent prétendre en droit commun des AT-MP.

Les indemnités en capital représentent, en 2023, 115 millions d'euros à la charge de la branche AT-MP, soit 2 % des prestations versées au titre de l'incapacité permanente, pour près des deux tiers des victimes indemnisées.

Répartition des dépenses d'incapacité permanente du régime général par taux d'IPP



Source : Rapport annuel 2022 de l'assurance maladie – risques professionnels

b) *La rente viagère pour les assurés dont le taux d'incapacité permanente est supérieur à 10 %*

Lorsque **le taux d'IPP de l'assuré excède 10 %¹**, le régime général² de la branche AT-MP verse trimestriellement ou mensuellement³ **une rente viagère⁴**.

La rente versée aux ayants droit

La rente peut également être versée à des tiers au sinistre, notamment au conjoint, aux descendants de moins de 25 ans ou aux ascendants à charge **en cas de sinistre fatal** ou lorsque, **au choix du titulaire de la rente**, une partie de celle-ci est reversée à son époux ou son partenaire de pacte civil de solidarité.

Le montant mensuel de rente versée est **égal au produit entre une fonction du salaire, dite salaire utile, et une fonction du taux d'incapacité, dite taux d'incapacité utile**. Ce montant n'est soumis à **aucun prélèvement socio-fiscal**.

• **La détermination du salaire utile : une modulation du salaire réel à la hausse ou à la baisse**

Le salaire utile correspond à une **modulation à la hausse ou à la baisse⁵ de la rémunération effective** totale perçue lors des douze mois précédant l'arrêt de travail provoqué par le sinistre⁶.

Lorsque **le salaire de l'assuré est inférieur au salaire minimum des rentes**, soit 21 547,85 euros⁷, **le salaire utile de l'assuré est automatiquement porté à ce niveau** : il s'agit alors d'une modulation à la hausse du salaire réel.

A contrario, **le salaire est modulé à la baisse pour devenir le salaire utile dès lors qu'il dépasse deux fois le salaire minimum des rentes** : la fraction comprise entre deux et huit⁸ fois ce montant est écartée au tiers dans le salaire utile, tandis que la part qui excède huit fois le salaire minimum des rentes⁹ n'est pas prise en compte.

¹ Article R. 434-1 du code de la sécurité sociale.

² Des modalités d'indemnisation différentes existent dans d'autres régimes : la rente Atexa définie à l'article L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime, pour les non-salariés agricoles, dépend du gain forfaitaire annuel et du taux d'incapacité permanente et n'est servie qu'à partir d'un taux d'IPP de 30 %. Les fonctionnaires peuvent, quant à eux, percevoir une rente d'invalidité et, en cas de mise à la retraite pour invalidité, une pension de retraite.

³ Selon que le taux d'IPP excède 50 % ou non.

⁴ Article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L. 434-16 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article L. 434-15 du code de la sécurité sociale.

⁷ Article R. 434-27 du code de la sécurité sociale après application des coefficients de revalorisation.

⁸ Article R. 434-28 du code de la sécurité sociale.

⁹ Article R. 434-28 du code de la sécurité sociale.

Comparaison entre salaire et salaire utile

Niveau du salaire	Niveau du salaire utile
Salaire inférieur au salaire minimum des rentes (21 547,85 euros)	Salaire minimum des rentes
Salaire compris entre une et deux fois le salaire minimum des rentes (21 547,85 euros à 43 095,7 euros)	Salaire réel
Salaire compris entre deux et huit fois le salaire minimum des rentes (43 095,7 euros à 172 382,8 euros)	Somme de deux fois le salaire minimum des rentes et du tiers de la part du salaire excédant deux fois le salaire minimum des rentes
Salaire supérieur à huit fois le salaire minimum des rentes (172 382,8 euros)	Quatre fois le salaire minimum des rentes

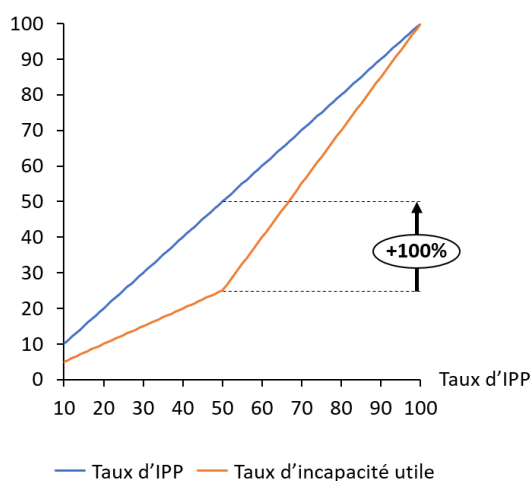
Source : Commission des affaires sociales du Sénat

• Le taux d'incapacité utile : une modulation à la baisse du taux d'IPP réel

Afin de déterminer le **taux d'incapacité utile**, la caisse de sécurité sociale **divise par deux la fraction du taux d'incapacité n'excédant pas 50 % et, le cas échéant, multiplie par 1,5 la part du taux d'incapacité excédant 50 %**¹.

Concrètement, si le taux d'incapacité ne dépasse pas 50 %, le taux utile correspond à la moitié du taux d'incapacité. S'il dépasse 50 %, le taux utile correspond à la somme de 25 % et de la partie du taux d'incapacité dépassant 50 %, multipliée par 1,5.

Taux d'incapacité utile en fonction du taux d'incapacité permanente



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

¹ Article R. 434-2 du code de la sécurité sociale.

Deux exemples de calcul de la rente viagère AT-MP

Cas n° 1 : un assuré dont le taux d'incapacité est de 40 % et dont le salaire réel est de 40 000 euros. Les règles exposées *supra* indiquent que le taux utile est ici de 20 %, et que le salaire utile est de 40 000 euros. **Le montant annuel de la rente est donc de 20 % de 40 000 euros, soit 8 000 euros.**

Cas n° 2 : un assuré dont le taux d'incapacité est de 70 % et dont le salaire réel est de 16 000 euros. Conformément aux règles exposées *supra*, le taux utile est égal à 50 %, et le salaire utile est porté au salaire minimum des rentes. **Le montant annuel de la rente est donc de 10 773,87 euros.**

Les rentes versées par la branche AT-MP atteignent **5,7 milliards d'euros en 2023**. Le **montant annuel moyen** des rentes versées par le régime général atteint 2 421 euros en 2022, soit **202 euros par mois**.

3. Le cas de la faute inexcusable de l'employeur : une réparation majorée aux frais de l'employeur fautif, et une réparation intégrale sur certains champs non déjà couverts par les prestations AT-MP

Par **dérogation au principe d'immunité civile** s'appliquant à l'employeur en cas d'AT-MP, **sa faute inexcusable peut être retenue par le juge de la sécurité sociale¹** en cas de manquement d'une particulière gravité aux obligations de sécurité qui lui incombent.

La faute inexcusable de l'employeur (FIE) **ouvre droit à une double amélioration de la réparation pour les victimes :**

- d'une part, **l'indemnisation versée par la branche AT-MP est alors majorée² aux frais de l'employeur fautif**, qu'il s'agisse d'une indemnité en capital ou d'une rente. **La majoration**, encadrée par la loi³, est **versée en capital par l'employeur fautif ou par son assureur**, puis redistribuée à l'assuré par la branche AT-MP sous la forme d'un capital si le taux d'IPP est inférieur à 10 %, et d'une rente sinon ;

- d'autre part, l'assuré reconnu victime d'une FIE peut obtenir la **réparation intégrale en capital « du préjudice causé par les souffrances physiques et morales par elle endurées, de ses préjudices esthétiques et d'agrément ainsi que celle du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle »⁴**, **dès lors que l'assuré peut démontrer que ces postes de préjudice ne sont pas déjà réparés par la rente** - en vertu du **principe de non double indemnisation**. La formulation de l'article L. 452-3

¹ Article L. 452-4 du code de la sécurité sociale. La FIE peut également être reconnue par voie amiable, mais ce cas est, en pratique, plus rare.

² Article L. 452-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 452-2 du code de la sécurité sociale : la majoration ne peut conduire à ce que la rente excède la fraction du salaire annuel de l'assuré correspondant à sa réduction de capacité, ni à ce que l'indemnité en capital excède deux fois le montant de droit commun.

⁴ Article L. 452-3 du code de la sécurité sociale.

du code de la sécurité sociale, **particulièrement elliptique**, est source **d'hétérogénéité d'interprétation entre juridictions** et, donc, d'inéquité entre les assurés.

B. La visée des prestations d'incapacité permanente AT-MP : un débat juridique nourri aux conséquences très concrètes pour les assurés

1. La situation avant le revirement de jurisprudence de la Cour de cassation : la dualité des prestations d'incapacité permanente

La loi est **silencieuse sur la visée des prestations d'incapacité permanente versées par la rente AT-MP** : les articles L. 434-1 et L. 434-2 du code de la sécurité sociale se bornent à rappeler respectivement qu' « *une indemnité en capital est attribuée à la victime d'un accident du travail atteinte d'une incapacité permanente inférieure à un pourcentage déterminé* » et que « *lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, la victime a droit à une rente* », **sans préciser les postes de préjudice** indemnisés.

Dans ce contexte, des controverses juridiques nourries sont nées quant à la visée des prestations d'incapacité permanente de la branche : **n'indemnisent-elles que le préjudice professionnel, c'est-à-dire les pertes de salaires encourues, ou bien présentent-elles un caractère dual et couvrent-elles également le déficit fonctionnel permanent, c'est-à-dire la perte de potentiel physique et intellectuel ?**

Définition du déficit fonctionnel permanent

Le rapport Dintilhac¹ décrit le déficit fonctionnel permanent comme « *la réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel, ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique médicalement contestable, donc appréciable par un examen clinique approprié complété par l'étude des examens complémentaires produits, à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques, normalement liés à l'atteinte séquellaire décrite ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours* ».

Dans le silence de la loi, le juge s'est prononcé. Contrairement à une croyance répandue, la **dualité de la rente n'est pas un élément du compromis social de 1898**, et il a fallu attendre les années 2000 pour qu'elle soit consacrée par le juge judiciaire. Ce n'est en effet que par **plusieurs avis et arrêts² entre 2007 et 2009** que la **Cour de cassation a reconnu aux prestations d'incapacité**

¹ Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels, juillet 2005.

² Cass. Avis, 29 oct. 2007, n° 07-00015, 07-00016 et 07-00017, Cass. Crim., 19 mai 2009, n° 08-86.050, 08-86.485 et 08-82.666, Cass. 2^e civ., 11 juin 2009, n° 07-21.768, 08-17.581 et 08-16.089.

permanente un caractère dual, c'est-à-dire à la fois professionnel et fonctionnel.

La reconnaissance d'un caractère dual aux prestations d'incapacité permanente de la branche a un corollaire : **le déficit fonctionnel permanent étant couvert par l'indemnisation AT-MP, il ne peut, en conséquence, pas faire partie des postes de préjudices indemnisables intégralement** par le juge en cas de FIE, en vertu du principe de non double indemnisation.

2. Depuis le revirement de jurisprudence de la Cour de cassation, les prestations d'incapacité permanentes ne sont réputées couvrir que le déficit professionnel, ce qui ouvre droit à une réparation intégrale en capital en cas de faute inexcusable de l'employeur

La position de la Cour de cassation **n'était toutefois pas partagée par l'ensemble des juridictions**, le Conseil d'État estimant, quant à lui, que la rente n'avait qu'une visée professionnelle¹.

Qui plus est, **rien ne permettait de distinguer, au sein de la rente ou de l'indemnité en capital, une part professionnelle et une part fonctionnelle**. Pire, le mode de calcul de la rente exposé *supra* induisait que **le déficit physique et intellectuel d'un assuré était directement proportionnel au salaire de ce dernier**.

Dans ces conditions, la **Cour de cassation a opéré un revirement de jurisprudence par deux arrêts du 20 janvier 2023²** : elle estime désormais que la **rente ne présente pas de caractère dual, mais a seulement pour objet de réparer le déficit professionnel**. Elle se fonde pour cela sur l'impossibilité d'indemniser le DFP, par nature extraprofessionnel, en fonction du salaire ainsi que sur la difficulté pour la victime de FIE d'administrer la preuve que la rente n'indemnise pas le déficit fonctionnel permanent.

Ce revirement de jurisprudence est dépourvu de conséquence pour les victimes d'AT-MP sans FIE : l'inclusion ou non du DFP dans les postes de préjudices indemnisés n'ayant, pour eux, qu'une **portée symbolique** puisque cela ne modifie **ni leur éligibilité à une prestation, ni son montant**.

En revanche, pour les victimes de faute inexcusable de l'employeur, les arrêts du 20 janvier 2023 se traduisent par une amélioration conséquente de l'indemnisation à laquelle ils ont droit, parfois de l'ordre de la **centaine de milliers d'euros**. En faisant **sortir le déficit fonctionnel permanent des postes de préjudice indemnisés par la rente**, la Cour de cassation ouvre en effet le droit aux victimes de FIE de percevoir une **réparation intégrale en capital de ce poste de préjudices**, à la charge de l'employeur fautif.

Le revirement de jurisprudence de la Cour de cassation avait donc suscité **l'enthousiasme des associations d'accidentés du travail**. La Fnath

¹ CE, 8 mars 2013, n° 361273, Lebon – CE, 5 mars 2008, n° 272447, Lebon.

² Cass. ass. plen., 20 janvier 2023, n° 20-23.673 et 21-23.947.

estime que cette évolution constitue « *une grande avancée pour les victimes et une mesure de justice [attendue] depuis de nombreuses années* ».

3. À l'unisson, les partenaires sociaux ont appelé le législateur à prendre les mesures nécessaires pour réaffirmer le caractère dual des prestations d'incapacité permanente de la branche AT-MP

a) L'accord national interprofessionnel du 15 mai 2023 appelle le législateur à prendre toutes les mesures nécessaires pour réaffirmer la dualité de la rente

Les partenaires sociaux ont quant à eux estimé que la solution retenue par la Cour de cassation induisait un **risque de judiciarisation de la réparation des AT-MP** en provoquant une **amélioration considérable de la réparation par voie contentieuse déconnectée de toute revalorisation de l'indemnisation amiable**.

Or **salariés comme employés ont à perdre à un système plus judiciarisé**, dès lors que la réparation y serait plus imprévisible et moins rapide.

C'est pourquoi les partenaires sociaux représentatifs à l'échelle nationale ont signé **à l'unanimité**, le 15 mai 2023, **un accord national interprofessionnel¹** (ANI) préconisant que « *les moyens de la branche AT-MP soient effectivement consacrés à [...] améliorer les modalités de réparation* » par la voie amiable tout en accompagnant ce souhait d'un **appel au législateur à « prendre toutes les mesures nécessaires afin de garantir que la dualité de la rente ne soit pas remise en cause** ».

b) Une tentative de transposition de l'ANI échouée parce qu'insuffisamment fidèle : l'article 39 du PLFSS pour 2024

Le Gouvernement a entendu **retranscrire les demandes** formulées par les partenaires sociaux dans le cadre de l'ANI par **l'article 39 du PLFSS pour 2024**.

Toutefois, les **modalités de transposition** retenues par le Gouvernement, jugées **insuffisamment fidèles à l'esprit de l'ANI** par les syndicats, ont provoqué un **dissensus** entre les partenaires sociaux à l'origine du **retrait de l'article**. Le Gouvernement avait en effet prévu la création d'une part fonctionnelle à la rente, qui se serait ajoutée à une **part professionnelle correspondant au montant actuel de la rente décoté**. Certaines **victimes auraient été perdantes** et, pour les autres, la rédaction retenue rendait les **améliorations de réparation très incertaines**, d'autant plus que l'effort financier annoncé était en-deçà des attentes.

La commission des affaires sociales du Sénat avait alors déploré « *une réforme mal comprise et inapplicable en l'état* », pointant du doigt le « *manque de préparation évident de cette réforme par le Gouvernement* ».

¹ Accord national interprofessionnel du 15 mai 2023 relatif aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

c) Par un relevé de décisions du comité de suivi de l'ANI, les partenaires sociaux ont précisé leur demande

Dans le but **d'aboutir à des modalités partagées de transposition** de l'ANI dans le droit positif, les discussions entre partenaires sociaux ont repris, courant 2024, au sein **d'un groupe de travail avec l'ingénierie de la direction de la sécurité sociale et de la direction des risques professionnelles de la Cnam**.

Ce travail a abouti, le 25 juin 2024, à la **publication d'un relevé de décisions** signé par l'ensemble des partenaires sociaux représentatifs à l'échelle nationale **à l'exception de la CGT**. Ce relevé de décision liste précisément les mesures réclamées par les partenaires sociaux afin de **réaffirmer la nature duale de la rente et de revaloriser les prestations d'incapacité permanente**.

Les partenaires sociaux signataires souhaitent que les **prestations d'incapacité permanente AT-MP - rente comme indemnité en capital - soient désormais composées d'une part professionnelle et d'une part fonctionnelle**.

La part professionnelle, visant à compenser les pertes de gains futurs, serait **exactement égale** au montant total auquel a droit un assuré aujourd'hui au titre de la réparation AT-MP.

La part fonctionnelle serait quant à elle **calculée comme le produit entre un taux d'incapacité fonctionnelle ad hoc** inspiré du barème du concours médical et la **fraction de la valeur d'un point d'incapacité, inspirée du barème Mornet** utilisé dans le droit de la réparation corporelle.

En cas de **faute inexcusable de l'employeur**, l'assuré bénéficierait d'une **majoration tant de la part professionnelle que de la part fonctionnelle, à la charge de l'employeur**.

Pour les assurés présentant un taux d'IPP élevé, de plus de 50 %, les partenaires sociaux préconisent également d'introduire une **possibilité de convertir une partie de la part fonctionnelle de la rente en capital**, permettant un **gain financier rapide** pour les assurés afin de **subvenir aux frais d'adaptation encourus**. La sortie en capital serait limitée au plafond annuel de la sécurité sociale, soit 46 368 euros.

C. Le dispositif proposé : réaffirmer la dualité des prestations d'incapacité permanente, et en tirer les conséquences en modifiant avantageusement leur mode de calcul

L'article 24 entend **transposer en droit positif les demandes effectuées par les partenaires sociaux dans le cadre de l'ANI du 15 mai 2023 et précisées dans le relevé de décisions du comité de suivi de l'ANI en date du 25 juin 2024**.

L'article 24 consacre législativement la dualité des prestations d'incapacité permanente de la branche et crée, conformément aux demandes

exprimées par les partenaires sociaux, une part fonctionnelle venant s'ajouter au montant actuel des prestations, qui devient la part professionnelle.

1. La consécration législative de la dualité des prestations d'incapacité permanente de la branche

Le 1° du I consacre législativement la dualité des prestations d'incapacité permanente de la branche par le biais du premier alinéa de l'article L. 434-1-A du code de la sécurité sociale que l'article 24 propose de créer dans la partie du code relative aux prestations d'incapacité permanente de la branche AT-MP.

Celui-ci dispose explicitement que l'indemnisation de l'incapacité permanente par la branche « *comprend celle due au titre de son incapacité permanente professionnelle et celle due au titre de son incapacité permanente fonctionnelle* ».

2. Afin d'évaluer le préjudice fonctionnel, la création d'un taux d'incapacité fonctionnelle inspiré du barème du concours médical

Les deuxième et troisième alinéa de l'article L. 434-1-A du code de la sécurité sociale que le 1° du I propose de créer distinguent deux taux d'incapacité permanente, l'une professionnelle et l'autre fonctionnelle, qui se substitueraient au seul taux utilisé aujourd'hui.

Le deuxième alinéa de l'article L. 434-1-A proposé définit le **taux d'incapacité permanente professionnelle en reprenant, en substance, la définition du taux d'IPP**, figurant au premier alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale, que le a) du 3° du I de l'article 24 se propose en conséquence de supprimer.

Une **modification rédactionnelle** est toutefois à noter entre les deux versions : la nomenclature de « *barème indicatif d'invalidité* » aujourd'hui utilisée mais impropre puisqu'induisant une confusion avec la pension d'invalidité servie par la branche maladie, est remplacée par celle de « *barème indicatif d'incapacité professionnelle des accidents du travail et maladies professionnelles* ». Il est également précisé que ce barème est défini par arrêté des ministres chargés du travail et de la santé. Le f) du 3° du I de l'article 24 opère une modification rédactionnelle similaire en substituant la notion d'incapacité à celle d'invalidité.

Le troisième alinéa de l'article L. 434-1 A proposé définit le **taux d'incapacité permanente fonctionnelle**, déterminé en fonction des **atteintes persistant après la consolidation qui relèvent du déficit fonctionnel permanent**. Ce taux serait défini en fonction d'un **barème indicatif** déterminé selon les mêmes modalités que le taux d'incapacité permanente professionnelle. **Il n'est pas fait référence au barème du concours médical**, duquel les partenaires sociaux souhaitent s'inspirer, probablement car de telles précisions n'apparaissent pas relever du domaine législatif.

3. La traduction de la dualité des prestations d'incapacité permanente : la scission en une part fonctionnelle et une part professionnelle

a) Pour l'indemnité en capital

Les b) et c) du 2° du I modifient l'article L. 434-1 du code de la sécurité sociale, régissant l'éligibilité et le montant de l'indemnité en capital.

Aux termes du b) du 2° du I, la **part professionnelle de l'indemnité en capital sera déterminée dans les mêmes conditions que l'indemnité en capital dans sa globalité dans le droit en vigueur** : en fonction d'un barème forfaitaire dépendant du seul taux d'incapacité professionnelle.

Il est toutefois précisé que la **part professionnelle est due** même si la consolidation intervient alors que le bénéficiaire est titulaire d'une **pension de retraite** – une disposition prise pour **lever toute ambiguïté et faire échec à la lecture d'une inéligibilité des retraités** à la part professionnelle des prestations d'incapacité permanente au motif qu'ils n'auraient pas encouru de pertes professionnelles.

Le c) du 2° du I ajoute un alinéa à l'article L. 434-1 précisant que le **montant de la part correspondant au DFP de la victime est fonction du taux d'incapacité permanente fonctionnelle**, selon un barème forfaitaire fixé par décret.

Le montant de la part professionnelle et de la part fonctionnelle de l'indemnité en capital sera, comme c'est le cas aujourd'hui, **revalorisé au 1^{er} avril au niveau de l'inflation hors tabac**, et pourra être révisé en cas d'augmentation respectivement des taux d'incapacité professionnelle et fonctionnelle.

b) Pour la rente

Le c) du 3° du I modifie l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale, régissant la rente viagère, afin de **la scinder en une part professionnelle et une part fonctionnelle**.

La part correspondant à la perte de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité, sera **calculée selon les mêmes modalités que l'est la rente dans le droit en vigueur** ; à savoir comme le produit entre deux valeurs (1° proposé de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale) :

- le taux d'incapacité, devenu taux d'incapacité permanente professionnelle, qui « *peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité des lésions* » – une formule qui reprend, à une modification rédactionnelle près, la rédaction désignant actuellement le taux utile dans l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale ;

- le salaire annuel tel qu'issu de l'application de la formule dégressive mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 434-16 ou porté au niveau du

salaires minimum des rentes s'il est inférieur à ce montant, c'est-à-dire le salaire utile.

La **part correspondant au déficit fonctionnel permanent** de la victime sera, quant à elle et conformément à la demande des partenaires sociaux, déterminée comme le produit entre :

- le **nombre de points d'incapacité permanente fonctionnelle multiplié par un pourcentage défini par arrêté**. Il s'agit là d'une **transformation analogue à celle du taux d'IPP en taux utile**, visant à n'indemniser qu'une fraction du déficit subi dans une **logique forfaitaire** ;

- la **valeur d'un point d'incapacité**, fixée par un référentiel prenant en compte **l'âge de la victime** et défini par arrêté. **Il n'est pas fait explicitement référence au barème Mornet**, duquel les partenaires sociaux souhaitent s'inspirer, probablement car de telles précisions **n'apparaissent pas relever du domaine législatif**.

4. L'ouverture d'une possibilité de capitaliser une partie de la rente sur la seule part fonctionnelle et sous condition d'un taux d'incapacité fonctionnel minimal

Conformément à la demande des partenaires sociaux, le c) du 3° du I de l'article 24 prévoit également qu'**une partie de la part fonctionnelle de la rente puisse être versée en capital** dans des conditions définies par arrêté. Cette potentialité serait **réservée aux seuls assurés dépassant un certain taux d'incapacité permanente fonctionnelle**, défini par décret. Le seuil de 50 % est évoqué par le Gouvernement.

La part versée en capital est **exclue de la revalorisation annuelle** des prestations au niveau de l'inflation hors tabac, en vertu du 6° du I de l'article 24, modifiant l'article L. 434-17 du code de la sécurité sociale.

5. Les conséquences sur le régime de la faute inexcusable de l'employeur

Les 7° et 8° du I de l'article 24 **tirent les conséquences** de la consécration de la dualité des prestations d'incapacité permanente de la branche et des modifications de leur mode de calcul sur le **régime d'indemnisation de la faute inexcusable de l'employeur**.

a) Sur la majoration des prestations

Le a) du 7° du I de l'article 24 modifie l'article L. 452-2 du code de la sécurité sociale, régissant la **majoration des prestations AT-MP en cas de FIE**. Il prévoit que la **majoration de la rente en cas de FIE concerne tant la part professionnelle que la part fonctionnelle**.

La part professionnelle ne peut excéder, après majoration, la fraction du salaire correspondant à la réduction de capacité professionnelle, tandis que le d) du 7° du I prévoit que la **part fonctionnelle majorée ne puisse excéder**

le montant total du nombre de points d'incapacité fonctionnelle multiplié par la valeur d'un point d'incapacité permanente fonctionnelle.

L'indemnité en capital pourra également être majorée, sans toutefois que la majoration puisse dépasser le **montant initial de l'indemnité**, mais cela ne nécessite **pas de modification législative**.

b) Sur les postes de préjudices indemnissables par voie contentieuse

Tirant les conséquences du fait que la **rente répare désormais le déficit fonctionnel permanent** après consolidation, le 8° du I de l'article 24 **proscrit que ce poste de préjudices puisse être également indemnisé par voie contentieuse**.

L'article L. 452-3, déterminant les modalités d'accès à la réparation contentieuse en cas de FIE et les postes de préjudices réparables, est modifié pour prévoir désormais que **« l'ensemble des préjudices n'ayant pas fait l'objet d'une réparation forfaitaire » au titre de la réparation AT-MP peut faire l'objet d'une indemnisation intégrale en capital par la voie contentieuse** (a) du 8° du I). Cette formulation **clarifie l'application du principe de non double indemnisation** : tout ce qui est indemnisé par la branche ne peut l'être par le juge ; mais tout ce qui n'est pas indemnisé par la branche peut l'être par le juge.

Le *b)* du 8° du I tire les conséquences de l'intégration du DFP après consolidation dans les postes de préjudices indemnissés par la rente, en **excluant les « souffrances physiques et morales [...] endurées »¹ après consolidation** des postes de préjudices indemnissables au contentieux. La rédaction proposée prévoit que **seules pourront être indemnisées au contentieux les souffrances physiques et morales endurées avant la date de consolidation**.

6. Une commission des garanties créée pour permettre aux partenaires sociaux de veiller au bon calibrage des paramètres réglementaires de la réforme

Le II de l'article 24 crée, au sein de la CAT-MP, une **commission des garanties composée de partenaires sociaux**, chargée de **suivre la mise en œuvre de la réforme et consultée sur les textes réglementaires** d'application requis : arrêté définissant le barème d'incapacité permanente fonctionnelle, arrêté définissant le barème de valorisation d'un point d'incapacité permanente fonctionnelle pour l'indemnité en capital et pour la rente, arrêté définissant le pourcentage forfaitaire de prise en compte du déficit fonctionnel dans le calcul de la part fonctionnelle de la rente, arrêté définissant les conditions dans lesquelles la part fonctionnelle de la rente peut être convertie partiellement en capital.

¹ Cette notion se superpose largement avec le déficit fonctionnel permanent, sans pour autant lui équivaloir.

Cette commission permettra aux partenaires sociaux de **veiller à ce que la transcription de la réforme par le pouvoir réglementaire soit fidèle à leur intention partagée** dans l'ANI et le relevé de décisions associé.

7. Une application à compter du 1er juin 2026 au plus tard

Le III de l'article 24 renvoie à un décret, et **au plus tard au 1^{er} juin 2026, la date d'entrée en vigueur** de l'ensemble des dispositions de l'article, qui ne concernera que les victimes dont la **consolidation est postérieure** à l'entrée en vigueur.

Un tel délai est explicable par les **difficultés techniques générées par la création d'un taux d'incapacité permanente fonctionnelle**. Il s'agira, dans un premier temps, de **déterminer le barème applicable pour l'incapacité permanente fonctionnelle**, ainsi que celui applicable à la **valorisation de l'incapacité fonctionnelle**. Une fois que le premier barème sera défini, il sera également nécessaire de **former les médecins-conseil à ce nouveau barème** afin qu'ils puissent se l'approprier en vue d'une **application homogène et équitable sur le territoire**.

8. Diverses modifications rédactionnelles rendues nécessaires par la réforme

Les a) du 2° du I, b), d) et e) du 3° du I, le 4° du I, le b) et le c) du 7° du I visent tous à tirer les conséquences de la transformation du taux d'incapacité permanente en taux d'incapacité permanente professionnelle, et du montant actuel des prestations en la part professionnelle du montant de ces prestations. Il est à noter que **ce sera bien le taux d'incapacité professionnel qui déterminera si la victime est éligible à une rente ou à une indemnité en capital**, le taux d'incapacité fonctionnelle n'étant utilisé que pour déterminer le montant de la part fonctionnelle associée à la prestation et l'éligibilité à la conversion d'une partie de la rente en capital.

Le 5° du I opère à une coordination rendue nécessaire par la restructuration du droit en vigueur par le droit proposé.

9. Un impact financier progressif mais certain

L'étude d'impact annexée au PLFSS prévoit un **coût total capitalisé de la mesure à 497,5 millions d'euros, scindé entre 442 millions d'euros pour les rentes et 55,5 millions d'euros pour les indemnités en capital**. Le coût serait réparti entre le **régime général (454 millions d'euros dont 400 millions d'euros au titre de la rente et 54 millions d'euros au titre de l'indemnité en capital)** et celui des **salariés agricoles**.

La montée en charge sera toutefois très progressive : compte tenu de l'entrée en vigueur prévisionnelle en juin 2026, les dépenses supplémentaires au titre de 2025 sont nulles et atteignent **49 millions d'euros en 2026**. En année pleine, c'est-à-dire en **2027, 105 millions d'euros de dépenses prévisionnelles supplémentaires** sont à prévoir, un **total qui devrait augmenter de**

17,9 millions d'euros par an, à mesure que les nouveaux rentiers entrent en dispositif.

La possibilité de **capitaliser une partie du déficit fonctionnel permanent devrait représenter un coût annuel de 22 millions d'euros** pour le régime général.

Enfin, la réforme devrait permettre à nouveau aux caisses de sécurité social d'agir au titre du **recours contre tiers pour récupérer la majoration versée aux victimes de FIE au titre du déficit fonctionnel permanent** auprès des employeurs coupables. Cette possibilité devrait **augmenter de 60 millions d'euros les recettes de la branche en année pleine.**

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

1. Le dispositif transmis au Sénat

L'Assemblée nationale n'ayant pas examiné cet article, le **Gouvernement l'a transmis au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.**

2. Les modifications adoptées en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté **plusieurs modifications à cet article**, notamment afin de **retranscrire des propositions du rapport de la commission sur la branche AT-MP¹.**

Afin de retranscrire la **recommandation n° 13** de ce rapport, le Sénat a donc adopté, à l'initiative de la commission des affaires sociales, l'amendement n° 188 et trois amendements identiques² afin de prévoir que la **majoration de la part fonctionnelle** de la rente pour les victimes de FIE puisse être perçue, sur option, en capital. Compte tenu du fait que **la branche AT-MP reçoit de l'employeur fautif ou de son assureur le montant de majoration de la part fonctionnelle de la rente sous forme de capital**, il semblait en effet **difficilement compréhensible que les victimes de FIE ne puissent pas se voir simplement répercuter ce montant** afin d'améliorer leur indemnisation de court terme.

Sur proposition de la commission, le Sénat a également adopté un **amendement n° 185** visant à laisser inchangée la règle du taux utile.

Concernant l'indemnité en capital, le Sénat a adopté un **amendement n° 182 rect. de la commission et l'amendement identique 1208 rect. du Gouvernement**, soutenus par les partenaires sociaux, visant à

¹ Mecss, Marie-Pierre Richer et Annie Le Houérou, « Branche AT-MP : vers un juste équilibre entre réparation et prévention des risques professionnels », *Rapport d'information n° 18 (2024-2025)*, déposé le 9 octobre 2024.

² Amendement n° 692 rect. de Marion Canalès, n° 813 rect. bis de Raymonde Poncet Monge et 1207 rect. bis. du Gouvernement.

calquer le mode de calcul de sa part fonctionnelle sur celui de la part fonctionnelle de la rente : l'intérêt serait, notamment, que ce montant dépende de l'âge de la victime. Les plus jeunes, frappés d'incapacités plus durablement, s'en verront mieux indemnisés.

Ces amendements et l'amendement n° 1401 du Gouvernement, également adopté par le Sénat, prévoient également une **réactualisation du référentiel d'indemnisation de l'incapacité fonctionnelle permanente**, respectivement pour l'indemnité en capital et pour la rente. Cela permettra **d'éviter un étiolement de l'indemnisation** du fait de l'inflation et une **déconnexion entre le référentiel utilisé pour l'indemnisation de l'incapacité fonctionnelle permanente et le référentiel Mornet**, dont le premier doit s'inspirer.

Conformément aux demandes exprimées par les partenaires sociaux, le Sénat a également adopté l'**amendement n° 190 de la commission** afin de **pérenniser la commission des garanties**, dont la durée de vie était limitée à quatre ans dans le texte initial, afin qu'elle puisse se reconstituer pour se prononcer sur toute évolution des textes réglementaires d'application.

Le Sénat a, en outre, adopté l'**amendement n° 189** de la commission prévoyant que les **associations de victimes**, sans être intégrées à la commission des garanties, soient **entendues au moins une fois par an par ladite commission**. En cela, le Sénat a entendu concilier la volonté exprimée par les partenaires sociaux que la commission des garanties reste strictement paritaire, et le besoin d'une prise en compte du regard des associations de victimes pour associer l'ensemble des acteurs à la prise de décisions.

Divers amendements rédactionnels et de coordination juridique ont également été adoptés.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé plusieurs **améliorations rédactionnelles** et une coordination juridique, **sans modifier le fond du dispositif**.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale reprend **les modifications rédactionnelles et la coordination juridique proposées par la CMP, sans apporter de modification de fond**.

III - La position de la commission

La commission se félicite des **modalités de transposition retenues par le Gouvernement**, qui apparaissent **largement conformes** aux demandes des partenaires sociaux.

Le projet du Gouvernement tel qu'amendé par le Sénat **satisfait, en outre, de nombreuses recommandations du rapport de la Mecss sur la branche AT-MP¹.**

La commission **salue la consécration législative de la dualité de la rente**, soutenue par le rapport précité² et les partenaires sociaux. En **revalorisant la réparation par la voie contentieuse sans porter d'amélioration à la réparation amiable**, la solution retenue par la Cour de cassation créait un **écart considérable** entre les deux voies de réparation **incitant les victimes à recourir à la voie contentieuse**. En cela, elle **fragilisait le compromis historique** et portait en elle le **risque d'une judiciarisation** du système de réparation, dans lequel la réparation serait **plus incertaine, mais surtout beaucoup plus lente**, ce qui nuirait tant aux employeurs qu'aux employés.

L'investissement consenti, **près de 500 millions d'euros à terme**, est deux fois supérieur à celui annoncé pour l'article 39 du PLFSS pour 2024 : il permettra de **répondre aux attentes légitimes de revalorisation des prestations d'incapacité permanente**. Il s'agit là d'une **évolution indispensable** : le rapport de la Mecss précité décrit **l'insuffisance des prestations d'incapacité permanente** de la branche, provoquant une **baisse significative de niveau de vie** pour les victimes.

La rapporteure **rappelle toutefois au Gouvernement sa volonté que soit apportée une transcription législative ou réglementaire à tout le contenu de l'ANI du 15 mai 2023**, et pas uniquement à son contenu relatif aux prestations d'incapacité permanente.

La commission se félicitant que l'ensemble des apports de fond du Sénat aient été retenus, elle propose d'adopter cet article sans modification.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Mecss, Marie-Pierre Richer et Annie Le Houérou, « Branche AT-MP : vers un juste équilibre entre réparation et prévention des risques professionnels », *Rapport d'information n° 18 (2024-2025)*, déposé le 9 octobre 2024.

² Proposition n° 10.

Article 24 bis

Renforcement de la procédure de recouvrement des indus et suppression de la réforme du tiers payant concernant le complément de libre choix du mode de garde « structure »

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, précise la procédure de recouvrement des indus au titre du complément de libre choix du mode de garde (CMG) dit « structure » et supprime la réforme du tiers-payant pour le versement de cette prestation.

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat sous réserve de quelques ajustements rédactionnels. Le texte transmis au Sénat, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, retient cet article dans sa rédaction résultant des travaux de la commission mixte paritaire.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I – Le dispositif proposé

A. La procédure de recouvrement des indus du CMG « structure » auprès des établissements d'accueil du jeune enfant

En cas de garde auprès d'un établissement d'accueil du jeune enfant non financé par la prestation de service unique, les familles peuvent bénéficier du CMG « structure ». À la différence du CMG « emploi direct » pour l'emploi d'une assistante maternelle par exemple qui permet de déléguer la rémunération de l'assistante maternelle ou de l'employée à domicile à l'Urssaf via le dispositif « Pajemploi+ », la prestation du CMG « structure » reste versée directement à la famille bénéficiaire.

Par conséquent, la famille doit payer la structure, association ou entreprise assurant la garde de l'enfant, avant de recevoir le montant du CMG correspondant. Le versement du CMG « structure » est notamment conditionné au fait que l'établissement d'accueil, le plus généralement une micro-crèche dite « Paje », doit respecter une tarification horaire maximale de 10 euros de l'heure. L'article L. 553-2-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de l'article 18 de la loi pour le plein emploi, vise à récupérer l'indu auprès de la structure et non plus auprès des familles lorsque cette tarification horaire n'est pas respectée.

Le présent article, introduit en première lecture au Sénat au moyen de deux amendements identiques du Gouvernement et de Marie-Do Aeschlimann et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, vise à **préciser la procédure de recouvrement afin de sécuriser l'action des caisses d'allocations familiales**. Il indique expressément qu'en cas de récupération des sommes indues auprès de la structure, cette dernière ne peut refacturer ce montant aux familles. Il explicite ensuite les différentes étapes de la procédure

en recouvrement et alourdit la récupération des indus du versement d'une indemnité complémentaire équivalente à 10 % des sommes réclamées au titre des prestations versées à tort lorsque l'indu est le résultat d'une fraude avérée de l'établissement.

B. L'abandon de la mise en place du mécanisme de tiers-payant du CMG « structure »

Le présent article supprime la mise en place du dispositif d'intermédiation introduit par l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Ce mécanisme de tiers-payant du CMG « structure » avait pour objectif de permettre le versement de la prestation directement à la structure d'accueil de l'enfant et ainsi de réduire les avances de frais des familles.

En effet, le versement de la prestation à la famille après règlement des frais de garde auprès de l'établissement d'accueil crée une avance de frais pour les familles sur la part prise en charge par le CMG. C'est particulièrement le cas à l'ouverture du droit au CMG où la famille peut avancer l'équivalent de deux mois de frais de garde avant de recevoir la prestation.

Ce dispositif d'intermédiation devait être initialement mis en place au 1^{er} janvier 2022. Repoussé à deux reprises à la demande du Gouvernement en raison de difficultés techniques d'application par les lois de financements de la sécurité sociale pour 2022 et 2024, il devait finalement être mis en œuvre à la fin de l'année 2026.

Interrogés sur les raisons de l'abandon de cette réforme, la Caisse nationale d'allocations familiales et le Gouvernement ont précisé que la mise en place de ce système « *ne permettrait pas de limiter les avances de frais pour les familles* ». En effet, ces avances ont surtout lieu lors des premiers mois d'accueil de l'enfant au sein de la structure lorsque le droit au CMG n'a pas été ouvert par la Caf. Le tiers-payant ne pouvant s'appliquer qu'après ouverture des droits, ce décalage persiste avec ou sans mise en place du tiers-payant.

La Cnaf a indiqué au rapporteur avoir « *développé une procédure de mandat visant à simplifier et accélérer le versement du CMG structure* ». Aujourd'hui largement développé dans les Caf, ces procédures apparaissent plus efficaces pour limiter la période entre l'avance des frais par les familles et le versement de la prestation¹.

¹ Cette procédure permet aux établissements d'accueil de transmettre mensuellement l'attestation conditionnant le versement de la prestation, en lieu et place de la famille. Une fois cette attestation envoyée, le délai de versement de la prestation est de 5 à 10 jours. Ce délai relativement court permet de limiter l'effet du décaissement pour les familles.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

Cet article est issu de deux amendements identiques du Gouvernement et de Marie-Do Aeschlimann et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains sur lesquels la commission avait émis un avis favorable.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

L'article 24 *bis* a été adopté par la commission mixte paritaire dans la version issue du Sénat, avec une modification rédactionnelle.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte retenu par le Gouvernement dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, reprend la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.

III - La position de la commission

La commission a pleinement **souscrit** en première lecture à **l'objectif de renforcement et de sécurisation des procédures de recouvrement**. Il apparaît **essentiel de lutter contre les surfacturations pratiquées par certains établissements** profitant souvent de la méconnaissance des règles applicables par les familles. Toutefois, comme a pu le rappeler le rapporteur en séance publique, cette procédure ne pourra être pleinement applicable que si les décrets prévus par la loi pour le plein emploi visant à définir le périmètre de ce qui peut être intégré dans le calcul de la tarification maximale sont enfin publiés. Il s'agit d'éviter de créer une nouvelle source d'incertitudes juridiques pour les gestionnaires.

Concernant la suppression du tiers-payant, le rapporteur déplore le fait qu'il a fallu au Gouvernement et à la Cnaf plus de 5 ans et deux reports pour identifier les limites de ce système et ses difficultés de mise en œuvre. Toutefois, il prend acte de l'abandon de cette réforme et salue les dispositifs mis en place pour limiter au maximum les avances de frais pour les familles.

Conformément à sa position exprimée en première lecture et soutenant les modifications rédactionnelles adoptées en commission mixte paritaire, **la commission propose d'adopter cet article sans modification.**

Article 24 ter

Suspension du versement du complément du mode de garde en cas de défaut de paiement du salaire dû à l'assistante maternelle ou à l'employé à domicile

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture à l'initiative de la commission, vise à renforcer les dispositifs permettant de sécuriser le paiement des assistantes maternelles en prévoyant notamment la suspension du CMG au parent employeur et l'obligation d'adhérer au dispositif « Pajemploi + » en cas d'impayé.

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat modifiée par une proposition de rédaction. Le texte, considéré comme adoptée par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, retient cet article dans sa rédaction résultant des travaux de la commission mixte paritaire.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Les assistantes maternelles sont un élément central de l'offre d'accueil de la petite enfance en France. La profession constitue sur bien des territoires le premier mode d'accueil du jeune enfant, particulièrement dans les zones rurales. La profession connaît toutefois une grave crise d'attractivité depuis plusieurs années. Ainsi, en 2022, on comptait 100 000 assistantes maternelles de moins qu'en 2012. Certaines projections font état de 120 000 assistantes maternelles en activité qui pourraient faire valoir leurs droits à retraite d'ici 2030.

Du fait de sa relation directe avec le particulier employeur, les assistantes maternelles sont particulièrement exposées aux risques d'impayés. Lors des travaux préparatoires à l'examen du présent projet de loi de financement pour la sécurité sociale, le rapporteur a été alerté de la persistance des difficultés rencontrées par les assistantes maternelles face aux risques d'impayés de la part des parents employeurs. Le Syndicat professionnel des assistants maternels et des assistants familiaux (Spamaf) et l'Union fédérale nationale des associations de familles d'accueil et assistants maternels (Ufnafaam) ont fait part de grandes difficultés procédurales pour obtenir gain de cause dans ces situations. Il s'agit d'un problème récurrent depuis plusieurs années bien qu'il soit difficile à quantifier précisément.

Par ailleurs, à la suite de travaux menés avec les organisations syndicales, un fonds de garantie des salaires impayés a été mis en place. En effet, bien souvent, en cas de procédure judiciaire, les assistantes maternelles non rémunérées sont confrontées à l'insolvabilité des parents. Depuis le mois d'octobre 2024, « Pajemploi + » garantit ainsi deux mois d'impayés. Cette garantie devrait être étendue à trois mois en 2025 selon les annonces faites par le Gouvernement au mois d'octobre 2024.

Dès lors le présent article, introduit au Sénat par l'adoption d'un amendement du rapporteur avec un avis défavorable du Gouvernement, vise à **renforcer les dispositifs permettant de sécuriser le bon versement du salaire des assistantes maternelles ou de la personne employée à domicile pour une garde d'enfant.**

A. Suspendre le versement du CMG en cas d'impayés

Premièrement, dans le cas où le dispositif « Pajemploi + » n'est pas activé, il suspend immédiatement le versement du complément de libre choix de mode de garde (CMG) au foyer qui ne s'acquitte pas du salaire de l'assistante maternelle ou de la personne employée à domicile pour une garde d'enfant. Pour cela, cet article modifie l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que le versement du CMG est suspendu « *sans délai* » lorsqu'une déclaration d'impayé est faite par l'employeur.

B. Rendre obligatoire « Pajemploi + » en cas d'impayés

Deuxièmement, il prévoit de **rendre obligatoire pour l'employeur visé par un signalement d'impayé l'usage du dispositif « Pajemploi + ».** Cette condition serait nécessaire afin que l'employeur puisse de nouveau bénéficier du complément de libre choix de mode de garde. Le paiement du salarié est alors effectué par l'Urssaf « Pajemploi + » qui se charge ensuite de récupérer le montant auprès de l'employeur. Cette disposition permettra ainsi d'éviter toute récidive.

C. Prévoir que la désactivation du dispositif ne peut se faire qu'après accord du salarié

Enfin, le présent article modifie l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale afin de ne rendre possible la désactivation du service « Pajemploi + » qu'après accord de l'employeur et de l'employé. En effet, plusieurs syndicats ont fait part au rapporteur des risques engendrés par la possibilité pour l'employeur de désactiver de manière unilatérale le service et ainsi, notamment en fin de contrat, percevoir le CMG sans payer le solde de tout compte. L'activation du service « Pajemploi + » résultant d'un accord entre l'employé et l'employeur, le rapporteur estime qu'il est cohérent de prévoir qu'il ne peut être mis fin l'utilisation du dispositif qu'après accord des deux parties prenantes. Par ailleurs, les règles de désactivation automatique du service fixées au VI du même article restent applicables.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a repris la rédaction issue du Sénat modifiée par une proposition de rédaction visant à clarifier le dispositif et faisant suite aux réserves exprimées par le Gouvernement en séance publique au Sénat.

Ainsi, en cas de désaccord entre le salarié et l'employeur pour mettre fin au dispositif d'intermédiation « Pajemploi + », l'employeur peut toujours mettre unilatéralement terme à l'utilisation du dispositif mais seulement après information préalable du salarié qui doit être formulée dans un délai défini par décret.

La mention de la suspension « sans délai » du CMG en cas de déclaration d'impayé est également supprimée afin de permettre aux organismes compétents d'assurer une période de contradictoire.

Enfin, l'entrée en vigueur du dispositif est reportée au 1^{er} janvier 2026 afin de permettre les adaptations nécessaires à sa mise en œuvre.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, reprend la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.

III - La position de la commission

La commission a estimé que ces dispositifs poursuivent tous le même but : sécuriser la profession d'assistante maternelle et ainsi renforcer son attractivité. Ils s'inscrivent en complément de la garantie d'impayés mise en place par « Pajemploi + » afin d'apporter une réponse à l'insolvabilité de certains parents employeurs. Ils permettent également d'améliorer la lutte contre les fraudes à la caisse d'allocations familiales commises par les employeurs mauvais payeurs qui continuent malgré tout de percevoir des aides.

Les ajustements proposés par la commission mixte paritaire sont de nature à renforcer l'effectivité du dispositif et son application. Dès lors, conformément à sa position exprimée en première lecture, **la commission propose d'adopter cet article sans modification.**

Article 24 quater

**Adaptation du droit des prestations familiales et extension de l'assurance
vieillesse des aidants à Mayotte**

Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, prévoit l'adaptation du droit des prestations familiales et de l'assurance vieillesse à Mayotte.

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat avec des modifications rédactionnelles. Le texte, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, reprend la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit applicable

Le code de la sécurité sociale n'est pas applicable au Département de Mayotte qui fait l'objet de règles dérogatoires. Ainsi **l'objectif de convergence du régime mahorais avec celui applicable dans l'Hexagone et les autres départements d'outre-mer**, fixé au plus tard à 2036 dans le pacte de départementalisation de 2009, **se fait au moyen d'ordonnances et de décrets successifs**. Engagées sur la base de l'ordonnance n° 2011-1923 du 22 décembre 2011 relative à l'évolution de la sécurité sociale à Mayotte dans le cadre de la départementalisation, les mesures de convergences ont été poursuivies par la loi du 28 février 2017 relative à l'égalité réelle outre-mer ou encore les LFSS pour 2020, 2021 et, dernièrement, 2023 concernant la complémentaire santé solidaire et le versement des prestations familiales aux fonctionnaires.

Dans son rapport relatif à la situation des familles dans les départements et région d'outre-mer, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge note que *« malgré ces plans successifs de convergence, le système des prestations légales servies par la CSSM reste aujourd'hui encore en deçà de celui applicable dans l'Hexagone et dans les autres Drom »*¹.

L'article 3 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 le Département de Mayotte prévoit que celles-ci sont versées à *« toute personne française ou étrangère résidant dans la collectivité départementale de Mayotte, ayant à sa charge effective et permanente un ou plusieurs enfants résidant à Mayotte »*, sans condition donc de stabilité de la résidence au sein de la collectivité. Or, les prestations familiales dans les autres départements sont versées, en application des articles L. 111-1, L. 111-2-3 et L. 512-1 du code de

¹ Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge – La situation des familles dans les départements et régions d'outre-mer : réalités sociales et politiques menées – 15 mars 2022

la sécurité sociale, sur le fondement de la résidence stable et régulière sur le territoire national de l'allocataire et de l'enfant.

L'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte fixe les conditions de versement de l'allocation spéciale pour les personnes âgées (qui est l'adaptation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées versée dans les autres départements en application du code de la sécurité sociale) aux personnes éligibles « *résidant à Mayotte depuis une durée minimale* ». *A contrario*, l'article L. 815-1 du code de la sécurité sociale applicable dans les autres départements fixe une condition de « *résidence stable et régulière* » pour le versement de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

B. Les modifications proposées

Cet article, issu de deux amendements identiques du Gouvernement et de Salama Ramia et les membres du groupe du Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, a été adopté par le Sénat avec un avis favorable de la commission.

Le I du présent article modifie 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 le département de Mayotte afin de rapprocher l'appréciation de la condition de résidence nécessaire pour l'ouverture du droit aux prestations familiales entre Mayotte et les autres territoires. Pour cela, il prévoit d'ajouter un critère de résidence « stable » pour bénéficier des prestations familiales. Les conditions d'appréciation de la stabilité de la résidence doivent être définies par décret. Il met également en place, comme cela existe déjà en cas de résidence entre les autres DROM et l'Hexagone, une règle de coordination pour le service des prestations familiales en cas de résidence de l'un des parents allocataires dans l'Hexagone ou dans les DROM.

Le II modifie quant à lui l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

D'une part, il rend applicable à Mayotte les dispositions de l'article L. 381-2 du code de la sécurité sociale relatives au régime de l'assurance vieillesse des aidants de personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. Il permet ainsi la prise en compte de ces périodes d'affiliation dans la durée d'assurance totale validée pour la détermination du taux et du calcul de la retraite des assurés concernés.

D'autre part, il modifie l'article 28 de cette ordonnance afin de conditionner le versement du minimum vieillesse à Mayotte au fait de pouvoir justifier « *d'une résidence stable et régulière* » dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article L. 815-1 du code de la sécurité sociale.

Enfin, le III prévoit une entrée en vigueur du dispositif au 1^{er} janvier 2026.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'apporter des modifications rédactionnelles à la version adoptée par le Sénat.

B. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, reprend la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.

III - La position de la commission

En première lecture, la commission a accueilli favorablement cet article qui vise à rapprocher l'appréciation de la condition de résidence entre Mayotte et les autres territoires pour bénéficier des prestations familiales et du minimum vieillesse. Surtout, en prévoyant l'extension à Mayotte de l'assurance vieillesse des aidants, il assure une égalité de droits entre aidants quel que soit le département et permettra d'améliorer le montant de la pension des personnes concernées.

Les modifications rédactionnelles proposées par la CMP et reprises dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture étant de nature purement légistique, **la commission propose d'adopter cet article sans modification.**

TITRE II

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

Article 25

Dotations et transferts des régimes obligatoires de base

Cet article fixe pour 2025 les dotations de l'assurance maladie et de la branche autonomie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), ainsi que celle de l'assurance maladie à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam).

Il fixe également la contribution de la branche autonomie aux agences régionales de santé, ainsi que le reversement de la branche AT-MP au titre de la sous-déclaration et des dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité, et les dotations de cette branche aux fonds de l'amiante.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Une baisse continue de la dotation de l'assurance maladie au FMIS, confirmée en 2025

- La dotation au FMIS s'établirait à **633 millions d'euros en 2025**, soit une diminution de 40 % par rapport à 2023.

- **Un décrochage du montant de la dotation allouée au fonds par l'assurance maladie intervient à compter de 2024**, qui fait suite à trois années de dotations supérieures à 1 milliard d'euros, après la création du fonds en 2021.

Le FMIS contribue notamment au soutien du plan d'action « 4000 maisons de santé pluriprofessionnelles », qui fixe l'objectif quantitatif à atteindre d'ici à 2027 pour ces structures d'exercice coordonné en ville. Les crédits du FMIS permettent également d'accompagner la création de six nouvelles facultés d'odontologie en termes d'investissement immobilier et en équipements.

Financier	Dotation 2021	Dotation 2022	Dotation 2023	Dotation 2024	Dotation 2025
Régimes obligatoires d'assurance maladie	1 035	1 015	1 062	894	633
Branche Autonomie	90	90	87	90	86

• Le fonds perçoit par ailleurs une dotation de la branche autonomie, fixée à **86 millions d'euros en 2025** par le présent article. Cette dotation correspond au financement, par la branche autonomie, du **programme « Établissements et services sociaux et médico-sociaux numérique »**.

Au total, **441 millions d'euros** sont fléchés vers ce programme, dont 355 millions d'euros ont été répartis sur les années 2021 à 2024. Il vise à **généraliser l'utilisation du dossier usager informatisé (DUI)** dans les ESMS, l'objectif étant de déployer un DUI pour chaque personne accompagnée. Ce dossier permet de recueillir l'ensemble des données utiles pour rendre compte des besoins d'une personne afin de faciliter la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des plans personnalisés d'accompagnement.

Le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé

À la suite des conclusions du Ségur de la santé en 2020, l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a transformé le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) en un nouveau fonds pour la modernisation et l'investissement en santé.

Ce fonds, à vocation transversale, permet de soutenir les investissements immobiliers et numériques au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux. Le périmètre du FMIS s'étend également aux structures d'exercice coordonné en ville. En particulier, il accompagne les projets validés au niveau national dans le cadre de l'ancien Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) puis du Comité national de l'investissement en santé (CNIS) qui lui a succédé dans le cadre du Ségur.

Les ressources du fonds sont principalement constituées de dotations de l'assurance maladie et de la branche autonomie.

Le fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations, les délégations de crédits étant opérées par le ministère des solidarités et de la santé.

B. La fixation du montant de la contribution de la branche autonomie aux ARS

Le **III** du présent article fixe à **190 millions d'euros** le montant plafonné de la contribution de la branche autonomie aux ARS au titre de leurs actions en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Cette contribution est également encadrée par la convention

d'objectifs et de gestion (COG) État-CNSA 2022-2026. En 2025, cette contribution permettra de financer¹ :

- le développement des groupes d'entraide mutuelle (GEM) et les collectifs d'entraide et d'insertion sociale et professionnelle (CEISP) en vue de leur généralisation nationale (76,6 millions d'euros) ;

- le financement des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) (99,2 millions d'euros) ;

- le financement des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations (Creai) en faveur des personnes vulnérables (1,2 million d'euros) ;

- le soutien à l'usage, par les établissements et services médico-sociaux et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), de « ViaTrajectoire », un système d'information mis en place pour simplifier l'admission en établissement (1,5 million d'euros).

C. Une poursuite de la revalorisation de la dotation de l'Oniam

• Le III du présent article fixe la dotation de l'assurance maladie à l'Oniam à **181,5 millions d'euros** pour 2025, soit une hausse de 13,3 % par rapport à 2024 et de 34 % par rapport à 2023.

	Dotation 2020	Dotation 2021	Dotation 2022	Dotation 2023	Dotation 2024	Dotation 2025
Oniam	150	130	135,3	135	160,2	181,2

Les missions de l'Oniam **sont financées pour partie par l'assurance maladie (indemnisation des accidents médicaux, des contaminations par le VIH, le VHC, le VHB et le HTLV) et pour partie par l'État** (les accidents médicaux résultant de la vaccination obligatoire et les dommages consécutifs à des mesures sanitaires d'urgence, à la prise du benfluorex ainsi qu'à la prise de valproate de sodium).

L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam)

L'Oniam est un établissement public à caractère administratif de l'État créé par la loi du 4 mars 2002 et placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il est chargé d'organiser des dispositifs de règlement amiable, mais aussi de gérer les différents contentieux en matière d'indemnisation des victimes de dommages imputables à :

- des accidents médicaux, affections iatrogènes ou infections nosocomiales ;

¹ **Source** : réponse au questionnaire transmis à la direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

- des accidents survenus dans le cadre de la recherche biomédicale ;
- des accidents dus à des dommages résultant de mesures sanitaires d'urgence ;
- des accidents dus à la prise de benfluorex (Mediator) ou de valproate de sodium (Dépakine) ;
- des contaminations d'origine sanguine par le VIH, le virus de l'hépatite C, celui de l'hépatite B, le virus T-lymphotropique humain ou encore des contaminations par la maladie de Creutzfeldt-Jakob par la voie de traitement par l'hormone de croissance extractive.

Un nouveau contrat d'objectifs et de performance couvrant la période 2025-2027 devrait être signé avant la fin de l'année 2024.

• **Les prévisions de dépenses d'indemnisation pour 2024** dans le périmètre de l'assurance maladie (accidents médicaux, contaminations transfusionnelles VIH, VHC, VHB et HTLV) et des missions relevant du programme 204 de l'État (VO/MSU/benfluorex/valproate de sodium) **sont estimées à 186 millions d'euros**, conformément aux prévisions budgétaires initiales.

Dépenses d'indemnisation de l'Oniam

	2019	2020	2021	2022	2023
Dépenses d'indemnisation <i>en millions d'euros</i>	161	134	180	162	188
Évolution	+ 5,23 %	- 16,77 %	+ 33,34 %	+ 10 %	+ 16 %

Source : Réponses au questionnaire de la rapporteure préparatoire au PLFSS

• Le ministère indique que les tendances observées en 2024 devraient se poursuivre en 2025, avec une stagnation du nombre de dossiers en commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) et une augmentation du coût moyen d'indemnisation par dossier, justifiant une prévision de dépenses à la hausse.

S'il est attendu une stabilisation des dépenses amiables, les dépenses d'indemnisation contentieuses devraient en revanche demeurer « dynamiques sous l'effet de la poursuite de l'accroissement des contentieux directs conduisant à une condamnation de l'Oniam en capital comme en versements de rentes »¹.

¹ Annexe 2 au PLFSS pour 2025.

D. Des dotations à la charge de la branche AT-MP encore en nette hausse, qui mettent en péril l'équilibre financier de la branche

1. Le reversement de la branche AT-MP au titre de la sous-déclaration, en hausse de 400 millions d'euros en 2025, devrait conduire la branche à une situation déficitaire dès 2026

Le défaut de détection des pathologies d'origine professionnelle du fait d'une insuffisante sensibilisation des professionnels de santé aux enjeux AT-MP, la **méconnaissance par les assurés de leurs droits, la lourdeur des procédures déclaratives ou encore la crainte de répercussions** à la suite de la déclaration d'une affection comme AT-MP peuvent conduire les assurés à ne pas solliciter une prise en charge au titre de la législation des AT-MP. Ce phénomène, appelé « sous-déclaration » des AT-MP, est indubitable puisqu'il est largement documenté par divers rapports.

Qu'elle découle d'une sous-déclaration à proprement parler ou d'une sous-reconnaissance, elle aboutit en une prise en charge indue par la branche maladie de prestations en nature et en espèces qui devraient relever de la branche AT-MP.

En compensation de ces sommes, l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale prévoit depuis 1997¹ que la branche AT-MP du régime général est **redevable d'un « versement annuel » à la branche maladie du même régime**. Initialement restreint aux maladies professionnelles, ce versement a été étendu, en 2002, aux accidents du travail. En application de l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, le montant du versement est défini par la loi de financement de la sécurité sociale.

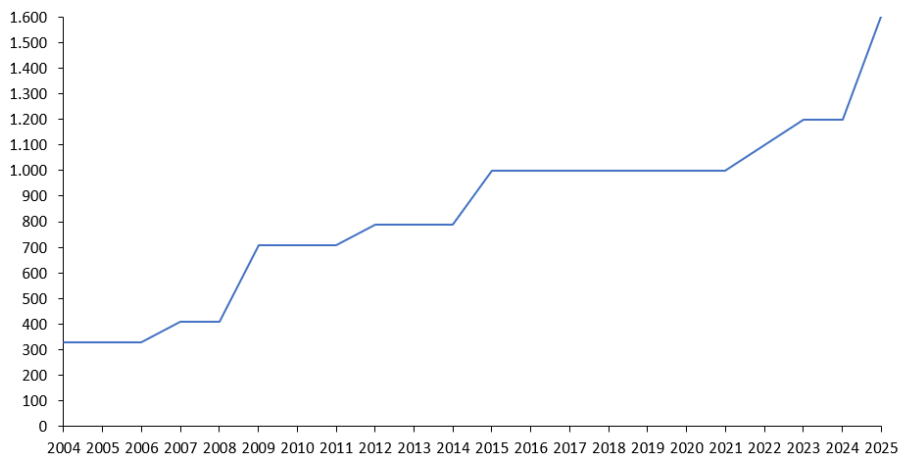
Le VII de l'article 25 fixe, pour 2025, le montant de ce versement à 1,6 milliard d'euros, un montant en hausse de 400 millions d'euros par rapport à 2024.

Le montant du versement annuel n'a **toujours fait que croître : depuis le retour à l'équilibre de la branche AT-MP en 2013, son montant a doublé**, au bénéfice d'une branche maladie toujours déficitaire. En 2025, le transfert à la branche maladie **représentera 9,4 % des dépenses de la branche, une part plus haute qu'elle ne l'a jamais été.**

¹ Ce transfert a été instauré par la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997.

Évolution du versement de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration

(en millions d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat.

Le transfert est fixé **au niveau de la fourchette basse de l'estimation** réalisée par le dernier rapport de la **commission chargée d'évaluer le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration** des accidents du travail et des maladies professionnelles, le cas échéant en lissant la montée en charge.

Cette commission, présidée par un magistrat à la Cour des comptes et composée de représentants de sociétés savantes et de représentants de diverses administrations, **remet en effet tous les trois ans**, au Gouvernement et au Parlement, un **rapport** évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles¹. La commission « *met en regard une prévalence estimée en population générale, à partir de données épidémiologiques, et les cas reconnus par la branche AT-MP* »², puis chiffre sur cette base le coût de la sous-déclaration en fonction des **coûts moyens encourus par la branche Maladie pour chaque pathologie**.

Le dernier rapport en date, rendu en juin 2024, **estime le coût de la sous-déclaration entre 2,0 et 3,8 milliards d'euros**. Ce total est **significativement supérieur à la précédente évaluation** qui faisait état d'un montant compris **1,2 et 2,1 milliards d'euros** – déjà en nette hausse par rapport à l'évaluation de 2017, qui misait entre **815 et 1 530 millions d'euros**. La sous-déclaration des AT-MP aurait donc été **multipliée par deux et demi entre 2017 et 2024**. La commission explique cette évolution par **quatre piliers principaux** :

- **l'évolution du coût de la prise en charge** avec la hausse des prix en santé (négociations conventionnelles, Ségur de la santé), qui représente le tiers de l'accroissement estimé ;

¹ Article L. 176-2 du code de la sécurité sociale.

² Réponses écrites de la commission au questionnaire de la rapporteure.

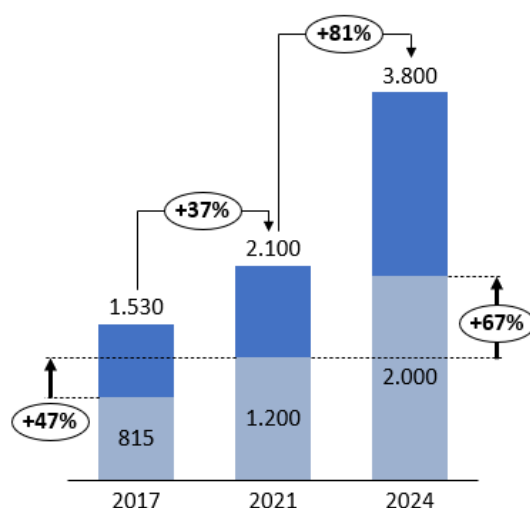
- **l'évolution stagnante ou baissière des cas reconnus par la branche AT-MP** qui induit une hausse de la sous-déclaration dès lors que la prévalence ne suit pas la même tendance en population générale ;

- **l'actualisation des estimations sur la base de nouveaux travaux scientifiques** ;

- **l'extension progressive du champ des sinistres couverts** : le rapport 2024 marque notamment l'introduction de la **sous-déclaration au titre de la souffrance psychique en lien avec le travail**.

Fourchettes hautes et basses des trois dernières estimations de la commission chargée d'évaluer le coût réel de la sous-déclaration

(en millions d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

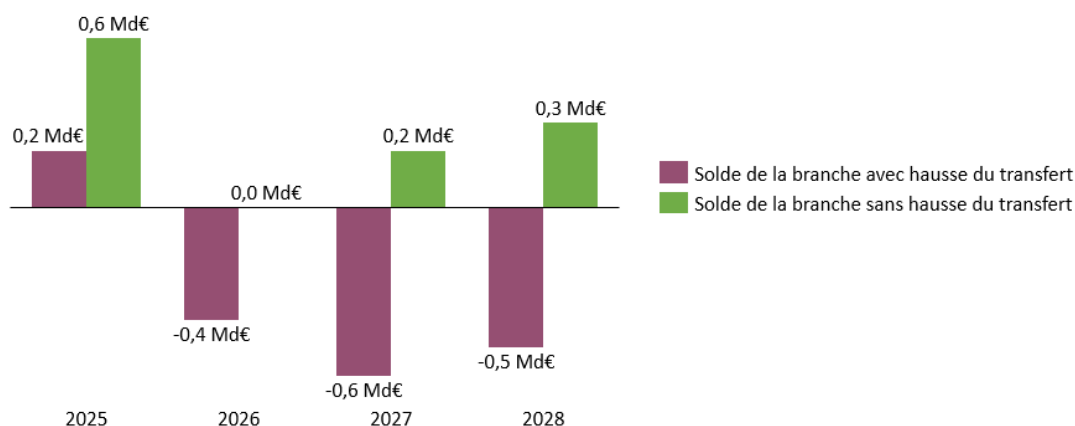
La hausse du montant attendu du transfert – de 1,2 milliard à 2,0 milliards – est telle que le Gouvernement a fait le choix **de lisser la montée en charge sur plusieurs années**. En 2025, le régime général de la branche AT-MP devra déjà **consentir à 50 % de l'effort supplémentaire** puisque la dotation est portée à 1,6 milliard d'euros. Comme le Gouvernement l'indique dans l'exposé des motifs, « *le montant du transfert vers la branche maladie augmentera par la suite progressivement pour atteindre la fourchette basse de l'estimation de la commission, soit 2 Md€* ».

La hausse du transfert en faveur de la branche maladie **explique à elle seule¹ la dégradation du solde de la branche AT-MP**, qui devrait plonger dans une **situation déficitaire dès 2026**. Sans l'augmentation du transfert, la branche AT-MP serait en effet **excédentaire de 0,6 milliard d'euros en 2025** (contre 0,2 milliard d'euros prévisionnels), **à l'équilibre en 2026** (contre

¹ D'autres éléments s'y ajoutent, comme le « swap » de taux avec la branche vieillesse ou l'effort accru de la branche en faveur de la réparation et de la prévention, mais la hausse du transfert explique à elle seule le déficit prévisionnel de la branche AT-MP pour 2026 et les années suivantes.

0,4 milliard d'euros de déficit), puis **en excédent de 0,2 milliard d'euros en 2027** (contre 0,6 milliard d'euros de déficit) **et de 0,3 milliard d'euros en 2028** (contre 0,5 milliard d'euros de déficit).

Solde prévisionnel de la branche AT-MP avec et sans hausse du transfert à la branche maladie au titre de la sous-déclaration



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

2. Les dotations de la branche AT-MP du régime général aux fonds de l'amiante augmentent de 228 millions d'euros, sans que l'État ne participe à l'effort de refinancement

a) La dotation de la branche AT-MP au Fiva poursuit sa forte dynamique et est fixée à 465 millions d'euros pour 2025, contre moins de 7 millions d'euros pour l'État

Le V de l'article 25 fixe à 465 millions d'euros la contribution de la branche AT-MP au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), l'établissement public administratif créé par l'article 53 de la LFSS pour 2021¹ chargé d'assurer la réparation intégrale de l'ensemble des préjudices subis par les victimes de l'amiante – professionnelles ou environnementales – sur le territoire français et par leurs ayants droit.

Les 465 millions d'euros de dotation pour 2025 sont à comparer avec les 335 millions d'euros accordés au fonds en 2024 et avec les 220 millions d'euros consentis les années précédentes. En deux ans, la subvention au fonds chargé d'assurer la réparation intégrale des victimes environnementales et professionnelles de l'amiante fait donc **plus que doubler**. Plusieurs facteurs expliquent cette hausse.

D'une part, les dépenses du Fiva sont particulièrement dynamiques. L'accroissement des dépenses du Fiva est liée à un **effet volume**, avec une hausse de 16,7 % de **nouvelles demandes sur un an entre août 2023 et août 2024**. Si le nombre de nouveaux demandeurs connaît une **diminution tendancielle** liée à l'évolution spontanée de la population ayant été exposée

¹ Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

à l'amiante, l'année 2024 marque une **inversion de tendance** dans un contexte marqué par des **efforts nourris du fonds pour lutter contre le non-recours** et déployer une politique d'aller-vers¹.

S'y ajoute un **effet prix** lié à l'effet année pleine de la **revalorisation de 10,5 % du barème d'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux** décidée par le Fiva en 2023 et à la **revalorisation des rentes Fiva** (+ 4,6 % au 1^{er} avril 2024). La DSS ajoute que « *l'indexation des rentes sur l'inflation à compter du 1^{er} avril impacte, enfin, également le niveau des dépenses* ».

L'**effet prix** se nourrit également des **conséquences de la jurisprudence récente de la Cour de cassation**, qui, par deux arrêts du 20 janvier 2023² a mis fin à la dualité de la rente, ce qui a indirectement affecté le Fiva. En effet, le Fiva indemnise intégralement le déficit fonctionnel permanent des victimes de l'amiante par le versement d'une rente. Afin **d'éviter toute double indemnisation**, le Fiva pouvait, jusqu'à récemment, **déduire du montant de rente qu'il devait verser celui attribué par la branche AT-MP** au titre du déficit fonctionnel permanent. Or **la rente AT-MP est réputée n'avoir qu'une vocation professionnelle**, et donc **ne plus indemniser le déficit fonctionnel permanent** depuis les arrêts de la Cour de cassation en date du 20 janvier 2023. **Le Fiva ne peut donc plus déduire la rente AT-MP** du montant de ses rentes de déficit fonctionnel, ce qui a des conséquences financières certaines sur le fonds : le coût moyen d'un dossier est passé de 37 500 euros à 56 100 euros pour les victimes et de 9 300 euros à 10 500 euros pour les ayants droit. L'adoption de l'article 24 du PLFSS qui réaffirme la dualité de la rente pourrait, à cet égard, **contribuer à réduire progressivement les charges du Fiva à compter de 2026**.

Au total, les **dépenses exécutées du fonds en 2024** devraient **excéder de 44 millions d'euros les prévisions**, ce qui se traduit par un **déficit prévisionnel de 35 millions d'euros** pour le fonds.

Dans ce contexte, une **révision à la hausse de la dotation de la branche AT-MP du régime général** semble **nécessaire**, d'autant plus que le Fiva a connu, jusqu'en 2023, une politique dite de « **prélèvement sur fonds de roulement** », consistant à **mobiliser les excédents passés du fonds** en lui attribuant une **dotation volontairement insuffisante** à la couverture de ses frais. Or, du fait de cette stratégie et de la hausse des dépenses précitée, le fonds de roulement du Fiva est désormais consommé et affiche des valeurs **en-deçà du seuil prudentiel d'un mois de dépenses** : un rebasage de la dotation est donc **indispensable pour retrouver ces niveaux prudentiels**.

Alors que la **branche AT-MP est fortement mobilisée pour le financement du Fiva**, avec un doublement de la subvention en deux ans, l'État entend, comme l'an dernier, **maintenir constante sa dotation** à

¹ L'article 89 de la LFSS pour 2024 confère symboliquement au Fiva la mission d'« identifier » les bénéficiaires potentiels.

² Cass., Ass. Plen., 20 janvier 2023, n° 20-23673 et 21-23947.

8 millions d'euros. Ce montant **ne permet pas de couvrir les frais d'indemnisation des victimes environnementales** ou non assurées du Fiva, alors même que celles-ci ne pourraient pas prétendre à une indemnité AT-MP de droit commun.

b) La dotation de la branche AT-MP au Fcaata augmente de 98 millions d'euros pour équilibrer le résultat net cumulé du fonds dans un contexte de rebond des bénéficiaires

Le VI de l'article 25 fixe la dotation de la branche AT-MP du régime général au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (**Fcaata**) à **453 millions d'euros en 2025** contre 355 millions d'euros en 2024, soit une hausse de **98 millions d'euros**. La contribution du régime AT-MP des salariés agricoles devrait se limiter à 0,1 million d'euros.

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999¹, le Fcaata est un **fonds sans personnalité juridique**, qui finance des **dispositifs de préretraite au bénéfice des anciens travailleurs de l'amiante**.

Le fonds verse l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (**Acaata**), qui constitue un **revenu de remplacement** équivalent à 65 % du salaire² pour **les travailleurs de l'amiante éligibles à un mécanisme de préretraite** et qui ont, à ce titre, interrompu leur activité professionnelle avant l'âge légal de départ à la retraite. L'âge à partir duquel l'Acaata peut être versée **dépend de la durée d'exposition**³. Les travailleurs **atteints d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante** et ceux dont la durée d'exposition professionnelle à l'amiante a **excédé 30 ans** peuvent **cesser leur activité dès 50 ans**.

Le Fcaata finance, en sus, la **prise en charge de cotisations d'assurance vieillesse volontaire et complémentaire**, et verse une **compensation à la Cnav au titre du maintien à 60 ans de l'âge légal** du départ en retraite pour les travailleurs de l'amiante.

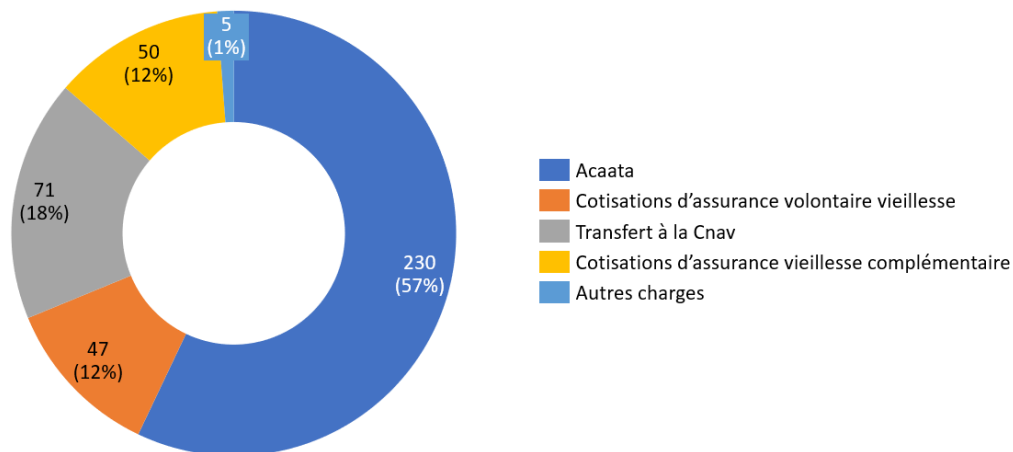
¹ Article 41 de la loi n° 98-1194 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

² Le montant de l'Acaata est compris entre **1 260 et 4 443 euros brut par mois**. Pour les assurés ayant touché entre 1 938 et 3 864 euros brut sur les douze derniers mois, l'Acaata est égale à **65 % du salaire de référence**. Le taux de remplacement est accru pour les bas salaires, et diminué pour les hauts salaires.

³ L'âge d'ouverture du droit à l'Acaata est fixé à 60 ans moins le tiers de la durée d'exposition.

Charges prévisionnelles du Fcaata pour 2025

(en millions d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après la DSS

L'activité du fonds tend à **se réduire** du fait du **tarissement du flux de nouveaux bénéficiaires**. Alors qu'entre 2006 et 2010, le stock d'allocataires était supérieur à 30 000, il est tombé sous la barre des 8 000 en 2023. Cela a résulté en un **redimensionnement à la baisse du budget du fonds**, moins sollicité : la dotation de la branche AT-MP, seul financeur, **tutoyait le milliard d'euros annuel à la fin de la décennie 2000, et a été réduite jusque 327 millions d'euros en 2022**.

Toutefois, le fonds a connu, en 2023 et 2024, une **hausse imprévue des dépenses liée à un rebond du nombre d'allocataires concernés**, combinée à une hausse de l'Acaata moyenne de 7,8 % en 2024 selon la direction de la sécurité sociale. Alors que les dépenses d'Acaata pour 2024 et 2025 étaient estimées à 198,9 et 184,2 millions d'euros lors du précédent PLFSS, celles-ci ont été nettement revues à la hausse avec des prévisions d'Acaata brute à **222,6 millions d'euros pour 2024** et **230,2 millions d'euros pour 2025**. Les dépenses globales du fonds atteindraient, en 2025, 403,3 millions d'euros. Ce niveau constituerait un palier et les dépenses **resteraient par la suite aux alentours de 405 millions d'euros**.

Cette trajectoire s'expliquerait principalement par un **effet incitatif au recours lié au décalage de l'âge légal de départ en retraite porté par la LFRSS pour 2023**, qui n'a nullement affecté le dispositif, le **rendant plus attractif**. S'y adjoindrait un **effet périmètre**, du fait de **l'ouverture de l'éligibilité à l'Acaata de salariés de nouveaux ports**¹.

¹ L'arrêté du 29 décembre 2022 modifiant et complétant la liste des ports susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante en faveur des ouvriers dockers professionnels et personnels portuaires assurant la manutention a inscrit de nouveaux ports

La croissance inattendue du nombre de bénéficiaires se traduit, en 2024, par un **déficit prévisionnel conséquent**, atteignant 33,5 millions d'euros. Celui-ci s'ajoute au **déficit cumulé du fonds de 16,6 millions** pour atteindre, en prévisionnel, **50,0 millions d'euros**.

La **dotation de la branche AT-MP au Fcaata est fixée afin de couvrir les dépenses prévisionnelles du fonds** - 403 millions d'euros en 2025 - et **d'équilibrer son résultat cumulé**, ce qui nécessite 50 millions d'euros supplémentaires.

Le déficit cumulé épongé, la dotation de la branche AT-MP devrait **diminuer en 2026 et 2027** : il avoisinerait alors 400 millions d'euros.

3. Les dispositifs de prévention de la pénibilité continuent leur montée en charge

La **majoration « M4 »**¹ s'appliquant aux cotisations AT-MP des employeurs, fixée à 0,03 % des salaires en 2024², permet à la branche de **financer deux dispositifs** de prévention de la pénibilité : le **départ en retraite anticipé pour certains assurés présentant un taux d'incapacité permanente d'au moins 10 % à la suite d'un sinistre professionnel**, et le **compte professionnel de prévention (C2P)**.

Le **régime des salariés agricoles finance également ces deux dispositifs** pour ses assurés en reflétant leurs coûts dans le calcul du taux de cotisation applicable, aux termes de l'article L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime.

- **Le dispositif de retraite anticipée pour incapacité**

Aux termes de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale, **certaines assurés présentant un taux d'incapacité permanente (IPP) supérieur à 10 % consécutivement à un sinistre professionnel ne sont pas soumis à l'âge légal de 64 ans**³, mais à un âge dérogatoire. Celui-ci est **fixé à 60 ans lorsque le taux d'IPP excède 20 %**⁴, et à deux ans sous l'âge légal, soit **62 ans**, lorsque l'assuré a été **exposé au moins 17 ans** à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels en lien direct avec son⁵ affection⁶ et que celle-ci a provoqué un **taux d'IPP compris entre 10 %**⁷ et 20 %.

L'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale prévoit que les **dépenses supplémentaires occasionnées à la branche vieillesse** du fait

sur la liste ouvrant droit à la cessation anticipée d'activité : Ajaccio, Bayonne, Boulogne-sur-Mer, Brest, Lorient, Nice, Port La Nouvelle, Port-Vendres, Roscoff.

¹ Article D. 242-6-9 du code de la sécurité sociale.

² Arrêté du 27 décembre 2023 fixant le montant des majorations prévues à l'article D. 242-6-9 du code de la sécurité sociale pour l'année 2024.

³ Article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article D. 351-1-9 du code de la sécurité sociale.

⁵ Contrairement au dispositif prévu pour les assurés présentant un taux d'IPP supérieur à 20 %, aucun cumul n'est possible entre affections.

⁶ Articles L. 351-1-4 et D. 351-1-10 du code de la sécurité sociale.

⁷ Article D. 351-1-10 du code de la sécurité sociale.

des dispositifs de départ en retraite anticipée pour incapacité soient **couvertes par une contribution de la branche AT-MP**.

Pour 2025, l'exposé des motifs de l'article 25 indique que le **montant du transfert de la branche AT-MP à la branche vieillesse** au titre des dispositifs de départ à la retraite anticipée pour incapacité représentera **116 millions d'euros pour le régime général, et 9,2 millions pour le régime agricole** ; soit 125,2 millions d'euros.

Le transfert connaît une **hausse de 19 % par rapport à 2024**, probablement pour partie liée à **l'entrée en vigueur de la réforme des retraites**.

- **Les dépenses imputables au compte professionnel de prévention**

Le **compte professionnel de prévention (C2P)**, issu de la transformation du compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P)¹ par l'ordonnance du 22 septembre 2017², **ouvre des droits aux salariés exposés à certains facteurs de risques professionnels**. Les salariés exposés **cumulent des points** sur leur compte en fonction du nombre de trimestres d'exposition au risque et, depuis la LFRSS pour 2023, du nombre de facteurs de risques³. Depuis la LFRSS pour 2023, le C2P est déplafonné⁴.

Ils peuvent ensuite **convertir ces points pour financer une formation ou un projet de reconversion professionnelle, bénéficier d'un passage à mi-temps** avec maintien de salaire ou valider des trimestres de majoration de durée d'assurance vieillesse et ainsi **partir plus tôt à la retraite**. La LFRSS pour 2023 et ses décrets d'application⁵ ont conduit à **revaloriser la valeur du point pour la formation et le mi-temps** avec maintien de salaire.

Aux termes de l'article L. 4116-21 du code du travail, il revient aux **organismes nationaux de la branche AT-MP du régime général et du régime agricoles** de financer, « *chacune pour ce qui la concerne* », les **dépenses engendrées par le C2P**.

L'exposé des motifs de l'article 44 estime à **105 millions d'euros les dépenses au titre du C2P** pour le régime général en 2024 et à 0,5 million d'euros pour le régime des salariés agricoles. Conséquence de la réforme du C2P prévue par la LFRSS pour 2023, la **montée en charge du dispositif se poursuit** donc, après avoir engendré un coût pour le régime général de

¹ Lequel avait été créé par la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

² Ordonnance n° 2017-1389 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.

³ Article L. 4163-5 du code du travail.

⁴ Il était auparavant plafonné à 100 points.

⁵ Article R. 4163-11 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n° 2023-759 du 10 août 2023 relatif au fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle et au compte professionnel de prévention.

la branche AT-MP de 60,3 millions d'euros en 2022 et 96 millions d'euros en 2023.

Le VIII de l'article 25 fixe, pour 2025, à **220,7 millions d'euros** les montants des dépenses engagées au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité et du C2P pour la branche AT-MP du régime général, et à **9,7 millions d'euros** pour celle du régime des salariés agricoles. Ces montants correspondent à la somme des dépenses évoquées par l'exposé des motifs au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité et au titre du C2P.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

- En première lecture, le Gouvernement a transmis cet article au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

- Afin de renforcer l'information et le contrôle du Parlement, la commission a proposé de **compléter cet article en inscrivant dans la loi le montant des dotations de l'assurance maladie aux divers opérateurs de l'État agissant dans le champ sanitaire.**

Pour mémoire, la commission avait souligné, à l'occasion de la mission sur les organismes et les fonds financés par les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale¹, « *que le degré d'autorisation parlementaire sur les subventions de la sécurité sociale aux Offprob était insatisfaisant et empêchait les parlementaires de défendre les moyens accordés à ces agences, dont le rôle sanitaire est pourtant essentiel* ».

D'une part, outre le FMIS et l'Oniam dont les dotations sont fixées par le présent article, **il existe une multiplicité d'opérateurs exclusivement financés par l'assurance maladie dont le montant des dotations n'est toutefois pas fixé par le législateur.** Dans un souci de simplification et de lisibilité du modèle de financement des structures, le financement de certains opérateurs de santé historiquement co-financés par l'État et l'assurance maladie a été progressivement transféré à la charge exclusive de l'assurance maladie. Ces opérations ont conduit à des élargissements successifs du sixième sous-objectif de l'Ondam².

¹ Sénat, rapport d'information sur les organismes et fonds financés par les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, mission d'évaluation et de contrôle des comptes de la sécurité sociale, Mmes Doineau et Le Houérou, juillet 2023.

² En 2015, trois opérateurs jusqu'alors co-financés par l'État dans le cadre de la mission « Santé » de la loi de finances ont ainsi été transférés en totalité à l'assurance maladie : l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Haute autorité de santé (HAS) et le Centre national de gestion (CNG). L'Agence de la biomédecine (ABM) et l'École des hautes études en santé publique (EHESP) ont suivi le même mouvement en 2018, encore prolongé en 2019 par les transferts de Santé publique France (SPF) et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

D'autre part, **le contenu de l'annexe 2 au PLFSS**, qui présente les comptes des organismes ou fonds financés par des régimes obligatoires de base, **se contente d'une information trop lacunaire pour éclairer les parlementaires. Celle-ci se borne en effet bien souvent à des éléments d'exécution et peu à une analyse prospective de l'évolution des dépenses.** Seuls la Cades, le FSV et le FRR présentent des données comptables et financières plus détaillées, y compris prospectives.

- En conséquence, le Sénat a adopté **l'amendement n° 193** porté par la commission fixe dans la LFSS pour 2025 le montant des dotations des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement, respectivement, de l'Agence nationale de santé publique, de l'Agence de la biomédecine, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et de la Haute Autorité de santé, conformément aux montants figurant dans l'annexe 2 au PLFSS.

L'amendement modifie également plusieurs articles législatifs afin de prévoir que le montant des dotations des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des organismes suivants est fixé par la loi : l'Agence du numérique en santé (article L. 1111-24 du code de la santé publique), l'Établissement français du sang (article L. 1222-8 du code de la santé publique), l'Agence nationale de santé publique (article L. 1413-12 du code de la santé publique), l'Agence de la biomédecine (article L. 1418-7 du code de santé publique), l'Agence nationale du développement professionnel continu (article L. 4021-6 du code de la santé publique), l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (article L. 5321-2 du code de la santé publique), l'Agence nationale d'appui à la performance (article L. 6113-10-2 du code de la santé publique), la Haute Autorité de santé (article L. 161-45 du code de la sécurité sociale), le Centre national de gestion (article L. 453-5 du code général de la fonction publique), l'École des hautes études en santé publique (article L. 756-2-1 du code de l'éducation) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale).

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d'adopter cet article dans sa version issue du Sénat, sous réserve de quelques modifications rédactionnelles.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale modifie et complète la rédaction de l'article dans sa version issue du Sénat.

Outre deux ajustements rédactionnels¹, l'article intègre les modifications proposées par **l'amendement n° 962** déposé en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale par le rapporteur général Thibault Bazin. En particulier, cet amendement :

- diminue le montant de la dotation de l'assurance maladie au FMIS de 633 millions d'euros à 523 millions d'euros, soit une baisse supérieure à 50% par rapport à 2023, et de 41,4 % par rapport à 2024 ;

- ajuste le montant des dotations de l'assurance maladie à plusieurs opérateurs de l'État selon les modalités reproduites dans le tableau ci-dessous ;

- ajoute dans la LFSS pour 2025 le montant des dotations de l'assurance maladie aux opérateurs de l'État agissant dans le champ de la santé (Agence du numérique en santé, Établissement français du sang, Centre national de gestion, École des hautes études en santé publique, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Agence nationale du développement professionnel continu) ;

- prévoit un mécanisme de mise en réserve prudentielle d'au minimum 0,3 % du montant des dotations aux opérateurs précités, à l'exception de l'Agence nationale du développement professionnel continu, dans un souci de pilotage budgétaire efficient. Le niveau de mise en réserve est fixé chaque année par arrêté ministériel et tient compte « *de la soutenabilité budgétaire, des besoins de gestion de crise et, le cas échéant, de la part et de la nature des dépenses d'intervention* ».

Évolution du montant des dotations de l'assurance maladie aux opérateurs de l'État

(en millions d'euros)

	Montant initial (fixé dans l'annexe 2 du PLFSS)	Montant ajusté (en nouvelle lecture)
Agence nationale de santé publique (Santé publique France)	335	357,61
Agence de la biomédecine	55	57,42
ANSM	145	149,04
Haute Autorité de santé	74	75,68

III - La position de la commission

• **La commission, à l'initiative du renforcement de cet article dans la LFSS pour 2025, se satisfait du maintien de ses apports dans le texte présenté par le Gouvernement en nouvelle lecture.** Ces dispositions

¹ Amendements n° 663 et 667 déposés en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale par le rapporteur général Thibault Bazin.

contribueront à renforcer le contrôle parlementaire sur l'autorisation de dépenses, jusqu'à présent limité concernant les moyens alloués à ces agences.

Elle relève que **l'article, en nouvelle lecture, intègre un effort d'économies supplémentaires à hauteur de 90 millions d'euros.** Ces économies pèseraient, en priorité, sur l'Agence du numérique en santé (- 60 millions d'euros dont 55 millions d'euros sur la dotation du Ségur), Santé publique France (- 6,8 millions d'euros), l'Agence nationale du développement professionnel continu (- 4 millions d'euros), Agence nationale de la sécurité du médicament (- 2,3 millions d'euros) ainsi que la Haute Autorité de santé (- 1,8 million d'euros). **L'objectif d'amélioration de l'information et du contrôle du Parlement trouve ainsi, avant même l'adoption du PLFSS, une première concrétisation en levant le voile sur ces ajustements.**

• S'agissant de la création d'un mécanisme de mise en réserve des crédits, **la commission souscrit au principe d'un pilotage budgétaire infra-annuel plus efficient.** Si elle entend le besoin de souplesse de gestion revendiqué par le Gouvernement, elle remarque néanmoins le faible encadrement du dispositif qui prévoit **un taux minimal de mise en réserve à hauteur de 0,3 % du montant total des crédits, mais qui s'élève pour l'année 2025 à 4,3 %¹.**

La mise en œuvre d'une réserve prudentielle dès l'année 2025 conduit ainsi, en apparence, à afficher une augmentation des dotations aux agences visées au présent article, alors même que le montant socle de ces dotations est globalement en diminution, afin de dégager 90 millions d'euros d'économies.

En conséquence, **elle réitère ses attentes en termes de transparence et de sincérité budgétaires** et souhaite qu'un bilan annuel, précis et motivé, relatif à l'emploi des crédits mis en réserve soit intégré à l'annexe 2 au PLFSS.

• Au surplus, la commission rappelle à nouveau qu'au titre de l'article L.O. 111-4-1 du code de la sécurité sociale, il est fait obligation au Gouvernement de présenter, dans les annexes au PLFSS, « *pour l'année en cours et les trois années suivantes, les comptes prévisionnels [...] des organismes financés par les régimes obligatoires de base* », étant entendu que cette annexe fait figurer « *le montant de la dotation [...] pour l'année en cours et de la dotation prévisionnelle [...] pour l'année à venir* ». Or la commission avait déjà constaté, en première lecture, la dégradation du niveau d'information transmise au Parlement dans l'annexe 2 du PLFSS pour 2025.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Le montant des crédits mis en réserve serait de 54,74 millions d'euros sur un total de crédits de 1258,6 millions d'euros.

Article 26

Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Cet article fixe pour 2025 le montant de l'objectif des dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès.

En dépit de réserves relatives à la soutenabilité des dépenses d'assurance maladie sur le moyen terme, la commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Conformément à l'article L.O. 111-3-5 du code de la sécurité sociale, cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2025. Cet objectif de dépenses couvre le champ de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.

À titre liminaire, il convient de rappeler que la LFSS pour 2021 a opéré un changement substantiel de périmètre du fait de la création d'une cinquième branche autonomie, dorénavant chargée des dépenses de prestations dont la branche maladie assurait précédemment le financement.

• L'article 26 fixe l'**objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès à 260,8 milliards d'euros pour 2025.**

L'Ondam et l'objectif de dépenses de la branche maladie

L'objectif de dépenses de la branche maladie est à distinguer de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) fixé à l'article 27 du PLFSS :

- d'une part, les deux reposent sur des concepts de nature distincte : l'Ondam retient une approche économique, interrégimes et interbranches, alors que les dépenses des régimes relèvent d'une approche comptable ;

- d'autre part, si l'Ondam contribue pour 84,5 % aux prestations servies au titre du risque maladie¹, son champ et celui de la branche maladie ne se recoupent pas intégralement : l'Ondam intègre ainsi les prestations de soins de la branche AT-MP (prestations en nature et indemnités journalières compensant l'incapacité temporaire) et les dépenses de la branche autonomie relatives aux établissements médicosociaux ; en revanche, il ne prend pas en compte certaines prestations d'assurance maladie. C'est notamment le cas des prestations en espèces de maternité et paternité (indemnités journalières) ou des prestations invalidité-décès, ainsi que de certaines dépenses de prévention.

¹ Selon les données du rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024.

**Prévisions de recettes, de dépenses et solde de la branche maladie,
maternité, invalidité et décès en 2024 et 2025**

(en milliards d'euros)

	Prévision 2024 initiale (LFSS pour 2024)	Prévision 2024 rectifiée (PLFSS 2025)	Prévision pour 2025 (PLFSS 2025)
Recettes	243,4	239	247,4
Dépenses	251,9	253,6	260,8
Solde	- 8,5	- 14,6	- 13,4

Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les sources indiquées

Les dépenses de la branche maladie pour 2025 augmenteraient ainsi de 8,9 milliards d'euros par rapport à la prévision initialement fixée pour 2024, et de 7,2 milliards d'euros par rapport à la prévision actualisée. Cet objectif de dépense représente **une hausse de 2,8 % entre l'exécution 2024 et la prévision pour 2025**. Quant aux recettes de la branche, leur progression serait pénalisée par un rendement moindre de la TVA.

Après une nouvelle dégradation de son solde qui s'établirait à 14,6 milliards d'euros en 2024, soit un déficit supérieur de 6,1 milliards d'euros par rapport à la prévision initiale, le déficit de la branche maladie connaîtrait **une légère diminution en 2025**, atteignant **13,4 milliards d'euros**, du fait essentiellement de l'effet combiné des articles 6¹ et 8² du PLFSS, qui (après prise en compte de l'article 38 du PLF³) augmenteraient ses recettes de 2 milliards d'euros.

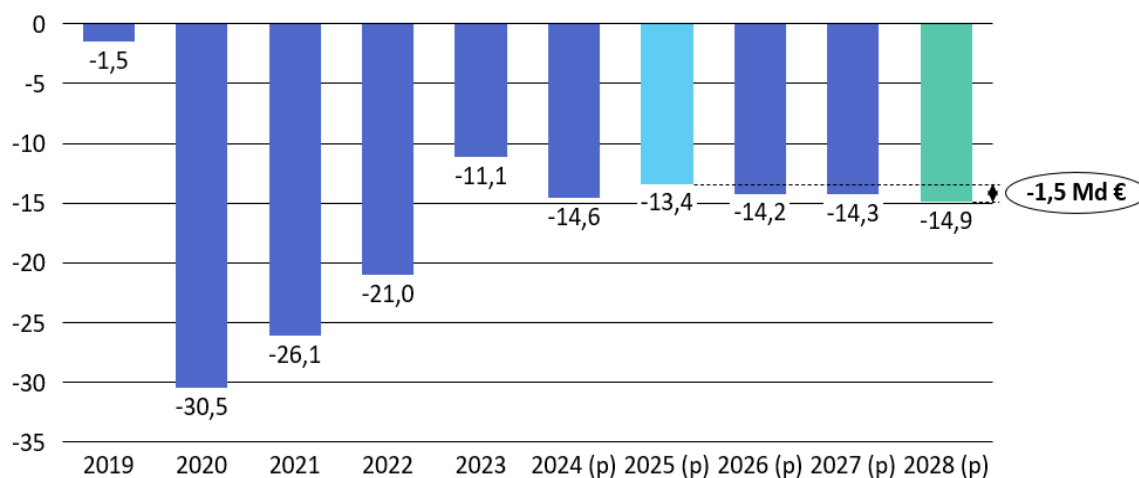
¹ Réforme des allègements généraux de cotisations sociales patronales, qui augmente les recettes de la branche de 2,2 milliards d'euros.

² « Article-tuyau », qui réalise des transferts de recettes entre branches en modifiant la répartition de la taxe sur les salaires et augmente les recettes de la branche de 0,8 milliard d'euros.

³ Cet article réduit la TVA affectée à la sécurité sociale (et donc à la branche maladie, seule à disposer de recettes de TVA) d'un milliard d'euros au titre de la compensation par la sécurité sociale à l'État de la diminution des recettes d'impôt sur les sociétés résultant de l'article 6.

Évolution du déficit de la branche maladie entre 2019 et 2028

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales, données du projet d'annexe à la future LFSS (ancienne annexe A), PLFSS pour 2025

Le solde de la branche se dégraderait à nouveau à partir de 2026 pour se maintenir à un niveau supérieur à 14 milliards d'euros jusqu'en 2028, où il atteindrait un solde déficitaire de 14,9 milliards d'euros.

- En 2025, les charges de la branche progresseraient de 2,8 %, soutenues à la fois par la hausse des prestations relevant de l'Ondam (+ 2,6 %), particulièrement par les soins de ville, et par celle des prestations hors Ondam (+ 4,7 %).

Sur le champ des prestations hors Ondam, les dépenses sont principalement soutenues par le coût dynamique des pensions d'invalidité, avec une projection de revalorisation de 2,6 % en moyenne annuelle, ainsi que par les indemnités journalières de maternité et de paternité, du fait d'un léger rebond des naissances et d'un effet prix lié à l'augmentation des salaires.

- Enfin, les dépenses de prévention progresseraient substantiellement sous l'effet de la montée en charge du compte professionnel de prévention, du fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle et de la mise en place d'un fonds pour l'usure professionnelle, auquel sont alloués 100 millions d'euros.

Charges nettes de la Cnam-maladie, 2022-2025

(en millions d'euros)

	2022	2023	%	2024(p)	%	2025(p)	%
CHARGES NETTES	240 672	242 337	0,7	251 912	4,0	261 705	3,9
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	220 050	224 433	2,0	233 481	4,0	242 420	3,8
Prestations ONDAM nettes "maladie - maternité"	206 921	210 834	1,9	219 234	4,0	227 519	3,8
Prestations légales "maladie" nettes	201 989	205 909	1,9	214 142	4,0	222 275	3,8
Soins de ville	103 726	102 186	-1,5	107 227	4,9	112 444	4,9
Prestations en nature	91 325	91 232	-0,1	95 253	4,4	100 032	5,0
Indemnités journalières	12 401	10 955	-11,7	11 974	9,3	12 412	3,7
Etablissements	98 262	103 722	5,6	106 916	3,1	109 832	2,7
Prestations légales "maternité" nettes	4 142	4 174	0,8	4 316	3,4	4 453	3,2
Soins des Français à l'étranger	790	751	-5,0	776	3,3	790	1,8
Prestations hors ONDAM nettes "maladie - maternité"	13 129	13 598	3,6	14 247	4,8	14 901	4,6
IJ maternité	3 239	3 216	-0,7	3 303	2,7	3 400	2,9
IJ paternité	577	597	3,5	610	2,1	627	2,8
Prestations invalidité	7 436	7 829	5,3	8 308	6,1	8 717	4,9
Soins des étrangers en France	1 008	1 051	4,3	1 069	1,7	1 049	-1,9
Action sociale et actions de prévention	509	500	-1,8	546	9,2	695	27,3
Autres prestations nettes	360	405	12,5	411	1,4	412	0,3
TRANSFERTS NETS	13 672	10 793	-21,1	11 127	3,1	11 326	1,8
Transferts d'équilibrage et dotations spécifiques	768	755	-1,7	782	3,5	789	0,9
Prise en charge de cotisations des PAM	1 291	1 307	1,3	1 402	7,2	1 454	3,7
Financements de fonds et organismes du champ de l'ONDAM	10 831	7 574	-30,1	7 710	1,8	7 756	0,6
Financement du FIR	4 781	4 824	0,9	5 347	10,8	5 654	5,7
FMIS (ex FMESPP)	1 015	1 062	4,6	984	-7,3	632	-35,8
Santé publique France (SPF)	4 016	602	-	300	-	347	15,6
Autres participations et subventions ONDAM	1 019	1 086	6,6	1 078	-0,7	1 123	4,1
Autres transferts (dont dépassement soins urgents, démocratie sanitaire)	29	85	++	55	-34,7	55	0,0
Transfert pour investissements des hôpitaux sur crédits versés par la CADES	737	1 053	42,8	1 159	10,2	1 254	8,1
Prise en charge de prestations (ASI notamment)	16	19	21,1	19	0,0	19	0,0
CHARGES DE GESTION COURANTE	6 820	6 799	-0,3	6 929	1,9	7 049	1,7
dont CNAM seule hors frais d'assiette et de recouvrement	5 766	5 713	-0,9	5 821	1,9	5 929	1,9
AUTRES CHARGES NETTES	130	313	++	375	19,9	909	++

Source : Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024

• En parallèle, les hypothèses établies par le Gouvernement conduisent à projeter, pour la branche maladie, des mesures contribuant à une amélioration du solde pour un montant total de 5,3 milliards d'euros, dont¹ :

- **des réductions de dépenses de 2,6 milliards d'euros**, principalement grâce à la hausse du ticket modérateur sur les consultations de médecins et de sages-femmes, à la baisse envisagée du plafond des indemnités journalières de 1,8 à 1,4 Smic brut mensuel, et à des mesures de maîtrise tarifaire des produits de santé ;

- **de nouvelles recettes d'un montant 2,5 milliards d'euros**, grâce à la refonte des allègements généraux de cotisations sociales.

Enfin, la hausse du transfert reçu en provenance de la Cnam-AT au titre de la sous-déclaration des accidents du travail permettrait d'accroître les recettes de la branche maladie de 400 millions d'euros.

¹ Annexe 3 au PLFSS 2025, p. 11 (tableau 4 – tableau d'équilibre financier pour 2025).

Structure des recettes de la branche maladie

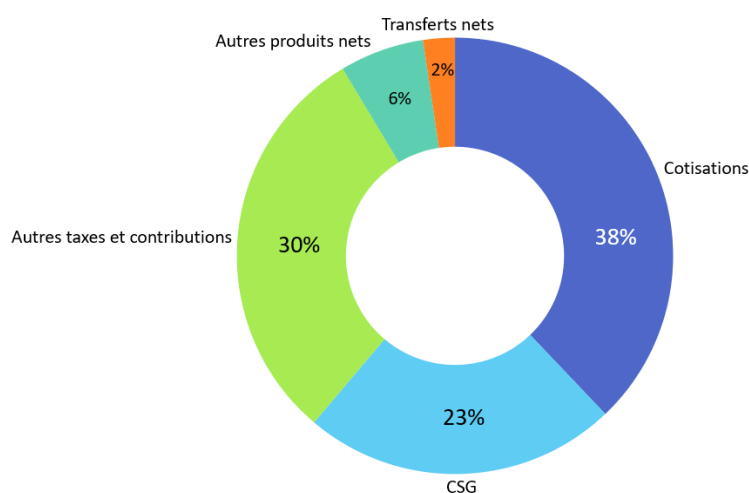
Un mouvement ancien d'évolution du panier de recettes de la branche maladie a conduit à une **réduction structurelle de la part des cotisations**.

Les cotisations, versées par les actifs et les personnes inactives couvertes au titre de la PUMa, représentaient près de la moitié des recettes de la branche en 2017. Si leur part relative est aujourd'hui inférieure à 40 %, elles demeurent néanmoins la ressource prépondérante de la branche.

La contribution sociale généralisée (CSG), qui avait atteint près de 46 % des ressources de la branche maladie en 2018, n'en représente aujourd'hui que moins du quart.

Parmi les autres taxes et contributions, **la taxe sur la valeur ajoutée (TVA)** représente une ressource importante, à hauteur de près de 20 % (comprise dans le compartiment « autres taxes et contributions » ci-dessous).

Ventilation des recettes de la branche maladie en 2025



Source : Commission des affaires sociales, données du rapport des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

- En première lecture, le Gouvernement a transmis cet article au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

- **La commission a renouvelé ses alertes sur la soutenabilité des dépenses de la branche maladie et sur les conditions d'un hypothétique retour à l'équilibre**, d'autant que la projection d'un Ondam contenu - à 2,8 %

en 2025, puis à 2,9 % de 2026 à 2028¹ selon le PLFSS initial – ne devait pas empêcher l’aggravation du déficit de la branche jusqu’en 2028.

Dans son avis du 26 juillet 2024, le comité d’alerte de l’Ondam a rappelé que la branche maladie devrait, avec la branche vieillesse, concentrer l’essentiel du déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale à moyen terme, en raison notamment de **dépenses pérennes nées à l’occasion de la crise sanitaire**. Parmi ces dépenses, les mesures de revalorisation salariale des personnels hospitaliers, décidées dans le cadre du Ségur de la santé, représentent 11 milliards d’euros annuels.

La Cour des comptes relève, au surplus, que cette situation « *ne permet pas d’absorber des dépenses exceptionnelles en cas de crise ni de préparer notre système social aux conséquences financières du vieillissement de la population* »².

Face à un déficit devenu structurel, la commission a invité le Gouvernement à définir sans attendre une stratégie de financement crédible et soutenable pour redresser la situation de la branche. À cette occasion, elle a exprimé ses réticences quant à certaines mesures visant à dégager des marges de manœuvre financières par des reports de charges sur les ménages, telles que le relèvement du ticket modérateur sur les consultations de médecins et de sages-femmes.

• Au Sénat, le Gouvernement a déposé un amendement (n° 1399) rectifiant à 260 milliards d’euros le montant de l’objectif de dépenses de la branche maladie pour l’année 2025.

Cette réduction de 800 millions d’euros de l’objectif de progression des dépenses résulte de nouvelles mesures d’efficacité projetées sur les médicaments et sur les transports sanitaires, en raison de moindres recettes attendues au titre des remises de médicaments sur 2024.

L’article a été adopté ainsi modifié.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a proposé d’adopter cet article sans modification, dans sa version issue du Sénat.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l’Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l’Assemblée nationale en nouvelle lecture **fixe le montant de l’objectif de dépenses de la branche maladie pour l’année 2025 à 261,8 milliards d’euros.**

Ce montant intègre l’impact des mesures nouvelles portées en nouvelle lecture par le Gouvernement, en particulier :

¹ Le projet d’annexe à la future LFSS, dans sa version initiale, affichait un objectif de progression de l’Ondam limité à 2,8 % en 2025, puis à 2,9 % en 2026, 2027 et 2028.

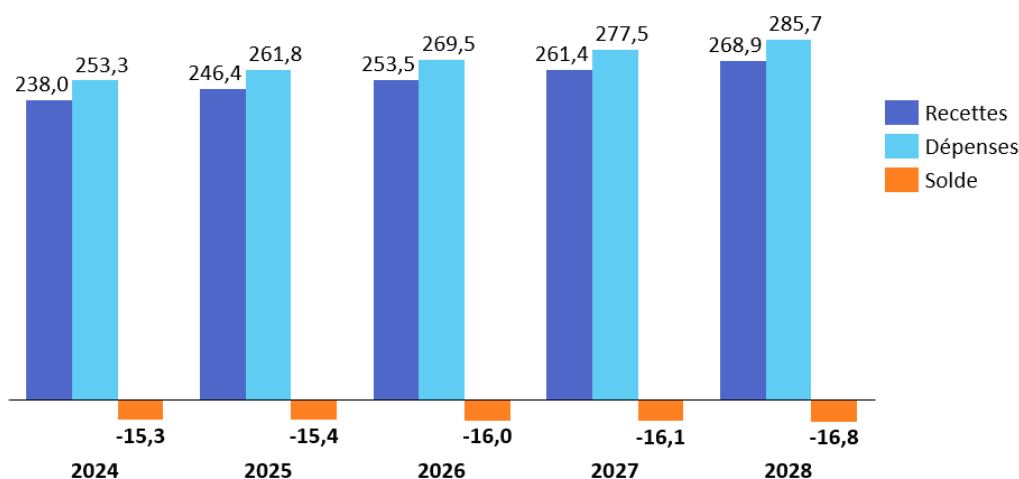
² Ibid.

- l'abandon de la hausse du ticket modérateur envisagée sur les consultations et sur les médicaments (pour un montant de 900 millions à un milliard d'euros¹),

- le relèvement de l'Ondam à 3,4 %, soutenu par l'allocation d'un milliard d'euros supplémentaires aux établissements de santé (+ 3,8 % pour le 2^e sous-objectif de l'Ondam), et de 300 millions d'euros aux établissements et services sociaux et médico-sociaux en difficulté.

Évolution des perspectives de recettes, de dépenses et de solde de la branche maladie entre 2024 et 2028

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales, d'après le projet d'annexe rectifié à la future LFSS pour 2025

III - La position de la commission

• **La commission ne peut que s'inquiéter de l'accentuation de la dégradation du solde de la branche maladie.** Pour 2025, l'actualisation de la prévision fait apparaître un écart d'un milliard d'euros par rapport à la projection initiale du PLFSS.

Malgré une relative stabilisation du déficit de la branche en 2025, celui-ci continuera de se creuser jusqu'en 2028. Alors que le Gouvernement maintient sa prévision d'un Ondam contenu à 2,9 % entre 2026 et 2028, la commission alerte sur le risque de nouveaux dérapages des comptes. L'inconstance des prévisions gouvernementales et l'absence de pilotage

¹ Initialement, la mesure envisagée ne devait porter que sur les consultations médicales et correspondait à une économie estimée à un milliard d'euros. Il a ensuite été envisagé de partager l'effort entre les consultations et les médicaments, pour une mesure estimée alors à 900 millions d'euros.

rigoureux des dépenses, à court et moyen termes, ont ainsi conduit à fragiliser durablement la situation de la branche maladie.

Perspectives pluriannuelles des comptes de la branche maladie

(en milliards d'euros)

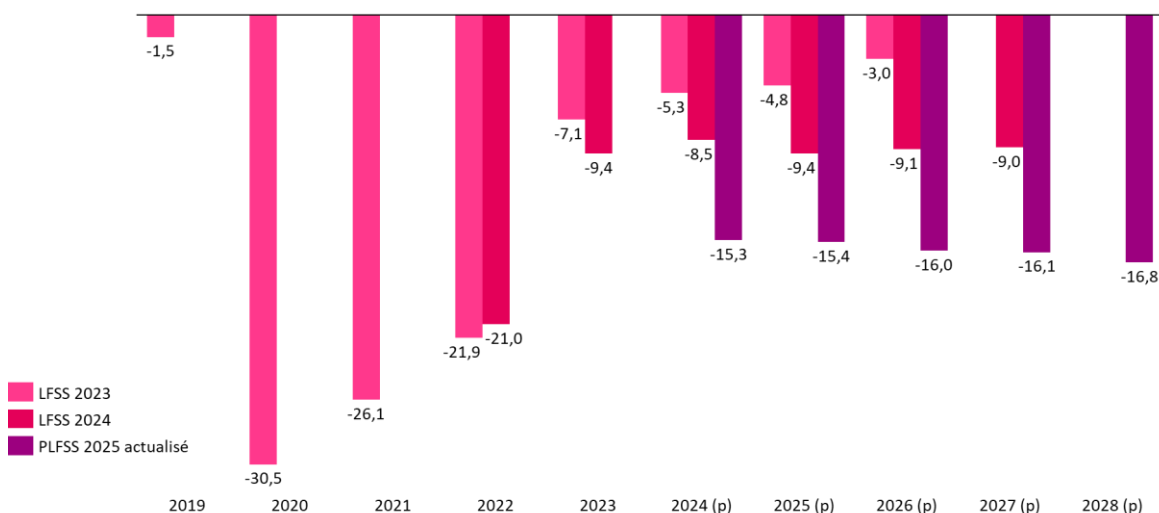
	2024 (init.)	2024 (rect.)	2025 (init.)	2025 (rect.)	2026 (init.)	2026 (rect.)
Recettes	239	238,0	247,4	246,4	254,2	253,5
Dépenses	253,6	253,3	260,8	261,8	268,3	269,5
Solde	- 14,6	-15,3	- 13,4	-15,4	- 14,2	-16,0

	2027 (init.)	2027 (rect.)	2028 (init.)	2028 (rect.)
Recettes	262	261,4	269,5	268,9
Dépenses	276,2	277,5	284,4	285,7
Solde	- 14,3	-16,1	- 14,9	- 16,8

Source : Données PLFSS pour 2025, projet d'annexe à la future LFSS

Évolution des prévisions de solde de la branche maladie depuis 2019

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données PLFSS pour 2025, projet d'annexe en nouvelle lecture

- La commission considère que des efforts plus significatifs de maîtrise des dépenses sont attendus auxquels l'ensemble des acteurs du système de santé doivent contribuer, à l'initiative et sous l'impulsion du Gouvernement.

Aussi est-ce sous ces réserves que la commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 27
Ondam et sous-Ondam

Cet article fixe pour 2025 le montant de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) ainsi que le montant des sous-objectifs qui le composent.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Un Ondam en progression de 9 milliards d'euros par rapport au montant voté en LFSS pour 2024

Conformément à l'article L.O. 111-3-5 du code de la sécurité sociale, cet article fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année à venir.

• **En 2025, l'Ondam augmenterait de 2,8 %** pour atteindre **263,9 milliards d'euros**, ce qui représente une hausse de 7,8 milliards d'euros par rapport au montant rectifié pour 2024 et de 9 milliards d'euros par rapport au montant voté en LFSS 2024.

- La ventilation entre sous-objectifs est déterminée comme suit.

Ventilation de l'Ondam pour 2025 entre sous-objectifs

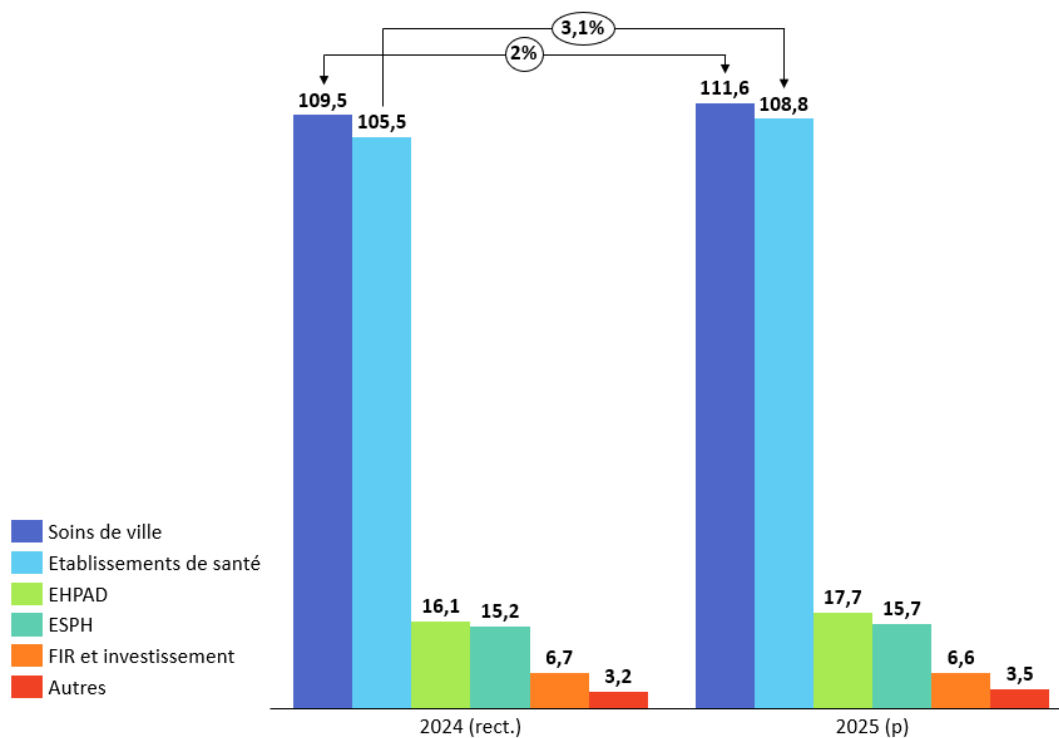
(en milliards d'euros)

	Taux d'évolution 2024/2025	Montant prévisionnel 2025
Total	2,8 %	263,9
Dépenses de soins de ville	2 %	111,6
Dépenses relatives aux établissements de santé	3,1 %	108,8
Dépenses en établissements et services pour personnes âgées	6 %	17,7
Dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	3,3 %	15,7

	Taux d'évolution 2024/2025	Montant prévisionnel 2025
Dépenses relatives au FIR et au soutien national à l'investissement	- 0,5 %	6,6
Autres prises en charge	10,2 %	3,5

NB : En 2025, les changements de périmètre qui affectent l'Ondam à hauteur de 575 millions d'euros proviennent principalement de la mise en œuvre de l'expérimentation de la tarification des Ehpad et des unités de soins de longue durée (USLD), qui vise à fusionner les sections soins et dépendance et conduit à transférer certaines dépenses supportées par les départements à la sécurité sociale.

Comparaison des sous-objectifs de l'Ondam pour 2024 et 2025



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après PLFSS 2025

- Les deux principaux sous-objectifs, relatifs aux soins de ville et aux établissements de santé, progressent respectivement de 2 % et de 3,1 %.

- Le **sous-objectif relatif aux soins de ville** progresse de 2 %, soit 2,1 milliards d'euros. Outre la tendance d'évolution spontanée de ces dépenses, ce montant intègre près de 1,6 milliard d'euros au titre des revalorisations conventionnelles, dont :

- 1 milliard d'euros pour le financement de la nouvelle convention médicale conclue le 4 juin 2024 (dont 0,6 milliard d'euros au titre de la seule hausse de la consultation de médecine générale à 30 euros), qui s'ajoute au coût du règlement arbitral conclu en 2023 (estimé à 0,7 milliard d'euros) ;

- 0,4 milliard d'euros pour la montée en charge de plusieurs avenants conventionnels, conclus notamment avec les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes et les transporteurs sanitaires ;

- 0,1 milliard d'euros pour l'avenant à la convention pharmaceutique de juin 2024.

Parmi les mesures nouvelles, 100 millions d'euros sont également consacrés aux mesures de lutte contre la précarité menstruelle.

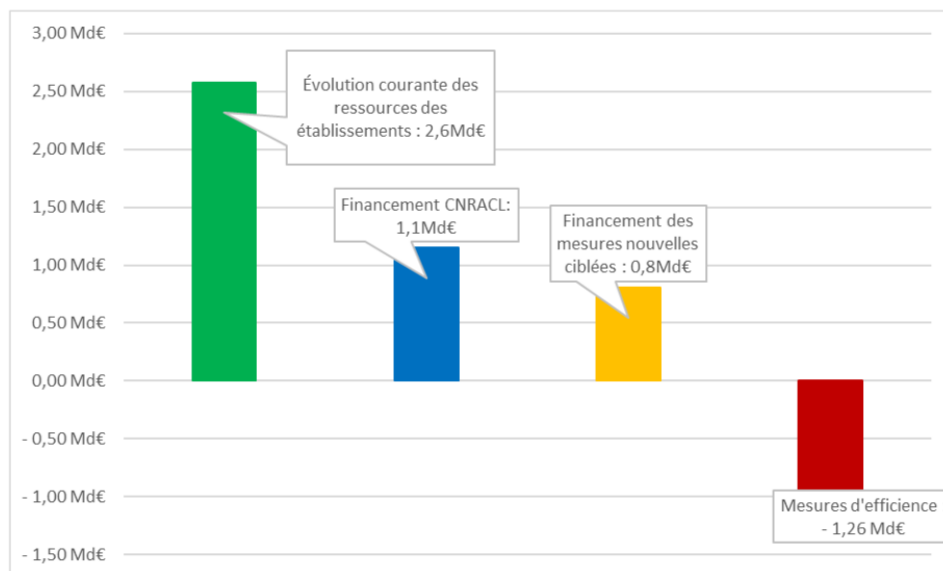
• Le **sous-objectif relatif aux établissements de santé** progresse de 3,1 %, soit près de 3,3 milliards d'euros en 2025. Cette évolution intègre **l'augmentation du taux de cotisation employeurs pour la CNRACL à hauteur de 1,1 milliard d'euros.**

In fine, les dépenses consacrées à des mesures nouvelles ciblées en établissements de santé s'élèvent à 0,8 milliard d'euros, le reste correspondant à l'évolution courante des charges des établissements.

La prévision repose en outre sur des objectifs d'économies fixés à hauteur de près de 1,3 milliard d'euros, grâce à la mobilisation de divers leviers : optimisation du processus d'achat, poursuite du virage ambulatoire et régulation des dépenses d'intérim de personnels.

Décomposition de l'évolution des financements alloués au sous-objectif relatif aux dépenses des établissements de santé en 2025

(en milliards d'euros)



Source : Annexe 5 au PLFSS

• Les **sous-objectifs relatifs aux établissements et services accueillant des personnes âgées et handicapées** progressent au global de 4,7 %, pour atteindre 33,4 milliards d'euros. Ce montant intègre la hausse

du taux de cotisation de la CNRACL ainsi que le surcoût lié à la fusion des sections des Ehpad pour un coût total de 0,3 milliard d'euros.

- Les **crédits liés au fonds d'intervention régional (FIR) et au soutien à l'investissement** connaissent une **régression de 0,5 %**, du fait du tarissement de certains crédits d'investissement immobiliers et numériques au titre du Ségur de la santé. Ce sous-objectif intègre par ailleurs une dépense nouvelle : la revalorisation des indemnités de permanence des soins des personnels médicaux dans les établissements privés à but lucratif.

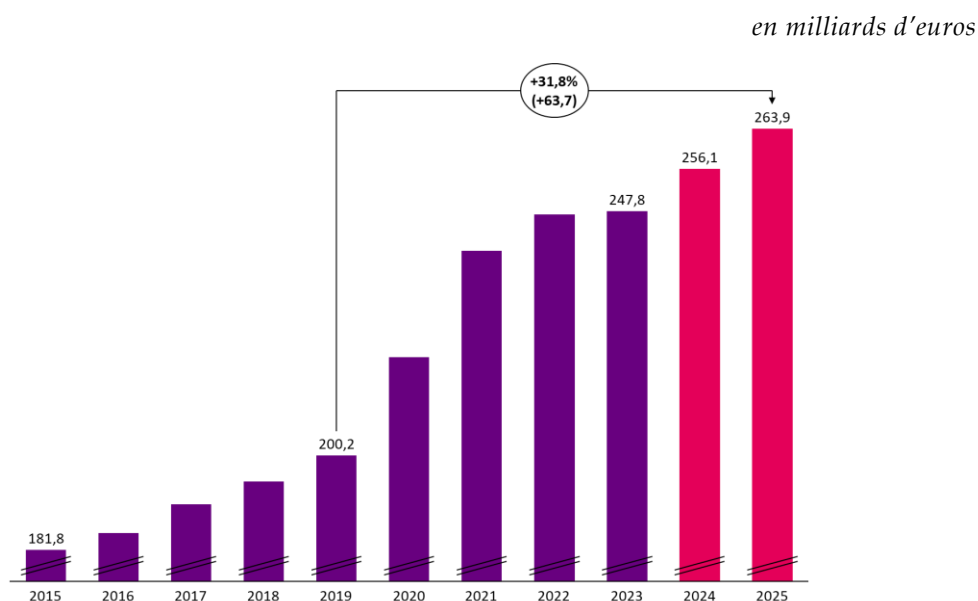
- Enfin, le sixième sous-objectif enregistre une forte progression, portée par l'augmentation des dotations allouées aux opérateurs financés par l'assurance maladie, diverses mesures d'amélioration de l'offre médicosociale hors OGD¹ et un recours accru aux soins des Français à l'étranger.

B. Un taux de progression qui impose une rigoureuse maîtrise des dépenses

1. Un net ralentissement de la dynamique de dépenses en 2025

- L'Ondam connaît une **dynamique de dépenses exceptionnelle depuis 2019**. Son rythme de progression est ainsi passé de 2,4 % par an en moyenne entre 2015 et 2019 à 5,2 % par an entre 2019 et 2023, et à 4,5 % entre 2019 et 2025. Entre 2019 et 2025, le montant de l'Ondam a évolué de 200,2 milliards d'euros à près de 264 milliards d'euros, soit un bond de 31,8 %.

Évolution de l'Ondam sur les dix dernières années



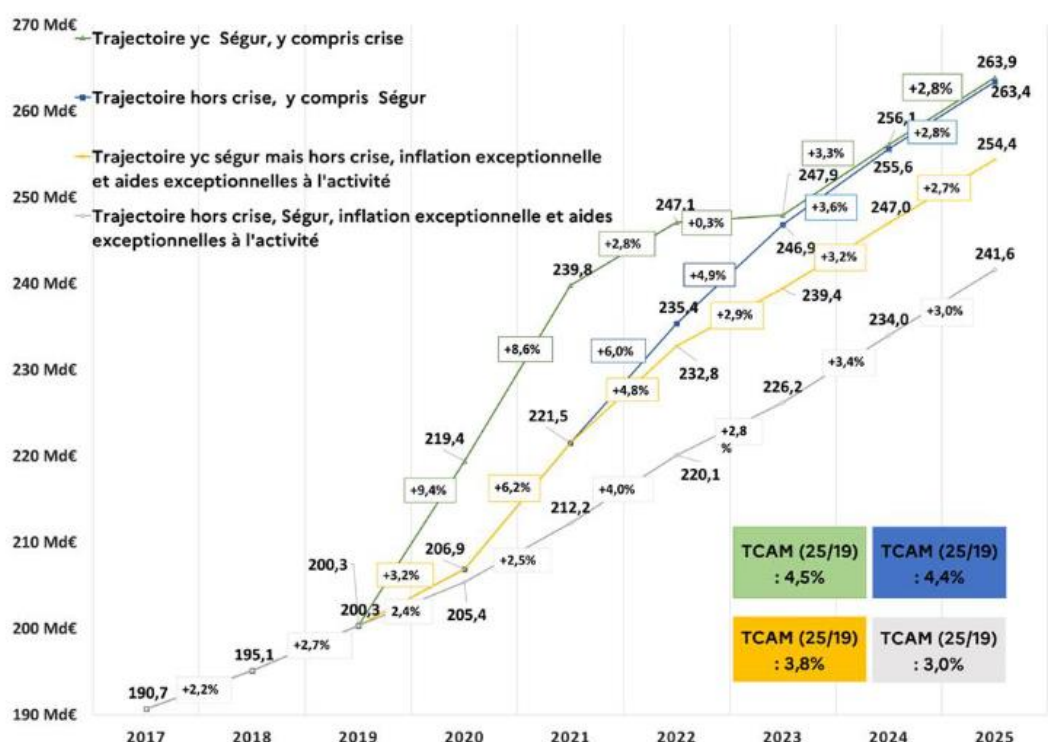
Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après LFSS et PLFSS 2025

¹ Objectif global de dépenses, qui regroupe les 3^e et 4^e sous-objectifs de l'Ondam.

- Les hypothèses de construction de l’Ondam pour 2025 reposent sur une normalisation du contexte macroéconomique, notamment un ralentissement de l’inflation, estimée à 1,8 %, et une consolidation de la reprise d’activité des établissements de santé.

Si la progression de l’Ondam a été portée par un ensemble de facteurs exceptionnels depuis 2019 (*cf. infra*), l’Ondam 2025 intègre enfin une prévision de **stabilisation des dépenses au titre de la covid-19** à 0,5 milliard d’euros, soit un montant équivalent à celui enregistré après rectification de l’Ondam 2024.

Principe de construction de l’Ondam sur 2019-2025



Source : Annexe 5 au PLFSS

L’Ondam rapporté au produit intérieur brut (PIB)

L’augmentation de l’Ondam rapporté au PIB est une tendance qui précède la crise sanitaire. Celle-ci s’observe dès le début des années 2000, dans un contexte de ralentissement de la croissance économique et, parallèlement, de hausse soutenue des dépenses de santé.

L’Ondam a ensuite « connu une hausse structurelle importante et soudaine par rapport à la situation pré-crise »¹, résultant directement des dépenses de crise et

¹ Annexe 5 du PLFSS.

de lutte contre l'épidémie, puis du Ségur de la santé, notamment des dépenses issues des revalorisations salariales aux fins de soutenir l'attractivité du secteur hospitalier.

Le poids de l'Ondam semble aujourd'hui se stabiliser autour de 8,8 % du PIB en 2025, contre 8,2 % avant la crise sanitaire et 7 % au moment de la création de l'objectif de dépense en 1997.

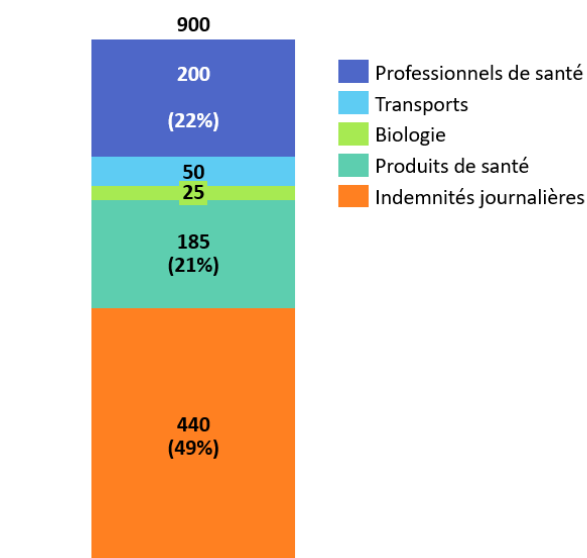
2. Des mesures d'économies à hauteur de 4,9 milliards d'euros

• Le Gouvernement indique que le taux de progression spontané de l'Ondam atteindrait 4,7 % en l'absence de mesures d'économies. **Ces mesures d'économies, chiffrées à 4,9 milliards d'euros**, résultent à la fois de mesures de régulation et d'efficacité et de transferts de charges. Elles sont détaillées ci-après.

En outre, des **actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude d'un montant de 900 millions d'euros**, intégrées dans la progression tendancielle évaluée à 4,7 %, s'ajoutent à ce montant d'économies.

Répartition des mesures de maîtrise médicalisée des dépenses et de lutte contre la fraude pour 2025

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après le PLFSS 2025

Note de lecture : sur un total de 900 millions d'euros de mesures de maîtrise médicalisée des dépenses et de lutte contre la fraude, 440 millions concernent des économies sur les indemnités journalières.

• La construction de l'Ondam 2025 repose sur des **mesures d'efficacité et de régulation**, jugées incertaines par le comité d'alerte :

- **1,6 milliard d'euros de régulation sur les produits de santé** (baisses de prix des médicaments et maîtrise des volumes) ;

- 0,7 milliard d'euros ciblant l'optimisation du processus d'achat et le virage ambulatoire dans les établissements de santé ;

- 0,6 milliard d'euros de régulation sur les dépenses de ville (protocole de biologie médicale, transports sanitaires, protocole radiologie, etc.).

- L'Ondam 2025 opère également des transferts de charges :

- à hauteur de **1,7 milliard d'euros aux entreprises, directement ou indirectement *via* leurs cotisations de prévoyance** (abaissement du plafond des IJ¹) et organismes complémentaires (relèvement du ticket modérateur sur les consultations des médecins et sages-femmes) ;

- à hauteur de **0,3 milliard d'euros aux assurés**, du fait de l'effet en année pleine de la mesure de doublement des participations forfaitaires et franchises instaurée en 2024.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

- **Le Gouvernement a transmis cet article au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.**

En première lecture, la commission a exprimé **ses doutes quant à la capacité du Gouvernement à maîtriser la dynamique de dépense de santé dès 2025, compte tenu du caractère ambitieux des objectifs fixés.**

- D'une part, la prévision d'Ondam pour 2025 repose largement sur des mesures d'efficience et de régulation dans le secteur des soins de ville, que le Haut Conseil des finances publiques a jugé trop peu documentées et incertaines. Celui-ci a en effet relevé « *la difficulté à générer des économies de cette ampleur* », ce qui l'a conduit « *à considérer que la trajectoire d'Ondam pour 2025 apparaît très optimiste* »².

Si la commission considère que la poursuite des efforts de maîtrise médicalisée des dépenses et de recherche d'efficience est indispensable, **elle s'est inquiétée d'une potentielle surestimation de ces mesures d'économies, qui fragiliserait la crédibilité de la trajectoire arrêtée par le PLFSS.**

La commission a également exprimé sa préoccupation quant au report de charges supporté par les ménages du fait de la hausse du ticket modérateur sur les consultations de médecins et de sages-femmes. Elle a, en conséquence, appelé à ce que cette hausse soit la plus limitée possible en invitant le Gouvernement à identifier des sources de recettes alternatives.

¹ Voir infra.

² Haut Conseil des finances publiques, avis relatif aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2025, 8 octobre 2024.

- D'autre part, la commission a souligné le risque d'un sous-Ondam hospitalier fortement contraint compte tenu de la situation financière déjà très dégradée des établissements de santé. **Malgré une augmentation apparente de 3,1 % du sous-objectif relatif aux établissements de santé, l'impact conjugué de la hausse de la cotisation CNRACL et de l'inflation neutralisait l'essentiel de cette progression.**

La Fédération hospitalière de France (FHF) a regretté **une décorrélation croissante entre les tarifs et les coûts, qui s'accroît depuis la crise sanitaire et qui met sous tension les établissements de santé en créant les conditions d'une progressive asphyxie financière.**

Dans un contexte qui nécessite de sécuriser les ressources des établissements, **la commission a invité le Gouvernement à définir une trajectoire d'augmentation des cotisations à la CNRACL plus soutenable au regard des besoins de financement des établissements publics de santé et médicosociaux.** Elle a suggéré de desserrer cette contrainte grâce à un lissage de la hausse de cotisations sur une durée plus longue, de quatre ans au lieu de trois.

- **Au Sénat, le Gouvernement a déposé un amendement (n° 1400) rehaussant le montant de l'Ondam pour 2025 à 264,2 milliards d'euros (soit + 300 millions d'euros).** Il prévoyait, dans le détail :

- de fixer le sous-objectif relatif aux soins de ville à 112 milliards d'euros, soit une progression de 400 millions d'euros ;

- de fixer le sous-objectif relatif aux établissements et services accueillant des personnes âgées à 17,8 milliards d'euros, soit une progression de 100 millions d'euros ;

- de fixer le sous-objectif relatif au fonds d'intervention régional et au soutien à l'investissement à 6,4 milliards d'euros, soit une baisse de 200 millions d'euros de son montant.

Les autres sous-objectifs, notamment celui relatif aux dépenses des établissements de santé, n'étaient pas modifiés.

Ces ajustements visaient à tirer les conséquences de l'évolution réelle constatée, en fin d'année, de l'Ondam 2024. En effet, celui-ci s'établirait finalement à 256,9 milliards d'euros, soit deux milliards d'euros de plus que le montant fixé en LFSS pour 2024.

Afin de contenir l'impact de cette évolution sur le niveau d'Ondam pour 2025, **le Gouvernement a indiqué son intention de prendre des mesures d'efficacité complémentaires aux 4,9 milliards d'euros de moindres dépenses déjà prévues dans la trajectoire initiale, dans le champ du médicament (cf. article 2 bis et article 9) et des transports sanitaires (cf. article 15).**

Le Gouvernement s'est par ailleurs engagé à lisser la hausse des cotisations à la CNRACL sur une durée de quatre ans, pour dégrager

environ 250 millions d'euros sur le deuxième sous-objectif relatif aux établissements de santé.

Le Sénat a adopté cet article modifié par cet amendement n° 1400 du Gouvernement.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article en **diminuant le montant de l'Ondam pour 2025 de 600 millions d'euros, au soutien de diverses mesures d'économies sur les soins de ville**, malgré le caractère peu documenté des mesures annoncées, renvoyées à des textes de niveau réglementaire.

Au stade de la CMP, le montant de l'Ondam pour 2025 était donc fixé à 263,6 milliards d'euros.

Ventilation de l'Ondam pour 2025 entre sous-objectifs au stade de la CMP

(en milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses 2025
Dépenses de soins de ville	111,4
Dépenses relatives aux établissements de santé	108,8
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	17,8
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,7
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement	6,4
Autres prises en charges	3,5
Total	263,6

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale modifie une nouvelle fois le montant de l'Ondam pour 2025. Il s'établit désormais à 265,9 milliards d'euros, soit 2 milliards d'euros de plus que la prévision initiale du Gouvernement. Dans le détail, l'amendement du Gouvernement conduit à :

- réaugmenter le montant du sous-objectif relatif aux soins de ville, à hauteur de 113 milliards d'euros (soit 1,6 milliard d'euros de plus par rapport au PLFSS initial déposé) ;

- allouer 800 millions d’euros supplémentaires aux établissements de santé, pour fixer le deuxième sous-objectif à 109,6 milliards d’euros ;

- ponctionner 100 millions sur le sous-objectif relatif aux établissements et services pour personnes âgées, 300 millions d’euros sur le cinquième sous-objectif relatif au FIR et au soutien national à l’investissement, et 100 millions d’euros sur le sixième sous-objectif relatif aux autres prises en charge, correspondant à de nouvelles économies réalisées sur diverses agences sanitaires¹.

Évolution de la ventilation de l’Ondam entre sous-objectifs

(en milliards d’euros)

	Ondam 2024 (PLFSS initial déposé)	Ondam 2024 (rectifié dans le PLFSS pour 2025)	Ondam 2025 (PLFSS initial déposé)	Ondam 2025 (PLFSS en nouvelle lecture)
Total	254,9	256,9	263,9	265,9
Dépenses de soins de ville	108,4	110,1	111,6	113,2
Dépenses relatives aux établissements de santé	105,3	105,6	108,8	109,6
Dépenses en établissements et services pour personnes âgées	16,3	16,1	17,7	17,6
Dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	15,2	15,2	15,7	15,7
Dépenses relatives au FIR et au soutien national à l’investissement	6,5	6,7	6,6	6,3
Autres prises en charge	3,3	3,2	3,5	3,4

¹ Le détail de ces économies est explicité dans le commentaire de l’article 25.

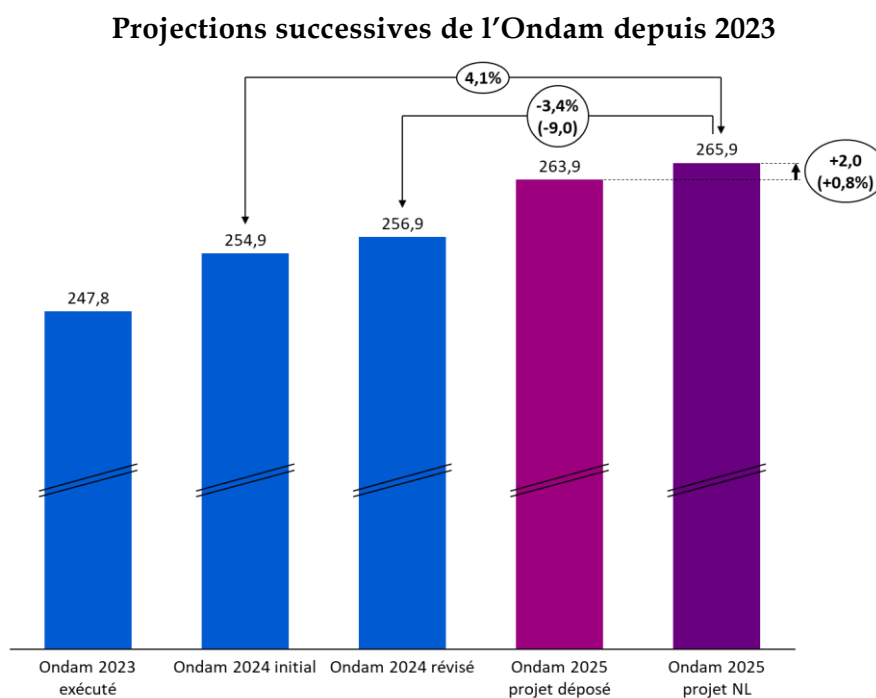
III – La position de la commission

• C'est peu dire que l'examen du PLFSS pour 2025 a été marqué par la variation incessante des prévisions budgétaires du Gouvernement, faisant douter de la fiabilité des projections avancées autant que de la capacité de l'exécutif à piloter effectivement l'Ondam.

En première lecture, les ajustements – hausse de 300 millions d'euros du montant de l'Ondam – répercutaient les conséquences du dérapage de l'Ondam en 2024 (+ 2 milliards d'euros), tout en limitant son impact grâce à des mesures d'efficacité complémentaires dans le champ des produits de santé et de lutte contre la fraude.

En commission mixte paritaire, l'Ondam a été de nouveau diminué, pour afficher 600 millions d'euros d'économies nouvelles sur les soins de ville.

Enfin, en nouvelle lecture, les objectifs de maîtrise de la dépense sont sensiblement distendus, puisque l'Ondam pour 2025 apparaît en progression de 3,4 % par rapport à l'Ondam 2024 rectifié, dépenses de crise comprises.



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

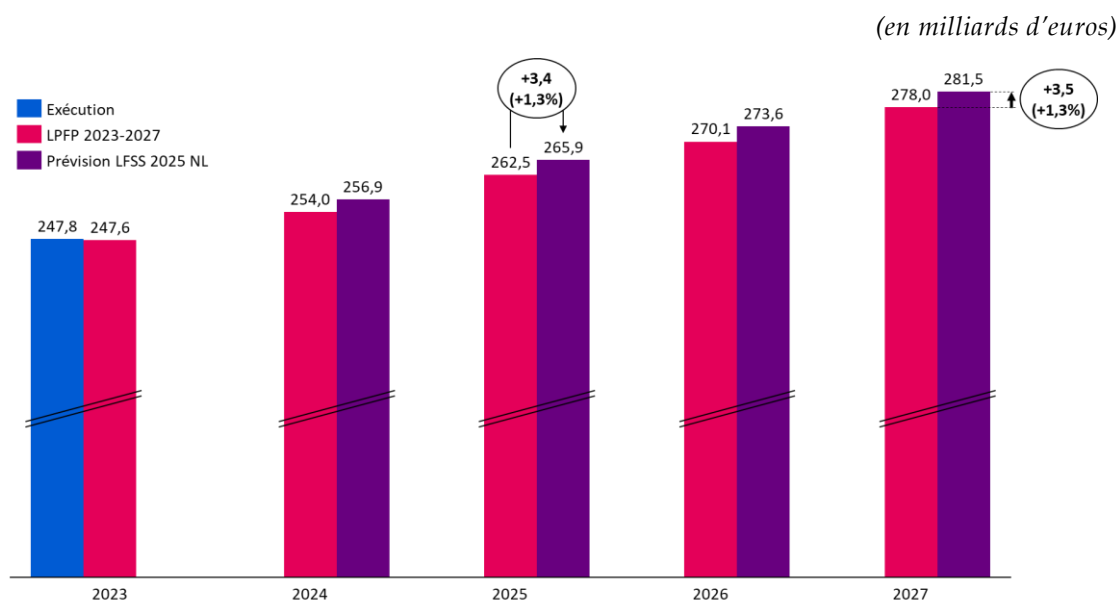
La commission relève que le nouveau montant de l'Ondam pour 2025 entérine le risque élevé de dépassement que soulignait déjà le comité d'alerte pour le respect de l'Ondam à l'automne¹, en particulier concernant les dépenses de soins de ville et les dépenses des établissements de santé².

¹ Avis du 30 octobre 2024 n° 2024-3.

² Le comité d'alerte juge ainsi que le PLFSS pour 2025 « fixe un objectif ambitieux de ralentissement de l'évolution des dépenses relevant de l'Ondam » et « s'accompagne de risques élevés

Elle relève également que le niveau d'Ondam fixé pour 2025 excède le cadre de la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027, qui prévoyait un Ondam en progression de 3 %. **À peine un an après avoir été promulguée, la loi de programmation des finances publiques est donc déjà obsolète.**

Comparaison des prévisions d'évolution de l'Ondam à la trajectoire votée en loi de programmation des finances publiques



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

- **Pour autant, le respect de la trajectoire fixée d'ici à 2028 demeure ambitieuse et exigera un pilotage resserré de l'Ondam.** Pour 2025, le Gouvernement indique que le taux de progression de l'Ondam avant mesures d'économies atteindrait 5 %, dont 2,8 points au titre de l'évolution spontanée des dépenses et 2,2 points au titre des mesures nouvelles.

Évolution du taux de progression de l'Ondam entre 2023 et 2028

	2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)
Ondam *	0,3 %	3,6 %	3,4 %	2,9 %	2,9 %	2,9 %

* Évolution de l'Ondam, y compris dépenses de crise sanitaire. Sans prise en compte de ces dépenses, l'évolution de l'Ondam est de 4,8 % en 2023 et de 3,9 % en 2024.

Source : Extrait de l'annexe A rectifiée par un amendement du Gouvernement au PLFSS

- À propos du sous-objectif relatif aux dépenses des établissements de santé, la commission avait alerté, dès la première lecture, sur un risque de

de dépassement s'agissant des dépenses de soins de ville et de soins en établissement de santé » (avis du comité d'alerte sur le respect de l'Ondam, 30 octobre 2024).

sous-financement chronique des hôpitaux confrontés à une forte détérioration de leur situation financière depuis la survenue de la crise sanitaire.

Le desserrement de la contrainte à hauteur d'un milliard d'euros environ, qui conjugue l'allocation de 800 millions d'euros supplémentaires et la limitation de la hausse des cotisations à la CNRACL à 3 points en 2025, répond à la préoccupation de la commission et à l'appel des fédérations d'établissements.

• **Le Gouvernement fait néanmoins l'impasse, cette année encore, sur la nécessité d'engager sans attendre des réformes structurelles pour consolider, à long terme, le financement et l'organisation de notre système de santé.** Alors que les besoins de santé s'accroissent et que le système de santé fait face à de lourds enjeux, l'adaptation des modèles de prise en charge des patients et l'organisation d'une offre de soins graduée et efficiente, préservant des équilibres territoriaux pérennes, doivent en effet constituer des priorités d'action.

Sous le bénéfice de ces observations, la commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 29

Objectif de dépenses de la branche vieillesse

Cet article fixait initialement l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2025 à 300,2 milliards d'euros.

En première lecture, le Sénat l'a porté à 300,7 milliards d'euros afin de tenir compte de la proposition de la Commission des affaires sociales du Sénat de prévoir une revalorisation de l'ensemble des pensions dès janvier 2025, puis, pour les petites pensions, d'une seconde hausse complémentaire en juillet, avec rattrapage sur les 6 premiers mois de l'année.

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture fixe l'objectif de dépenses à 304,1 milliards d'euros, afin de tenir compte de la revalorisation des pensions de retraite intervenue au 1er janvier 2025 de 2,2%.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Un objectif de dépenses de 300,2 milliards d'euros en 2025

Le présent article, disposition obligatoire des LFSS de l'année, fixe l'objectif de dépenses de la branche vieillesse¹ à 300,2 milliards d'euros en 2025, ce qui représenterait **une augmentation de 2,2 % par rapport à la prévision révisée pour 2024.**

Le déficit de la branche vieillesse s'est aggravé entre l'année 2023, où il a été de 2,6 milliards d'euros, et l'année 2024, où il serait de 6,3 milliards d'euros.

L'alourdissement en 2024 des dépenses de pensions de retraite versées par les régimes de base (+ 6,8 %) s'explique principalement par les revalorisations de pensions en lien avec le choc d'inflation. Les retraites ont ainsi été revalorisées de 5,3 % au 1^{er} janvier 2024, à la suite d'une indexation sur l'inflation de l'année précédente².

Il convient toutefois de relever l'évolution tendancielle de hausse des dépenses liées aux pensions de retraites, qui s'explique par la hausse des effectifs de retraités, en raison du départ à la retraite des générations du baby-boom et de l'allongement de la durée d'espérance de vie, ainsi que par l'augmentation de la pension moyenne des retraités liée à l'amélioration des carrières et de leur durée, et à la participation toujours plus élevée des femmes au marché du travail.

Selon le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2024 – qui ne prend pas en compte les mesures du PLFSS, comme le report au 1^{er} juillet de la revalorisation des pensions –, les dépenses **de pensions de retraite ralentiraient spontanément en 2025, en raison d'une moindre revalorisation sur l'inflation (+ 2,3 % au 1^{er} janvier 2025).**

En parallèle, malgré les effets de la réforme des retraites du 14 avril 2023, les recettes de la branche vieillesse ont pâti d'une croissance de la masse salariale moins soutenue que l'an passé (+ 3,2 % en 2024 contre 5,7 % en 2023).

B. Les projections du solde de la branche vieillesse du PLFSS sont en amélioration par rapport aux projections passées

1. Les projections du déficit de la branche vieillesse sont moins défavorables que par le passé, malgré une tendance à la hausse en 2028

Le graphique ci-après compare les prévisions à moyen terme du solde de la branche vieillesse de la LFSS pour 2024 et celles du présent PLFSS pour 2025.

Comme on peut le constater, les projections de la LFSS pour 2024 correspondaient à une dégradation rapide du déficit, qui devait atteindre **13,6 milliards d'euros en 2027.**

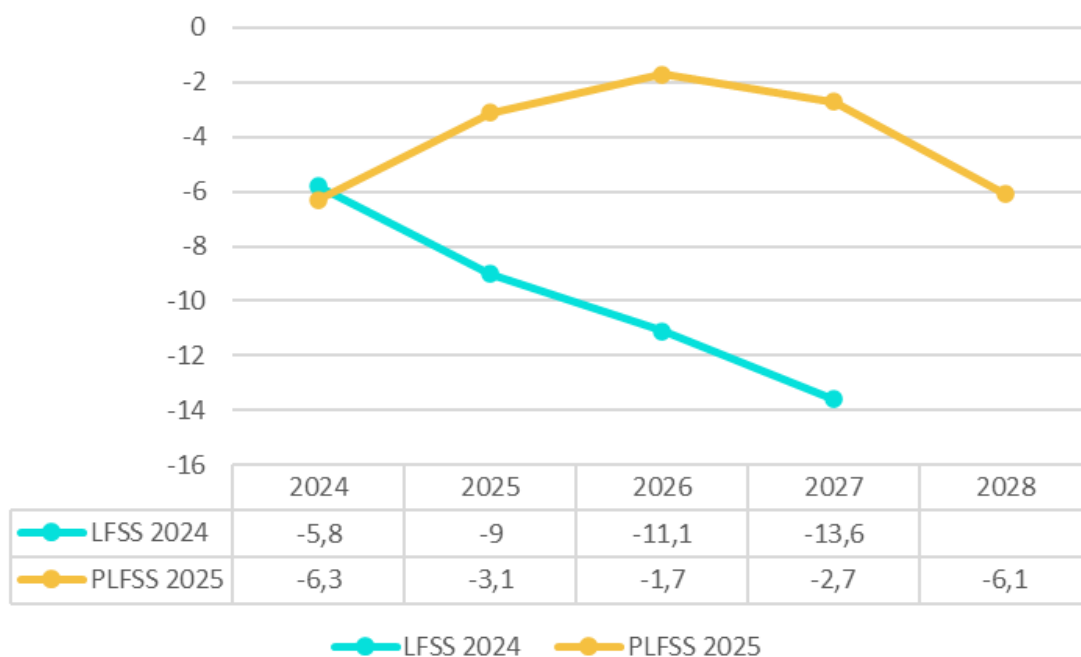
¹ Les soldes indiqués dans le présent commentaire s'entendent hors Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

² L'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale prévoit la revalorisation annuelle des pensions de retraite le 1^{er} janvier, sur la base de l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation (hors tabac) entre les deux périodes de septembre à octobre précédentes.

Ces projections supposaient une croissance des dépenses supérieure en moyenne de 1 point à celle des recettes. Les dépenses de retraite étant d'environ 300 milliards d'euros par an, il en serait résulté une augmentation du déficit d'environ 3 milliards d'euros par an.

Prévisions du solde de la branche vieillesse (hors FSV) du PLFSS 2025 comparées à celles de la LFSS 2024

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après la LFSS 2024 et le présent PLFSS

2. La réduction projetée du déficit repose sur des mesures attendues en 2025 ainsi que sur la réforme des retraites de 2023

L'amélioration du solde de la branche vieillesse résulte de deux mesures portées par le présent PLFSS.

La première, **le décalage au 1^{er} juillet de la revalorisation des pensions sur l'inflation (article 23 du présent PLFSS)**, aurait un double effet sur le volume des pensions revalorisées, qui est moindre qu'au 1^{er} janvier, et sur le montant de la revalorisation, le coefficient de revalorisation appliqué au 1^{er} juillet étant, selon les projections, moindre qu'au 1^{er} janvier au regard de la décélération de l'inflation constatée (soit 0,9 % au lieu de 2,3 % selon le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2024).

Selon l'évaluation préalable de l'article 23, cette mesure réduirait les dépenses de la branche vieillesse de 4 milliards d'euros et améliorerait son solde de 3 milliards d'euros¹.

La deuxième mesure, **la refonte des allègements généraux de cotisations patronales (article 6 du PLFSS)**, augmenterait les recettes – et améliorerait le solde – de la branche vieillesse de **2,7 milliards d'euros**. Après prise en compte de la réduction de la TVA affectée à la sécurité sociale² pour compenser la perte de recettes d'impôt sur les sociétés résultant pour l'État de la mesure, le gain net pour la branche vieillesse serait de **2,2 milliards d'euros**.

Enfin, les prévisions du PLFSS pour 2025 intègrent une mesure de nature réglementaire qui consiste en **le relèvement en 2025, 2026 et 2027 du taux de cotisation des employeurs à la Caisse nationale de retraite des agents de la fonction publique hospitalière (CNRACL) à hauteur de 4 points par an, soit 12 points au total**.

En l'absence de mesure, le déficit cumulé de la CNRACL était projeté à **38 milliards d'euros en 2028, et aurait représenté les trois quarts du déficit de la branche vieillesse en 2027³**.

La situation de la CNRACL reste toutefois préoccupante en raison de **la dégradation de son ratio démographique**, qui était de 1,4 en 2023, et devrait être de 1,2 en 2028 puis se stabiliser à 0,8 en 2040, ainsi que **du poids financier de sa dette, dont le paiement constitue le deuxième poste de dépense de la caisse, soit 144 millions d'euros de frais financiers liés aux intérêts⁴**.

L'augmentation des dépenses de retraite est appelée à se poursuivre en raison du vieillissement de la population. Selon les estimations du Conseil d'orientation des retraites (COR) dans son rapport de juin 2024, elles continueraient de progresser, passant – régimes complémentaires compris – de 13,4 % du PIB en 2023 à 13,7 % en 2027, avant de diminuer à 13,2 % en 2070 du fait du report de l'âge de la retraite à 64 ans.

Enfin, **le plein effet de la réforme des retraites est attendu en 2032. Elle améliorerait le solde de 6 milliards d'euros en 2027⁵, une projection**

¹ L'écart entre ces deux montants vient du fait que les contributions d'équilibre versées par l'État à certains régimes seraient réduites d'un milliard d'euros.

² La réduction de la TVA affectée à la sécurité sociale résulte de l'article 38 du PLF 2025, et la répartition entre branches de cette moindre recette de l'article 8 du présent PLFSS.

³ Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de mai 2024.

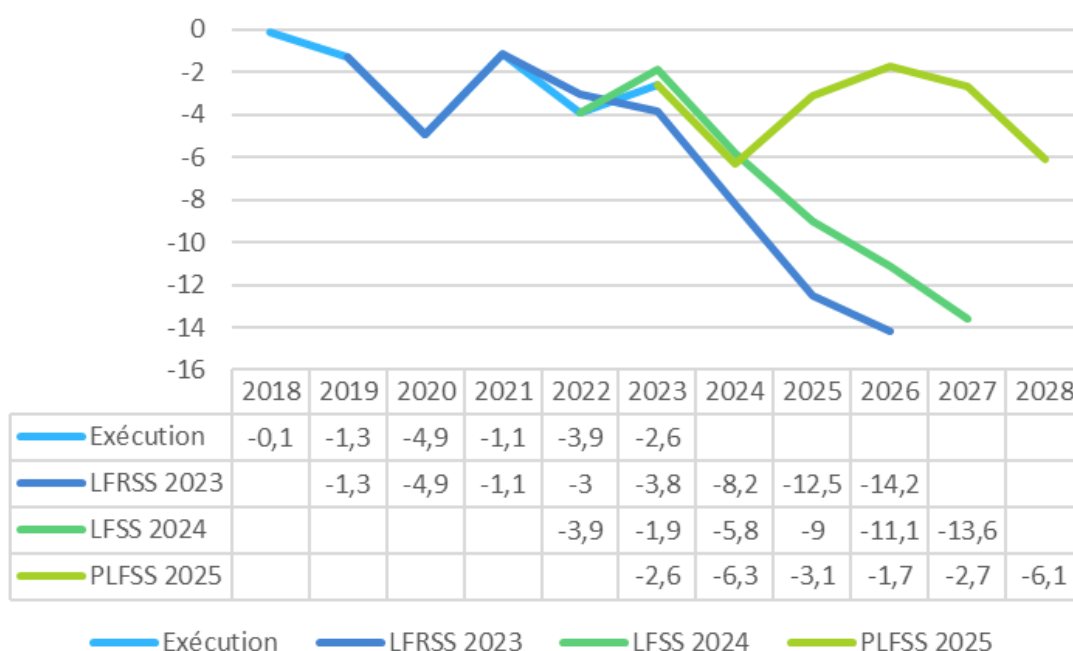
⁴ Audition du président du conseil d'administration de la CNRACL par la rapporteure générale et le rapporteur de la branche vieillesse de la commission des affaires sociales du Sénat, le 5 novembre 2024.

⁵ Cour des comptes, La situation financière de la sécurité sociale – un déficit devenu structurel malgré les mesures envisagées pour 2025, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2024.

portée à 8 milliards d'euros par l'annexe à la future LFSS¹, sur le solde 2028 de la branche vieillesse des Robss.

Programmation de solde de branche vieillesse par la LFRSS 2023, la LFSS 2024 et le présent PLFSS

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les LFSS 2018 à 2023 et le présent PLFSS

Comme le montre le graphique ci-avant, le déficit diminuerait fortement en 2025, se stabiliserait à peu près en 2026 et 2027, puis reprendrait son augmentation en 2028. Cette évolution s'explique essentiellement par les mesures prévues par le PLFSS : en 2025 l'ensemble des mesures sur les recettes et les dépenses améliorerait le solde d'environ 8 milliards d'euros², en 2026 et en 2027 seule jouerait la hausse du taux de cotisation à la CNRACL et en 2028 le déficit reprendrait son évolution spontanée.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

En première lecture l'Assemblée nationale n'ayant pas examiné cet article, le Gouvernement l'a transmis au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

¹ Ex-annexe B.

² Il s'agit en quasi-totalité du report au 1^{er} juillet de la revalorisation des retraites (3 milliards d'euros), de la réforme des allègements généraux (2,2 milliards d'euros après prise en compte de la réduction de la TVA affectée à la sécurité sociale) et de l'augmentation des taux de la CNRACL (2,3 milliards d'euros).

Cet article a été adopté par le Sénat modifié par un amendement du Gouvernement, réhaussant de 5 millions d'euros l'objectif de dépenses de la branche vieillesse, afin de tenir compte de la proposition de la Commission des affaires sociales du Sénat de prévoir à l'article 23 une **revalorisation de l'ensemble des pensions dès janvier 2025**, puis, **pour les petites pensions, d'une seconde hausse complémentaire en juillet, avec rattrapage sur les six premiers mois de l'année.**

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

L'article 29 a été adopté sans modification par la commission mixte paritaire.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale modifie le montant de l'objectif de dépense de la branche pour le fixer à **304,1 milliards d'euros**, afin de prendre en compte la **revalorisation des pensions de retraite de 2,2 % intervenue le 1^{er} janvier 2025.**

III - La position de la commission

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 30

Objectifs de dépenses de la branche famille

Cet article propose de fixer l'objectif de dépenses de la branche famille à 59,7 milliards d'euros dans sa version initiale. Il a été adopté sans modification par le Sénat en première lecture puis par la commission mixte paritaire.

Le texte, considéré comme adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale, fixe l'objectif de dépense à 59,5 milliards afin de tenir compte afin de tenir compte de l'impact financier des amendements adoptés au cours de l'examen du PLFSS et de prendre en compte les dernières révisions conjoncturelles.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Le présent article fixe l'objectif de dépenses de la branche famille à 59,7 milliards d'euros pour l'année 2025 dans sa version initiale. Il s'agit d'une disposition obligatoire de la LFSS de l'année.

L'exercice 2025 sera marqué par l'absence d'excédent de la branche pour la première fois depuis l'exercice 2018 (hors exercice 2020 et la crise covid)

Les **recettes** de la branche **progresseraient plus modérément** pour atteindre **59,7 milliards d'euros en 2025** (+ 2,5 % par rapport à 2024) dans un contexte anticipé de ralentissement de l'inflation et donc de décélération de l'augmentation de la masse salariale du secteur privé.

Les **dépenses** de la branche connaîtraient en 2025 une **croissance inférieure à 2024** (+ 3,1 % contre + 3,9 %) portée notamment par la mise en œuvre de la réforme du CMG prévue dans la LFSS pour 2023. Les effets de cette réforme pourraient cependant être compensés par un effet volume moindre sur les prestations dans leur ensemble en raison de la baisse des naissances en 2023 et 2024.

La réforme du complément de libre choix de mode garde dit « emploi direct »

Le complément de libre choix de mode de garde dit « emploi direct » est une prestation versée aux familles employant un salarié à domicile ou une assistante maternelle.. L'entrée en vigueur de cette réforme est fixée au 1^{er} septembre 2025.

Les personnes entendues et les contributions reçues par le rapporteur ont toutes fait part de leurs inquiétudes quant à la mise en place de cette réforme, pourtant très attendue par les acteurs de l'accueil individuel, et notamment sur la réalité de la baisse du reste à charge pour le plus grand nombre de familles possible. À ce titre, l'annexe 9 du PLFSS 2023 indiquait que « 43 % des bénéficiaires actuels subiraient une perte moyenne de 32 euros ». Le chiffre définitif dépendra pour beaucoup des modalités d'application et de calculs qui doivent être prévues par décret.

C'est pourquoi, la commission apportera la plus grande vigilance aux conditions d'application de cette réforme afin, d'une part, de limiter le plus possible le nombre de familles perdantes et, d'autre part, d'assurer une réelle amélioration de l'employabilité des assistantes maternelles. Elle rappelle que cette profession doit faire face à une véritable crise d'attractivité et que plus d'un assistant maternel sur quatre pourrait partir à la retraite d'ici à 2030.

Concernant le coût total de la réforme¹, il était estimé par l'étude d'impact à 297 millions d'euros en année pleine. D'après les éléments fournis par la Cnaf au rapporteur, son coût final devrait être conforme à ces prévisions. Toutefois, la commission sera attentive à ce que les arbitrages retenus (coût horaire de référence,

¹ Deux autres réformes du CMG entreront en vigueur en 2025 :

- l'extension du bénéfice du CMG aux familles monoparentales pour la garde de leurs enfants âgés de 6 à 12 ans, pour un coût estimé en année pleine à 319 millions d'euros pour la branche famille ;
- la possibilité de partager son versement entre les deux parents en cas de résidence alternée, pour un coût estimé en année pleine à 12 millions d'euros pour la branche famille.

plafond horaire de prise en charge, etc.) permettent d'assurer effectivement les financements nécessaires à la mise en œuvre de la réforme.

Par ailleurs la commission des comptes de la sécurité sociale prévoit une hausse de 3 % de la prise en charge des congés de maternité et de paternité par la branche famille en raison des prévisions de croissance des salaires et d'un rebond attendu des naissances en 2025 (+ 0,3% selon l'Insee).

Les dépenses de prestations extralégales continueraient quant à elles d'augmenter fortement à hauteur de 700 millions d'euros (+ 9,9 %) toujours liées aux investissements en faveur du service public de la petite enfance portés par le fonds national d'action sociale (Fnas).

Évolution des prévisions des dépenses et des recettes de la branche famille pour 2025

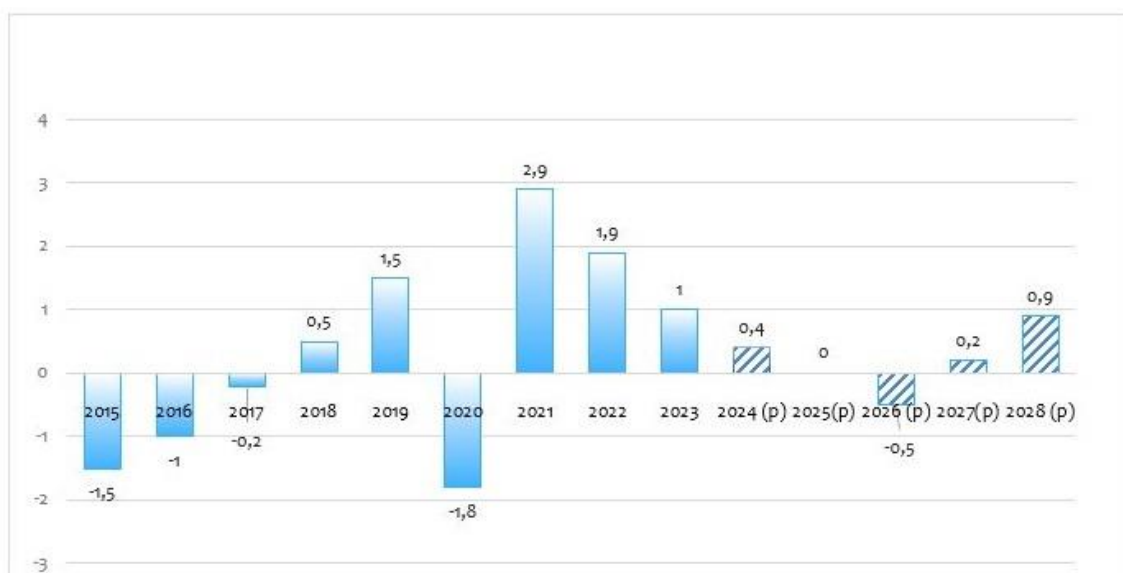
(en milliards d'euros)

	Dépenses	Recettes	Solde
LFSS 2024	60,0	60,4	0,4
PLFSS 2025	59,7	59,7	0

Source : PLFSS 2025 (texte déposé)

Solde de la branche famille 2015-2028

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après l'annexe au PLFSS

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

En première lecture l'Assemblée nationale n'ayant pas examiné cet article, le Gouvernement l'a transmis au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

Cet article a été adopté par le Sénat sans modification.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

L'article 30 a été adopté sans modification par la commission mixte paritaire.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale modifie le montant de l'objectif de dépense de la branche pour le fixer à 59,5 milliards d'euros (- 0,2 milliard par rapport au texte initial).

Le Gouvernement indique ainsi prendre en compte les modifications adoptées par le Parlement au cours de l'examen du présent PLFSS et tenir compte des « *dernières révisions conjoncturelles en lien avec les dépenses constatées en 2024 et avec le cadrage macroéconomique révisé* ». Interrogé par le rapporteur sur les raisons de cette baisse des dépenses, le Gouvernement a précisé que celle-ci résultait notamment de l'effet cumulé de trois évolutions à hauteur d'environ 50 millions d'euros chacune :

- une actualisation à la baisse de la revalorisation des prestations sur l'inflation par rapport aux premières prévisions de l'automne 2024 ;
- une révision à la baisse des dépenses liées au complément de libre choix de mode garde (CMG) en raison de la hausse du SMIC, le barème du CMG prenant en compte les revenus ;
- une mise à jour des dépenses effectivement réalisées en 2024 qui apparaissaient légèrement surévaluées au regard des dernières données actualisées disponibles.

L'article 11 du projet de loi dans sa version transmise au Sénat en nouvelle lecture prévoit une hausse de recette de 0,1 milliard des recettes de la branche.

Ainsi le solde de la branche famille devrait s'élever à 0,4 milliard d'euros en 2025 contre une prévision à l'équilibre dans le projet de loi initial.

III - La position de la commission

La commission a accueilli favorablement, dans un contexte budgétaire très contraint, l'objectif de dépenses pour 2025. Elle souligne cependant que ces dépenses supplémentaires ne sont pas l'illustration d'une politique familiale ambitieuse mais répondent simplement au besoin de financement des dispositions prises lors des précédentes lois de financement de la sécurité sociale.

À ce titre, bien que la baisse de 200 millions d'euros prévue en nouvelle lecture de l'objectif de dépense de la branche ne soit liée qu'à des

évolutions des paramètres macroéconomiques, **la commission réitère ses inquiétudes** exprimées en première lecture sur la **capacité de la branche à répondre aux défis**, au premier rang desquels la lutte contre la baisse de natalité, **auxquels elle doit faire face**.

Sous le bénéfice de ces observations, la commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 31

Objectif de dépenses de la branche autonomie

Cet article fixe initialement à 42,4 milliards d'euros l'objectif de dépense de la branche autonomie pour 2025. En première lecture, le Sénat l'a porté à 42,7 milliards d'euros afin de tenir compte de la création d'une aide exceptionnelle pour les Ehpad (100 millions d'euros) et de la réforme des concours de la CNSA aux départements (200 millions d'euros).

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture fixe l'objectif de dépenses à 42,6 milliards d'euros, afin de tenir compte de l'adoption de divers amendements au cours de l'examen du texte d'une part, et du décalage à la mi-année de l'entrée en vigueur de l'expérimentation relative au financement des Ehpad d'autre part.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I – Le dispositif proposé : une hausse de l'objectif de dépenses malgré un contexte budgétaire très contraint

Dans sa version initiale, le présent article fixe **l'objectif de dépenses de la branche autonomie à 42,4 milliards d'euros**, soit une hausse de 2,4 milliards d'euros par rapport à l'année 2024 (+ 6 %). Cette trajectoire financière intègre une augmentation de 1,9 milliard d'euros de l'objectif global de dépenses (OGD) en 2025. Elle intervient dans un **contexte budgétaire particulièrement contraint**, et alors que le présent projet de loi prévoit que **la branche autonomie sera déficitaire dès 2025** (-0,7 milliard d'euros).

L'OGD est porté à 33,4 milliards d'euros, soit une hausse de 6 % (4,7 % à champ constant) par rapport à l'année 2024¹, dont 6,2 % pour l'OGD personnes âgées et 3 % pour l'OGD personnes handicapées. Au regard du contexte budgétaire très contraint et de l'évolution globale de l'Ondam fixée à 2,8 %, la hausse des moyens alloués à la branche autonomie représente un effort important.

¹ Hausse calculée sur la base de l'OGD 2024 arrêté en loi de finances pour 2024, soit 31,5 milliards d'euros. Le PLFSS 2025 rectifie son montant à 31,3 milliards d'euros, en raison du maintien du gel de la réserve prudentielle (0,2 milliard d'euros).

D'après l'annexe 7 du PLFSS, les **mesures nouvelles** financées dans le cadre de cette hausse de l'OGD s'élèvent à **1,2 milliard d'euros**. Elles visent à renforcer la qualité et la quantité de l'offre :

- les **mesures salariales** comprennent notamment la montée en charge de mesures récentes de revalorisation sur les nuits, jours fériés et dimanches (50 millions d'euros hors compensation de la hausse des taux de cotisation patronale à la CNRACL) ;

- les **mesures Ehpad** correspondent au recrutement de 6 500 professionnels dans le cadre du plan des 50 000 recrutements à horizon 2030 (380 millions d'euros) ;

- les **mesures domicile** permettront la montée en charge de la réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et la création des services autonomie à domicile, ainsi que les solutions de répit pour les familles ;

- enfin, les **créations de places** concernent en quasi-totalité le déploiement de 15 000 solutions médicosociales auprès des personnes en situation de handicap, dans le cadre du plan de création de 50 000 solutions d'ici 2030 (270 millions d'euros).

Outre les dépenses couvertes par l'OGD, d'autres mesures devraient participer à la hausse des dépenses de la branche autonomie.

Premièrement, le Gouvernement a annoncé la création d'un **fonds de 140 millions d'euros** pour accompagner la **transformation des établissements accueillant des personnes âgées**.

Deuxièmement, conformément à la loi « Bien Vieillir » du 8 avril 2024¹, la branche autonomie déploiera, dès 2025, une nouvelle **aide financière de 100 millions d'euros** pour permettre aux départements de **soutenir la mobilité et le travail partenarial des aides à domicile** sur leurs territoires.

Enfin, la hausse des dépenses de la branche accompagnera la **montée en charge d'autres mesures récentes** dédiées au **renforcement de l'aide à domicile**. Il s'agit principalement du tarif plancher applicable aux services d'aide à domicile, de la création d'une dotation qualité versée aux services d'aide et d'accompagnement à domicile en contrepartie d'améliorations de la qualité de service, et de la mise en place d'un temps dédié au lien social.

¹ Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie (article 20).

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

L'Assemblée nationale n'ayant pas examiné cet article, le Gouvernement l'a transmis au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

Le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement **rehaussant de 300 millions d'euros le montant de l'objectif global de dépenses de la branche autonomie**, avec avis favorable de la commission des affaires sociales. Cette modification permet de **tenir compte de la réforme des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux départements** à l'article 20 *ter* (200 millions d'euros) **et de l'aide exceptionnelle aux Ehpad** prévue à l'article 21 *quater* (100 millions d'euros).

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

L'article 31 a été adopté sans modification dans sa rédaction issue du Sénat par la commission mixte paritaire.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, le Gouvernement a porté l'objectif de dépenses de la branche autonomie à **42,6 milliards d'euros** afin de **tenir compte de l'adoption de divers amendements** au cours de l'examen du texte d'une part, **et du décalage à la mi-année de l'entrée en vigueur de l'expérimentation relative au financement des Ehpad** d'autre part.

III - La position de la commission

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 32

**Prévisions des charges des organismes concourant au financement
des régimes obligatoires (FSV)**

*Cet article fixait initialement la prévision de charges du Fonds de solidarité
vieillesse (FSV) pour 2025 à 21,3 milliards d'euros.*

En première lecture, le Sénat l'a adopté sans modification.

*Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle
lecture fixe l'objectif de dépenses à 21,1 milliards d'euros.*

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Le **Fonds de solidarité vieillesse (FSV)**, établissement public de l'État à caractère administratif, a été créé par la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale, pour **prendre en charge les avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale**. Ses produits sont intégralement constitués de CSG sur les revenus du capital et de remplacement.

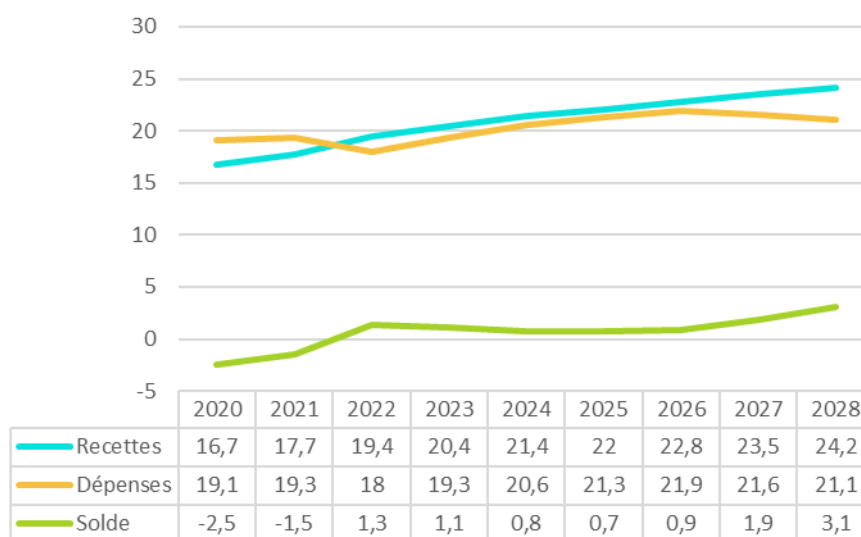
Le présent article dispose que pour l'année 2025, les « *prévisions des charges* » des « *organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale* », c'est-à-dire du FSV, sont de **21,3 milliards d'euros**. Il s'agit d'une disposition obligatoire de la LFSS de l'année.

Le projet d'annexe à la future LFSS¹ montre que le FSV demeurerait excédentaire, comme c'est le cas depuis 2022.

¹ Ex-annexe B.

Recettes, dépenses et solde du FSV

(en milliards d'euros)



Source : Placss 2023 (2020-2022), annexe à la future LFSS (2023-2028)

En effet, près des deux tiers des charges du FSV sont les cotisations au titre des périodes assimilées de chômage. Ainsi, en 2022 il a retrouvé un excédent avec un résultat net de 1,3 milliard d'euros, consécutif notamment à la baisse du nombre de chômeurs.

Après une progression de 6,8 % des dépenses du FSV en 2024, principalement due à la revalorisation des prestations sur l'inflation de l'année 2023, l'année 2025 serait marquée par une décélération des recettes comme des dépenses du FSV. La CSG assise sur les revenus de remplacement ralentirait ainsi de 5,2 points, eu égard à la moindre revalorisation (+ 1,7 %) des pensions et prestations d'assurance vieillesse, qui serait de surcroît décalée au 1^{er} juillet. En revanche, la progression des dépenses ralentirait de moitié par rapport à 2024 (+ 3,3 %), en raison d'une plus faible revalorisation des prestations sur l'inflation, ainsi que d'un léger recul des effectifs de chômeurs (- 0,3 %).

Compte tenu des transferts de dette du fonds à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) intervenus de 2020 à 2022, le FSV présentait fin 2023 un excédent cumulé de 1,1 milliard d'euros.

II - Les principales modifications adoptées ou proposées

A. Les modifications adoptées en première lecture

En première lecture l'Assemblée nationale n'ayant pas examiné cet article, le Gouvernement l'a transmis au Sénat dans sa version initiale, en application de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

Cet article a été adopté par le Sénat sans modification.

B. Les modifications proposées par la commission mixte paritaire

L'article 32 a été adopté sans modification par la commission mixte paritaire.

C. Les modifications du texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale modifie le montant de l'objectif de dépense du FSV pour le fixer à **21,1 milliards d'euros, compte tenu des dernières informations relatives à la conjoncture dont dispose le Gouvernement.**

III - La position de la commission

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

EXAMEN EN COMMISSION (13 FÉVRIER 2025)

Au cours d'une réunion tenue le jeudi 13 février 2025, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission a examiné le rapport de Mme Elisabeth Doineau, rapporteure générale.

M. Philippe Mouiller, président. – Après avoir effectué un parcours parlementaire que nous avons tous à l'esprit, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025 est considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, en conséquence du rejet successif des trois motions de censure ayant suivi l'engagement de la responsabilité du Gouvernement sur chacune de ses parties.

Comme lors de la première lecture, la procédure d'adoption diffère de celle des lois ordinaires. Ainsi, nous n'adoptons pas de texte de commission et c'est le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale qui sera examiné en séance publique par le Sénat.

Nous nous réunirons lundi 17 février en début d'après-midi, afin d'examiner les amendements déposés sur ce texte. À ce stade de l'examen, seuls les amendements présentant un lien direct avec une disposition restant en discussion seront recevables, selon la règle dite « de l'entonnoir », qui découle de la jurisprudence du Conseil constitutionnel.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – (*La rapporteure générale projette une présentation PowerPoint en complément de son propos.*) Depuis hier soir, à lire et écouter la presse et les médias, j'ai le sentiment que le PLFSS a déjà été adopté ! Le travail du Sénat est oublié. Certes, la procédure est longue nous aspirons tous à ce qu'elle aboutisse, notamment pour donner une perspective d'avenir à certains professionnels, comme ceux qui travaillent dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, qui n'ont toujours pas accès à des données importantes alors qu'ils traversent des situations budgétaires difficiles. Nous convenons tous de la gravité de la situation dans laquelle nous nous trouvons.

Il ressort des chiffres publiés en octobre 2024 par la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) qu'en l'absence de mesures législatives ou réglementaires, le déficit de la sécurité sociale s'élèverait à environ 30 milliards d'euros en 2025. L'enjeu de ce PLFSS est donc particulièrement important.

J'en viens au parcours législatif du texte. Dès le début, la discussion était mal engagée. En effet, le texte a été déposé avec retard en raison de la constitution tardive du Gouvernement. De plus, les députés n'ont pas respecté le délai constitutionnel de 20 jours pour achever leur examen du texte.

Certes, la commission mixte paritaire (CMP) sur le PLFSS a été conclusive, un aboutissement heureux pour la première fois depuis 2011. Cependant, eu égard aux dispositions retenues, je ne suis pas certaine qu'il s'agisse d'un succès à part entière.

Le gouvernement Barnier ayant été censuré sur cette base, une loi spéciale a été adoptée, notamment pour autoriser la sécurité sociale à emprunter – ce dernier point n'étant prévu par aucun texte.

Nous procédons à présent à une nouvelle lecture. Le Gouvernement a eu recours au 49.3 sur chacune des trois parties du texte, qui est donc considéré comme adopté par l'Assemblée nationale. Mes collègues rapporteurs de branche et moi-même vous proposons d'adopter le texte conforme. En effet, les équilibres ne pourront plus significativement évoluer, d'autant que, en nouvelle lecture, seuls sont recevables les amendements ayant un lien direct avec une disposition en discussion. Par ailleurs, il convient de mettre un terme à ce feuilleton qui dure depuis trop longtemps.

Au-delà des questions juridiques, il faut rappeler les enjeux financiers. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 était la première LFSS à ne pas prévoir de réduction du déficit à moyen terme. Ainsi, le déficit était censé augmenter jusqu'à 17,2 milliards d'euros en 2027.

Dans le cas du PLFSS pour 2025, le texte initial retombait, comme par magie, sur ce déficit de 17,2 milliards d'euros en 2027. Cependant, le déficit augmentait ensuite fortement, pour atteindre 19,9 milliards d'euros en 2028.

Le texte adopté par le Sénat a amélioré cette trajectoire, en diminuant un peu le déficit pour 2025 par rapport au texte initial – 15 milliards d'euros au lieu de 16 milliards – et, surtout, en stabilisant à peu près le déficit à son niveau de 2025 jusqu'en 2028.

Le texte de la CMP prévoyait un déficit nettement supérieur à ceux qui sont prévus par le texte du Sénat et le texte initial : 18,3 milliards d'euros en 2025 et 21,5 milliards d'euros en 2028.

La nouvelle lecture à l'Assemblée nationale a conduit à une nouvelle dégradation du solde. Le déficit prévu est désormais de 22,1 milliards d'euros en 2025 et de 24,1 milliards d'euros en 2028. Nous avons le sentiment d'avoir perdu le contrôle, ce qui est rappelé par le Haut Conseil des finances publiques (HCFP), dans son avis du 19 janvier 2025 sur le projet de loi de finances (PLF) et le PLFSS.

J'en viens à l'évolution des principales mesures au cours des débats. Au départ, le Gouvernement prévoyait 15 milliards d'euros de mesures d'économies, à peu près également réparties entre mesures réglementaires et législatives, et entre mesures sur les recettes et sur les dépenses. Dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, le montant des mesures d'économies ne s'élève qu'à 9 milliards d'euros et les deux tiers de celles-ci relèvent du domaine réglementaire.

Le rendement de la mesure sur les allègements généraux est passé de 4 milliards d'euros à 1,6 milliard d'euros. La mesure sur la revalorisation des retraites a été abandonnée. La contribution de solidarité par le travail, insérée par le Sénat en première lecture, ne figure pas dans le texte final ; j'espère qu'il ne s'agit pas d'un abandon définitif.

Le Sénat s'est efforcé de compenser partiellement certaines réductions ou suppressions de mesures. L'augmentation de la contribution patronale sur les attributions gratuites d'actions constitue sa principale mesure d'amélioration du solde ; elle devrait rapporter 500 millions d'euros. Cette augmentation résulte de deux amendements identiques de Mmes Cathy Apourceau-Poly et Raymonde Poncet Monge, ce qui traduit le bon fonctionnement de notre assemblée, où majorité et opposition peuvent parvenir à des compromis dans le sens de l'intérêt général. Je rappelle à ce sujet que cette mesure représentait un retour au droit applicable il y a quelques années, qu'elle constituait un alignement sur la fiscalité des stock-options et qu'elle était préconisée par la Cour des comptes.

Le Sénat a également renforcé la fiscalité comportementale. Nos collègues députés l'avaient fait pour les boissons sucrées, mettant en vigueur une recommandation qui figurait notamment dans le rapport d'information que Cathy Apourceau-Poly et moi-même avons remis dans le cadre de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss). Le Sénat a ajouté une réforme de la fiscalité des jeux et une augmentation de la fiscalité du tabac. Cette dernière était également préconisée par le rapport de la Mecss. Chacune de ces trois mesures devait rapporter 200 millions d'euros. La mesure sur le tabac n'a pas survécu à la CMP, et seules demeurent les deux autres, qui rapportent 400 millions d'euros au total.

Parmi les mesures du Sénat permettant d'améliorer le solde, on peut également mentionner les mesures portées principalement par Corinne Imbert, rapporteure pour la branche assurance maladie : la mesure sur les médicaments biosimilaires, la consultation obligatoire du dossier médical partagé (DMP) et diverses dispositions de lutte contre la fraude.

Le Sénat a également obtenu la prise en compte d'autres éléments. D'abord, le fonds d'urgence pour les Ehpad est prorogé. Dans le texte de la CMP, le montant obtenu était de 100 millions d'euros et, après négociation, le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale porte ce montant à 300 millions d'euros.

Ensuite, une réforme du concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux départements a été obtenue. Elle permet de garantir un niveau de compensation des dépenses de prestation de compensation du handicap (PCH) et d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au moins égal à celui qui a été atteint en 2024, pour un coût estimé à 200 millions d'euros.

Enfin, sur le plan réglementaire, l'augmentation de 12 points du taux de cotisation à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) aura lieu sur quatre ans au lieu de trois, pour un coût de 500 millions d'euros en 2025.

J'en viens à l'évolution du déficit prévu pour 2025. Celui-ci s'élevait à 18,3 milliards d'euros dans le texte de la CMP et atteint 22,1 milliards d'euros dans le texte que nous examinons aujourd'hui, ce qui représente un écart de 3,8 milliards d'euros.

La commission ne dispose pas du détail des calculs opérés par le Gouvernement pour parvenir à ce chiffre. Toutefois, les données disponibles suggèrent plusieurs éléments d'explication.

Les trois quarts de l'augmentation du déficit s'expliquent par le fait que les mesures réglementaires d'économies ont été revues à la baisse d'environ 3 milliards d'euros, notamment en raison du moindre freinage de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), mais aussi de l'abandon de diverses recettes de poche.

Dans le cas des mesures législatives, le passage de 100 à 300 millions d'euros du budget du fonds d'urgence en faveur des Ehpad constitue la seule modification significative.

Ces évolutions n'expliquent donc qu'un supplément de déficit de 3,2 milliards d'euros, sur les 3,8 milliards observés. L'écart provient peut-être d'une légère révision à la hausse du déficit spontané.

J'en viens aux prévisions de solde à moyen terme, en me référant aux chiffres de l'annexe à la future LFSS. Ces prévisions sont effectuées sur la base des seules mesures connues, y compris les mesures réglementaires annoncées et restant à prendre.

Le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale prévoit une trajectoire encore plus dégradée que celle de la LFSS de 2024, qui avait déjà été fortement critiquée, notamment par notre commission, en raison de sa trajectoire d'aggravation continue du déficit.

Notre situation diffère largement de celle des années 2010, et ce à double titre. D'abord, le déficit actuel ne provient pas d'une crise. Ensuite, la trajectoire ne prévoit pas d'amélioration. Au contraire, la situation se dégrade.

Quelles sont les perspectives ? Si nous ne faisons rien, le déficit devrait d'autant plus s'aggraver d'ici à 2028 que les prévisions du Gouvernement, en matière de croissance du PIB et de l'Ondam, reposent sur des hypothèses optimistes, même si le HCFP souligne qu'elles le sont un peu moins que l'an dernier.

Sans mesures supplémentaires et en se fondant sur des prévisions plus réalistes, le déficit pourrait atteindre 35 milliards d'euros en 2028. Nous nous retrouverions alors dans une situation intermédiaire entre celle de la

crise financière de 2009 et celle de la crise sanitaire. Cependant, nous n'aurions aucune excuse.

Nous devons adopter ce texte pour que la France dispose enfin d'une LFSS, mais nous ne pouvons pas nous satisfaire d'un tel déficit. Nous devons fixer une trajectoire crédible de retour à l'équilibre. Les mesures contenues dans ce PLFSS sont d'ordre essentiellement paramétrique, rendant les prestations moins favorables ou augmentant les prélèvements. Il ne s'agit pas de mesures visant à améliorer l'efficience.

Raymonde Poncet Monge et moi-même allons nous efforcer de procéder à un point exhaustif et objectif sur le sujet, dans le cadre de la mission que nous a confiée la Mecss sur le financement de la protection sociale. Je m'en réjouis, car il faut accomplir ce travail.

C'est seulement en nous dotant d'une trajectoire crédible de réduction du déficit que nous pourrions réaliser de nouveaux transferts de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Ce PLFSS porte de un à deux ans l'échéance maximale des emprunts de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), mais l'échéance moyenne ne pourra dépasser un an. Un prochain transfert de dette de l'Acoss vers la Cades paraît nécessaire afin que la dette sociale ne s'accumule pas à l'Acoss, ce qui serait pourrait susciter un risque de liquidité. Le transfert de sommes significatives impliquera de repousser l'échéance d'amortissement de la dette sociale, actuellement fixée à 2033, ce qui impliquera l'adoption d'une disposition organique.

Mme Annick Petrus. – Je voudrais dire ma satisfaction quant à la préservation du dispositif prévu par la loi du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer (Lodéom). Cette décision illustre le rôle essentiel du Sénat, chambre des territoires, dans la défense des réalités économiques ultramarines.

Les entreprises des outre-mer évoluent dans un environnement bien plus contraint que dans l'Hexagone : éloignement des marchés, surcoûts logistiques, petite taille des économies locales et vulnérabilité accrue aux fluctuations économiques comme aux crises. Le tissu économique ultramarin est fragile, composé en grande majorité de petites et de très petites entreprises, qui ne disposent ni des mêmes marges de manœuvre ni des mêmes capacités d'adaptation que leurs homologues métropolitaines. Ainsi, toute modification du cadre fiscal ou social peut avoir des conséquences immédiates et lourdes sur leur survie et l'emploi local. En maintenant cette mesure, nous évitons une hausse brutale du coût du travail, qui aurait conduit à un renchérissement des prix et fragilisé des secteurs déjà en difficulté. Je me réjouis que nous ayons pu faire entendre la voix de nos territoires ultramarins dans le cadre de ce débat.

Mme Annie Le Houerou. – Le texte est encore plus catastrophique qu'il ne l'était au départ, alors que nous parlions déjà d'un budget mettant en

péril notre système de sécurité sociale. Avec un déficit prévu de 30 milliards d'euros et sans trajectoire de retour à l'équilibre, nous sommes lancés dans une fuite en avant, qui nous conduit à nous interroger sur l'objectif réel de ces gouvernements successifs. Si l'on voulait tuer ce système, nous ne ferions pas mieux. Vous avez évoqué une perte de contrôle et c'est bien de cela qu'il s'agit. Nous ne soutiendrons pas un tel budget.

Au moins, la version du Sénat entérinait quelques progrès sur la question des recettes et des allègements généraux. Dans la copie finale, même de petites mesures positives que nous avons introduites n'ont pas été retenues, comme la taxe sur la publicité pour les alcools, qui devait être mise en place à La Réunion de façon expérimentale.

Pour revoir la question de l'équilibre du système, il nous faut travailler sur les dépenses, mais aussi sur les recettes. À cet égard, je me réjouis aussi du travail que nous allons accomplir au Sénat autour de la question du financement de la sécurité sociale. Nous n'avons pas le choix, car nous sommes dans une impasse.

M. Bernard Jomier. – Il n'y a plus rien à discuter. Cependant, Annie Le Houerou vient d'évoquer une impasse et nous devons regarder au-delà. Nous sommes dans un pays où l'État encaisse environ 300 milliards d'euros par an pour en dépenser 450 milliards, et dont le budget social présente plusieurs dizaines de milliards d'euros de déficit par an. La troïka n'est pas réservée à la Grèce et menace de tomber aussi sur la France. Nous sommes dans cette situation parce que nous sommes des irresponsables. Depuis des années, la dérive a lieu et depuis des années nous disons qu'on ne peut pas laisser les finances sociales dériver ainsi.

Madame la rapporteure générale, le travail que vous allez entamer est positif. Cependant, notre système de protection sociale connaît une mutation qui nécessite d'être pensé. Nous sommes attachés aux principes fondateurs du Conseil national de la Résistance (CNR), mais comment les projeter dans l'avenir ?

Notre groupe a fait preuve de responsabilité en ne censurant pas le gouvernement pour que nous ayons un budget et une LFSS, alors que nous ne croyons pas en la capacité de ces textes à répondre aux enjeux. Nous serons collectivement redevables envers la population, qui ne croit plus en nous, au vu de ce que nous faisons des finances sociales du pays. Nous devons envoyer un message clair au Gouvernement : il faut sortir dès maintenant du paramétrique et ouvrir la discussion sur ces questions.

Mme Anne Souyris. – Ce gouvernement est encore plus irresponsable que le précédent sur la question du déficit de la sécurité sociale. Les mesures d'économies liées aux allègements de cotisations patronales ne cessent de baisser, mais il faut bien trouver l'argent quelque part. Or, lorsqu'on diminue toujours les dépenses, ce sont les plus pauvres qui sont les moins protégés et nous savons quelles inégalités engendré le recours aux mutuelles. Il nous faut

regarder les choses en face ; or force est de constater l'insincérité de ce texte. En effet, il annonce un déficit dont on sait qu'il sera inférieur à celui que nous atteindrons. On fait semblant de croire que cela va aller, mais c'est faux. Nous devons tous être responsables. Nous avons tous des stratégies différentes, mais aucun de nous n'a réussi à sauver la sécurité sociale.

Mme Céline Brulin. – Mon intervention vise seulement à prendre date pour l'avenir. En effet, la presse considère que les jeux sont faits, car, de fait, ils le sont.

L'une des mesures qui pèsent le plus lourdement dans le creusement du déficit entre la version du gouvernement Barnier et celle d'aujourd'hui, c'est la baisse de la réduction des allègements de cotisations patronales. Je mets cette mesure en parallèle avec le décret qui vise à augmenter de 12 points les cotisations des employeurs publics à la CNRACL, exerçant sur ces derniers une très forte pression. Il s'agit d'une contradiction majeure. Parmi les sujets qu'il faudra mettre sur la table pour réduire le déficit, on ne pourra pas exclure celui-là.

Nous proposons régulièrement des amendements visant à conditionner ces allègements. Il s'agit d'une piste à travailler, certaines entreprises faisant des choix stratégiques vertueux et d'autres pas. La puissance publique est légitime pour peser sur ces choix, qui permettraient de dégager des ressources.

M. Olivier Henno, rapporteur pour la branche famille. – Nous sommes dans une logique d'extrême gravité et il nous faut regarder les choses en face : notre système de protection sociale ne fait plus consensus, y compris dans l'opinion. Un doute a été créé quant à sa crédibilité, car les gens ont pris conscience que le financement reposait sur un endettement, sur des créances qui pèseront sur les générations à venir.

Cette situation est-elle due au fait que nous ne dépensons pas assez ? Pas du tout. Le budget de la branche maladie représente 12,5 % du PIB et celui de la branche retraite 13,4 % du PIB. Il ne s'agit pas de prélever plus, mais de mieux maîtriser nos dépenses. Nous dépensons trop et mal parce qu'il n'y a pas de réforme structurelle ; c'est le cœur du sujet. L'idée que nous pourrions prélever plus et travailler moins ne peut pas fonctionner et nous entraînera dans une remise en cause globale du système. De plus, comme nous ne maîtrisons pas les dépenses, nous n'investissons pas assez dans l'avenir.

M. Daniel Chasseing. – Le déficit de la sécurité sociale est ancien et, entre 2012 et 2018, l'Ondam a augmenté de moins de 2 %. Il a augmenté depuis et nous avons aussi augmenté les salaires depuis le Ségur de la santé, ce qu'il fallait faire.

Faut-il augmenter les prélèvements s'appliquant aux patrons et aux salariés ? Non. Il faut préserver le pouvoir d'achat des salariés et la compétitivité des entreprises. Nous avons besoin de plus de cotisants, ce qui

signifie plus d'emplois et plus de compétitivité. Augmenter les cotisations patronales serait inconscient.

Il faut trouver d'autres financements et nous devons y réfléchir ensemble. Revenir sur le départ à la retraite à 64 ans entraînerait une catastrophe. En revanche, il faut augmenter le nombre de personnes en emploi. Si, comme dans les pays du nord de l'Europe et en Allemagne, 70 % des personnes ayant entre 60 et 64 ans travaillaient, au lieu de 40 % comme c'est le cas actuellement, les recettes augmenteraient. Certes, il faut revoir les dépenses, mais il faut surtout augmenter les recettes et donc augmenter le nombre d'emplois et de cotisants.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour la branche assurance maladie. – Le texte issu de la CMP n'était peut-être pas satisfaisant, mais il avait au moins une qualité : le déficit était moins important que dans le texte que nous examinons aujourd'hui. Il demandait aussi des efforts à tous. Or, pour être responsables, comme cela a été évoqué, il faut peut-être commencer par faire des efforts. Ce texte prévoit de dépenser beaucoup, mais il ne s'agit que d'un objectif de dépense, qui sera dépassé, ce qui me désole un peu.

Les gouvernements repoussent le travail qui s'impose. Il faudra peut-être une loi-cadre pluriannuelle, dans laquelle nous pourrions inscrire des mesures de prévention et des objectifs à tenir. Il nous faut savoir ce que nous voulons faire de notre système.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Je suis très étonnée que nous ayons un débat puisqu'il n'y a aucun enjeu et que nous ne pouvons rien faire. J'avais prévu de ne pas intervenir, mais comme certains continuent d'enfiler toujours les mêmes perles idéologiques, je ne peux rester muette.

Vous dites qu'il faut arrêter d'augmenter les recettes, que ce n'est pas la solution. De mon côté, je dis qu'il faut cesser de baisser les recettes ! Nous comptons 20 milliards d'euros d'exonérations non compensées, dont 10 milliards supplémentaires depuis 2017 ! La politique des cadeaux fiscaux et sociaux menée depuis lors a conduit à un déficit abyssal du budget de l'État et de la sécurité sociale. C'est la Cour des comptes qui le dit. Il faut arrêter de voter des mécanismes qui entraînent des baisses de recettes sociales non compensées.

Effectivement, dans les années 2010, pour présenter une trajectoire de retour à l'équilibre, nous avons comprimé l'Ondam. Cette compression est responsable de l'état actuel de l'hôpital. On peut comprimer les dépenses pour atteindre l'équilibre, mais on voit le résultat.

M. Jean-Luc Fichet. – Quelle protection sociale voulons-nous pour demain ? Doit-il s'agir d'un service public fort ou souhaite-t-on la transférer vers le privé, en abandonnant un certain nombre de gens sur le bord de la route ? Bien sûr, il faut maîtriser les dépenses. Du côté des recettes, certains suggèrent d'augmenter les emplois. Cependant, le développement de l'intelligence artificielle et de la robotisation aura pour effet de détruire des

emplois. Ces technologies ne pourraient-elles pas participer au financement de la sécurité sociale ? Il faut explorer d'autres possibilités de financement. Derrière la question de la sécurité sociale, celles de l'état de nos hôpitaux et des déserts médicaux se posent. Nous évoquons ces sujets depuis des années, mais rien n'est fait. Nous devons mener notre réflexion hors des sentiers battus.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Madame Petrus, en ce qui concerne la Lodéom, le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale retient le texte de la CMP, qui reprenait l'amendement que la commission avait proposé au Sénat en première lecture.

Effectivement, madame Le Houerou, nous sommes tous inquiets. Cependant, le groupe socialiste a obtenu quelques améliorations. Certes, ce n'est pas le texte de vos rêves ni des nôtres, mais c'est un texte de circonstance, comme souvent. Un PLFSS ne satisfait jamais tout le monde.

Par ailleurs, si nous avons laissé la situation se dégrader, je ne dirais pas que nous sommes en train de « tuer » la sécurité sociale.

Le système n'est pas adapté aux défis qu'il nous faudra relever dans les prochaines années, notamment au défi démographique.

Monsieur Fichet, vous avez raison : les modèles ont changé. Nous devons y réfléchir et accomplir un travail en profondeur. À cet égard, cette situation nous ouvre des perspectives.

Je suis d'accord, monsieur Jomier, il faut sortir du paramétrique, mais ce ne sera peut-être pas dans le moment politique qui vient.

Nous devons nous poser la question du « mieux dépenser ». Nous avons une obligation et une responsabilité quand nous dépensons l'argent de nos concitoyens.

Madame Brulin, j'ai beaucoup appris sur les enjeux des charges patronales ces deux dernières années, quand nous avons travaillé sur les bandeaux famille et maladie. Il faut trouver un équilibre vertueux, comme nous l'avons lu dans le rapport d'Antoine Bozio et Étienne Wasmer intitulé « Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire ».

Je n'aime pas l'expression « déserts médicaux ». Il faut les identifier et voir quelles actions nous pouvons mener dans ces territoires. Il y a une responsabilité des élus locaux et des professionnels de santé locaux. De nombreux outils existent et je ne suis pas pour en inventer de nouveaux.

Monsieur Chasseing, les salaires ont augmenté avec le Ségur, ce qui est une très bonne chose, mais vous avez raison, cette augmentation n'a pas été compensée comme il faut.

Madame Imbert, un certain nombre de vos propositions concernant la branche maladie ont été retenues par la CMP, et je veux saluer votre travail.

Enfin, madame Poncet Monge, nous allons travailler ensemble et trouver le chemin pour sauver le système de la sécurité sociale !

La commission propose au Sénat d'adopter le projet de loi de financement de la sécurité sociale sans modification.

TRAVAUX DE LA COMMISSION - AUDITIONS

**Mmes Zaynab Riet, déléguée générale, et
Cécile Chevance, responsable du pôle Offres,
de la Fédération hospitalière de France**

Réunie le mercredi 29 janvier 2025, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission procède à l'audition de Mmes Zaynab Riet, déléguée générale, et Cécile Chevance, responsable du pôle Offres, de la Fédération hospitalière de France.

M. Philippe Mouiller, président. – Pour conclure cette matinée, nous recevons Mmes Zaynab Riet, déléguée générale, et Cécile Chevance, responsable du pôle offre de soins, finances, FHF data, recherche et e-santé (Offres), de la Fédération hospitalière de France (FHF) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Je vous précise que cette audition fait l'objet d'une captation vidéo. Elle est diffusée en direct sur le site internet du Sénat et sera consultable en vidéo à la demande.

Mesdames, je vous remercie de votre disponibilité pour cette audition, que les incertitudes relatives au calendrier de la nouvelle lecture du PLFSS pour 2025 au Sénat nous ont conduits à organiser dans de brefs délais.

Il m'a paru utile que la commission puisse entendre votre Fédération, alors même que, dans le cadre de la nouvelle lecture du PLFSS, le Gouvernement a annoncé une augmentation significative de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) – tout particulièrement de l'Ondam hospitalier, dont la hausse atteindrait désormais 3,6 % en 2025. Pour mémoire, dans le cadre de la navette et en réponse à une initiative du Sénat, le Gouvernement avait déjà annoncé un étalement sur quatre ans, au lieu de trois, de l'augmentation du taux de cotisation à la charge des employeurs à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL).

Vous pourrez nous préciser dans quelle mesure ces évolutions permettront aux établissements, dont nous connaissons la situation financière, de répondre à leurs missions dans de bonnes conditions.

Je vous laisse sans plus attendre la parole pour un propos liminaire. Les membres de la commission pourront ensuite vous interroger, en commençant par notre rapporteure générale, Élisabeth Doineau, et notre rapporteure pour la branche maladie, Corinne Imbert.

Mme Zaynab Riet, déléguée générale de la Fédération hospitalière de France. – En vous remerciant de votre invitation, je souhaite partager avec vous les priorités de la Fédération hospitalière de France dans le cadre du PLFSS pour 2025.

Nous avons salué l'enveloppe supplémentaire de 1 milliard d'euros annoncée par la ministre. Nous demandons que celle-ci soit fléchée, à la fois, vers des activités médicales dites « en dette de santé publique » et pour cibler prioritairement la recherche, l'accompagnement de 50 millions d'euros par an pendant huit ans acté dans le cadre du Ségur de la santé n'ayant malheureusement pas pu être mis en œuvre.

S'agissant des activités dites « en dette de santé publique », nous avons réalisé un baromètre en mars 2024, mettant en lumière un retard dans les séjours d'hospitalisation. On aurait pu s'en réjouir, si ce retard ne témoignait pas d'un moindre recours à l'hospitalisation, notamment dans le domaine de la chirurgie lourde – les greffes – ou pour certaines disciplines médicales avec nuitées, comme la neurologie.

À cela s'ajoute le sous-financement au cours des dernières années – du fait de l'effort mis, à juste titre, sur la valorisation des soins ambulatoires – de certaines activités médicales avec nuitées : soins critiques, réanimation, pédiatrie, obstétrique, soins palliatifs et psychiatrie – les dotations pour cette discipline n'ayant jamais évolué à hauteur de l'évolution de l'Ondam.

Tout cela explique notre demande d'un fléchage de l'enveloppe supplémentaire.

Nous avons par ailleurs posé deux autres demandes.

S'agissant de la CNRACL, dont vous connaissez la situation, il a été décidé d'abonder l'Ondam pour assurer une première étape de financement de la caisse. Nous avons demandé, avec l'ensemble des fédérations, que les dépenses de santé ne soient pas sacrifiées sur l'autel des caisses de retraite. Nous souhaitons également qu'une véritable discussion soit engagée sur le sujet, car les propositions avancées ne permettront pas de résoudre à terme les difficultés. Celles-ci sont plurifactorielles : la CNRACL, pendant longtemps excédentaire, a restitué 100 milliards d'euros à d'autres régimes ; elle est aussi victime d'une évolution démographique qui pose un réel enjeu.

Enfin, cela va au-delà du PLFSS, nous demandons à pouvoir nous inscrire dans un protocole pluriannuel couvrant les années 2025 à 2027, afin de donner une visibilité aux acteurs sur la planification des investissements et la structuration des filières de soins, avant d'entamer, nous l'espérons, l'élaboration d'une véritable loi de programmation en santé. Celle-ci permettrait, partant des objectifs de santé à atteindre, de fixer un certain nombre de priorités en matière de disciplines médicales. Nous pouvons, par exemple, nous féliciter de former des dermatologues : sur Paris, ils sont installés essentiellement en secteur 3. Cela pose question ! Parallèlement, alors que nous avons besoin de pédiatres, de gynécologues, de psychiatres et de gériatres, ces disciplines ne sont pratiquement pas choisies par les étudiants. Il me semble donc qu'il nous faut fixer des formations à privilégier au regard des projections de besoins sur les dix ans à venir. Il en va de même pour les professions paramédicales, et il faut bien sûr retenir la prévention parmi les axes de travail.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Ma première série de questions concerne la demande d'un cadrage budgétaire pluriannuel.

La FHF sollicite en effet depuis de nombreuses années une loi de programmation en santé, qui viserait notamment à fixer un cadre budgétaire pluriannuel contraignant. Elle est d'ailleurs rejointe sur cette demande par les autres fédérations d'établissements. Des amendements ont été déposés en ce sens lors de l'examen en séance du PLFSS. On voit pourtant, cette année encore, à quel point l'exercice de prévision budgétaire annuel est fragile. L'exécution budgétaire est, pour diverses raisons, rarement conforme aux prévisions initiales.

Pensez-vous vraiment qu'une telle loi de programmation permettrait de dessiner un cadrage budgétaire fiable et réaliste ? Quel serait, selon vous, l'apport d'un tel objet par rapport aux trajectoires votées en loi de programmation des finances publiques et, chaque année, en annexe de la loi de financement de la sécurité sociale ?

Compte tenu des incertitudes pesant sur la réalité de l'exécution budgétaire, ne pensez-vous pas qu'un cadrage pluriannuel contraignant serait excessivement rigide et complexe à piloter ? Ne faudrait-il pas plutôt privilégier le renforcement du cadre de discussion actuel, qui met autour de la table les fédérations d'établissements et l'État, et permet de fixer dans un protocole de financement les grandes orientations budgétaires pour les trois années suivantes ?

Je souhaite par ailleurs vous interroger sur la situation financière des établissements de santé et la dynamique d'activité.

À l'heure de la clôture des comptes de l'année 2024, à combien s'élèverait exactement le déficit sur cet exercice ? Quelles sont vos projections pour 2025 ? Comment expliquer, en dépit de la dynamique retrouvée depuis 2023, la dégradation continue de la situation financière des établissements et le nouveau déficit record, par exemple, de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) ?

Depuis la crise sanitaire, les dynamiques d'activité ont profondément divergé entre catégories d'établissements de santé. Pouvez-vous faire un point sur l'évolution de l'activité des établissements publics par rapport à celle des établissements privés commerciaux et privés d'intérêt collectif ? Pouvez-vous nous décrire les éventuels changements dans le *case-mix* des établissements ? Une restructuration à bas bruit est-elle en train d'émerger entre secteurs hospitaliers ?

Mme Zaynab Riet. - Je distinguerai protocole pluriannuel et loi de programmation.

Nous avons, toutes fédérations confondues, signé un protocole pluriannuel avec les pouvoirs publics entre 2018 et 2020. C'était très opérationnel : il s'agissait d'arrêter un niveau minimal d'Ondam et des engagements de la part des fédérations. Mais, après avoir traversé la crise sanitaire et constatant la crise générale du système de santé, nous jugeons opportun d'élaborer une loi de programmation, à l'instar de ce qui a été fait pour la défense et la justice. Nous pourrions ainsi nous fixer des objectifs de santé publique et dessiner une trajectoire claire.

Celle-ci pourrait d'ailleurs s'avérer moins coûteuse que les évolutions constatées depuis plus d'une décennie. Faire de la prévention un axe prioritaire, par exemple, donnerait rapidement des retours sur investissement. Je l'illustrerai avec le déploiement, sur une dizaine de territoires, de ce que nous avons appelé « la responsabilité populationnelle » autour de deux pathologies. Sur cinq de ces territoires, nous obtenons en trois ans les mêmes résultats : une réduction de 33 % des hospitalisations de malades atteints de diabète de type 2 pour complications *via* les urgences, contre une augmentation de 50 % de leur prise en charge en ambulatoire, avec des organisations permettant un suivi plus efficace. Le coût est inférieur de 6 % à la moyenne nationale.

Le but, ce n'est pas de dépenser plus, c'est de dépenser mieux. Notre pays consacre beaucoup d'argent à la santé. Le cap que nous devons tenir est celui de dépenses de santé permettant de continuer à faire progresser l'espérance de vie en bonne santé et favoriser l'excellence de notre médecine. Ce pourquoi nous pensons qu'il faut une loi de programmation en santé.

Mme Cécile Chevance, responsable du pôle Offres de la Fédération hospitalière de France. – Nous notons, en effet, une amplification de la reprise d'activité constatée en 2023, mais avec des variations. En 2023, l'activité était essentiellement portée par un accroissement des actes de chirurgie et des soins ambulatoires, qui constituent le cœur de l'activité des établissements privés à but lucratif. En 2024, on note un changement, avec, comme mentionné, un rattrapage sur les disciplines « en dette de santé publique » – médecine lourde et médecine avec nuitées –, plutôt porté par les établissements publics. En volume économique, c'est-à-dire en valeur, mais à tarifs équivalents, la progression pour les hôpitaux publics est de 4 %, tandis que les établissements privés, après une forte évolution, atteignent logiquement un plateau.

La reprise des activités concernées est facilitée par celle des recrutements, même si des métiers demeurent en tension, et par la réouverture de lits ainsi permise. Toutefois, la situation est très hétérogène selon les catégories d'établissements – avérée sur les établissements de grande taille, l'évolution est moindre sur les établissements de taille intermédiaire ou de petite taille – et à l'intérieur même de ces catégories.

Malgré ces tendances positives en termes d'activité, les établissements publics de santé continuent à voir leur situation financière se dégrader. Les chiffres de 2024 sont à prendre avec précaution, les clôtures de compte n'étant pas achevées à ce stade, mais selon les projections, le déficit hors activités médico-sociales devrait passer de 1,9 milliard d'euros en 2023 à 3,5 milliards d'euros.

Plusieurs facteurs expliquent cette dégradation : d'une part, un sous-financement cumulé de l'inflation, estimé à 1,3 milliard d'euros pour les seuls établissements publics et à 1,8 milliard d'euros sur l'ensemble des établissements de santé ; d'autre part, une interrogation autour du juste financement et de la juste ventilation des mesures de ressources humaines et des mesures liées au Ségur de la santé.

On peut donc parler d'un problème de couverture de charges, plus que d'un problème d'activité.

En 2023, plus de huit établissements sur dix étaient en déficit sur l'ensemble des activités sanitaires et médico-sociales ; plus de huit établissements sur dix étaient soit en capacité d'autofinancement net négative, soit carrément en insuffisance d'autofinancement. Dans le premier cas, il s'agit d'une capacité constatée après paiement des dettes antérieures ; dans le second, avant – ce qui signifie que l'hôpital n'arrive même pas à dégager de quoi rembourser ses dettes et doit emprunter pour le faire.

Mme Zaynab Riet. – S’agissant des causes, gardons en mémoire que le déficit des hôpitaux publics était, en 2019, de 500 millions d’euros. L’impact de la crise sanitaire n’a pas non plus été neutre. Plus de 80 % des patients atteints de covid-19 ont été hospitalisés à l’hôpital public, ce qui a conduit les centres hospitaliers universitaires (CHU) et de grande taille à déprogrammer leurs activités.

M. Philippe Mouiller, président. – Avant de laisser la parole à Corinne Imbert, permettez-moi de m’étonner : à aucun moment, vous n’évoquez l’idée d’efforts à mener ou de réflexions sur de possibles réorganisations. Je comprends bien que les recettes sont insuffisantes, qu’il y a de l’inflation... Mais, comme dans toute structure déficitaire, on pourrait s’interroger sur les moyens de rendre les dépenses plus efficaces !

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour la branche assurance maladie. – La demande d’inscrire la LFSS dans un cadre pluriannuel dépasse la FHF ou même l’ensemble des fédérations d’établissements ; elle émane aussi d’autres acteurs du monde de la santé. La crise du système de santé impose en effet une recherche d’efficacité – le président vient de l’évoquer, mais l’exemple des patients atteints de diabète l’illustre également très bien. C’est une réflexion qu’il faudra avoir, y compris en vue d’inscrire, dans ce cadre pluriannuel, les politiques de prévention.

Cette remarque étant faite, vous avez salué l’enveloppe de 1 milliard d’euros octroyée sur l’Ondam 2025. Un rythme de progression durablement supérieur à 3 % – taux représentant un accroissement de 8,5 milliards d’euros à l’année – vous paraît-il souhaitable et, surtout, compatible avec les exigences de retour à l’équilibre de la branche assurance maladie ? Inversement, retrouver un rythme de croissance inférieur à 3 %, ce qui était le cas lors de la décennie précédente, vous semble-t-il possible et crédible ?

Par ailleurs, l’organisation de la permanence des soins en établissements de santé repose principalement sur les hôpitaux publics. Dans un souci de rééquilibrage de cette charge, la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l’accès aux soins par l’engagement territorial des professionnels a prévu que les établissements de santé soient collectivement responsables de cette permanence des soins. Quel regard portez-vous sur le premier état des lieux réalisés sur le sujet et les conclusions de l’enquête nationale 2024 ? Quelle suite attendez-vous des bilans territoriaux communiqués aux agences régionales de santé (ARS) ? Quelles mesures concrètes espérez-vous de la part du Gouvernement pour engager un rééquilibrage effectif ?

La LFSS pour 2024 a entériné une réforme du financement des hôpitaux. Le Sénat en avait soutenu le principe, mais estimant que son application rapide était délicate, voire risquée, la commission avait proposé une phase d'expérimentation préalable. Cette proposition n'a pas été retenue. Depuis la mise en œuvre officiellement affichée au 1^{er} janvier 2024, quels chantiers ont pu aboutir ? Quelles activités ont vu leurs modalités de financement évoluer ? Comment est préparé le changement du calendrier des négociations tarifaires ? Enfin, la question de la transformation du modèle de financement vous semble-t-elle satisfaisante ? S'appuie-t-elle sur des constats et données partagés par tous ? Quel premier bilan tirez-vous, sur le terrain, de la mise en œuvre de la réforme ? Faut-il prévoir des ajustements ?

M. Philippe Mouiller, président. – Avant de passer aux réponses, je laisse la parole à notre rapporteur pour la branche autonomie.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour la branche autonomie. – Vous n'avez pas abordé le volet de la prise en charge du grand âge et de l'autonomie, alors que vous représentez aussi des Ehpad. On sait la situation financière catastrophique de ces structures, en particulier dans le secteur public. Un décret datant du 1^{er} janvier 2025 permet aux établissements de majorer jusqu'à 35 % les tarifs pour les nouveaux résidents ne pouvant pas prétendre à l'aide sociale à l'hébergement (ASH). Dans le contexte financier difficile, on peut comprendre que l'on module ces tarifs, mais le taux de 35 % semble tout de même excessif, représentant plusieurs centaines d'euros d'augmentation. Que pensez-vous de ce dispositif ? Envisagez-vous de l'appliquer dans vos établissements ?

Mme Zaynab Riet. – Je réponds tout d'abord bien volontiers à la remarque de M. le président sur le défaut de propositions en matière de restructuration et de réorganisation. Si nous demandons une loi de programmation, c'est précisément pour pouvoir nous inscrire dans la logique d'un système de santé responsable, performant et durable.

Responsable, parce que tout acteur de santé sur le territoire doit avant tout couvrir des besoins de santé, de manière sécurisée et organisée, et sans jamais oublier qu'il est financé, directement ou indirectement, par des deniers publics. Cela suppose une organisation efficiente sur les territoires, au service des populations. Cette observation nous ramène à la question de la permanence des soins, étant précisé que, selon une enquête de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), le secteur public assure plus de 83 % des lignes de garde, alors qu'il pèse pour 69 % dans le système.

Performant, parce que les ruptures de prise en charge, ou encore les hospitalisations qui étaient évitables, au-delà du mal-être qu'elles représentent pour le patient, entraînent aussi un coût pour le système de santé.

Durable, parce que nous devons sortir de la surenchère parfois constatée en termes de rémunération et que nous sommes engagés dans la transition écologique – laquelle permet d'ailleurs de dégager des économies – tout cela sans compter l'engagement des professionnels de santé dans le domaine de l'éco-soin.

Mme Cécile Chevance. – Je précise les chiffres donnés sur la permanence des soins : l'enquête citée, ayant suscité une forte mobilisation des établissements, montre que l'hôpital public représente 69 % des lignes de garde et d'astreinte, pour 85 % de l'activité de permanence des soins – soit les nouveaux patients – et de continuité des soins – soit les patients déjà hospitalisés, dont l'état nécessite une intervention aux horaires de permanence des soins. La continuité des soins représente 50 % de la charge de travail dans ces horaires.

Le rééquilibrage souhaitable ne consiste pas à démultiplier les lignes, surtout si, derrière, il n'y pas les plateaux techniques ou les compétences en termes de discipline médicale. Il s'agit, une fois encore, de rechercher l'efficience, en mutualisant là où se trouvent les besoins. Nous réfléchissons donc, dans ce domaine, en termes de patients pris en charge, non de lignes.

J'en viens aux réformes de financement. Certaines ont été mises en œuvre récemment : sur les urgences, les soins médicaux et de réadaptation (SMR) et la psychiatrie. Certains chantiers sont ouverts et n'ont pas encore abouti : sur les soins critiques, les soins non programmés, la radiothérapie et la dialyse.

Pour nous, il est essentiel que les réformes de financement accompagnent l'adaptation et l'organisation de l'offre sur les territoires. Par exemple, s'agissant des soins critiques, nous regardons comment la réforme des autorisations qui se met en œuvre répond aux besoins de santé, comment les leviers financiers permettent d'accompagner les transformations de l'offre, notamment la transformation des unités de surveillance continue (USC) en unités de soins intensifs polyvalents (Usip).

Il est également essentiel que nous ayons une vision d'ensemble. Nous traitons – nous l'avons vu avec les SMR – des sujets extrêmement techniques et complexes. De ce fait, nous nous noyons parfois dans des détails techniques, en perdant de vue l'objectif global en termes d'offres de soins. C'est le cas pour les soins critiques : nous devons réfléchir selon une logique d'ensemble, de plateau technique, orientée autour de l'organisation et de l'adaptation de l'offre, avant d'aborder les sujets techniques. C'est le cas, également, sur le secteur de la dialyse, où deux réformes sont en cours, l'une sur les autorisations et l'autre sur le financement : l'objectif principal est d'amener le plus de patients vers la greffe ; les leviers financiers servent à atteindre cet objectif.

Mme Zaynab Riet. – Sur le volet relatif à l'autonomie, 85 % des Ehpad publics sont aujourd'hui en difficulté. On constate par ailleurs un recul de l'offre médico-sociale publique et les centres hospitaliers ayant des activités médico-sociales rattachées voient leur situation financière aggravée de ce fait.

Cela s'explique par les tarifs pratiqués dans le secteur public : ils sont nettement inférieurs aux tarifs du secteur privé. La possibilité qui a été donnée de les moduler vise précisément à alléger ce fardeau et pourrait constituer un levier pour renforcer les effectifs. Pour autant, le taux de 35 % est un plafond et les tarifs d'hébergement sont arrêtés au niveau du département, ce qui donne lieu à des négociations.

Le PLFSS pour 2025 fait apparaître un effort important sur le volet autonomie, effort qui s'inscrit dans l'objectif des 50 000 équivalents temps plein (ETP) créés en Ehpad et des 50 000 solutions trouvées dans le champ du handicap. Mais cette évolution risque d'être masquée par le sous-financement *via* les tarifs d'hébergement et de dépendance, la remise en cause de l'expérimentation de la fusion des forfaits soins et dépendance, et la non-compensation pour le secteur médico-social public de l'augmentation de la cotisation employeur à la CNRACL – laquelle représente une hausse de 3 % de la masse salariale.

Nous demandons donc, pour 2025, le maintien de l'expérimentation de la fusion des forfaits et la compensation intégrale de la hausse des cotisations CNRACL pour les établissements publics. Nous demandons aussi que l'on ouvre enfin le chantier des inégalités socio-fiscales qui affectent le secteur public, engendrant un surcoût de 20 % de ses coûts salariaux. Une mission devrait être mise en œuvre pour, au moins, objectiver la réalité de cette injustice. Nous demandons par ailleurs une véritable stratégie d'investissement et de transformation, des questions se posant sur le ciblage des actions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

M. Bernard Jomier. – J'étais très content d'entendre le président poser la question des réformes structurelles de l'hôpital. Je sais que vous êtes auditionnées dans le cadre du PLFSS, mais il est intéressant de vous entendre, aussi, sur les évolutions structurelles.

Je me satisfais de la hausse de l'Ondam et du budget des hôpitaux, faisant partie de ceux qui l'ont réclamée. En revanche, je ne crois pas que le seul accroissement des moyens résoudra les problèmes. De nombreux chantiers sont à mener. Or on nous parle beaucoup, en ce moment, de chantiers au ralenti... Certes, vous n'êtes pas responsables du défaut actuel de portage politique, mais pouvez-vous nous en dire plus ?

S'agissant du financement, nous avons rédigé un rapport, avec Catherine Deroche, qui mettait en lumière la nécessité d'un financement sain et pérenne, et ce bien au-delà d'un cadre pluriannuel. Les établissements publics comme privés ont besoin de visibilité, mais les limites de l'examen budgétaire nous interdisent de contraindre les exercices suivants et, par ailleurs, ce sont surtout les objectifs de santé que nous avons besoin de connaître. La logique actuelle de l'Ondam est épuisée. Cela n'a rien de dramatique, il faut juste changer de façon de faire, c'est-à-dire identifier, sur une base territoriale, des objectifs de santé avant de voter l'Ondam.

Le déploiement des groupements hospitaliers de territoire (GHT) fait apparaître des résultats pour le moins contrastés. Qu'en pensez-vous ?

Par ailleurs, personne n'a encore parlé de l'efficience des soins, qui n'est pas satisfaisante et induit des surcoûts importants. Un exemple : dans la plupart des urgences hospitalières, les personnels n'ont pas accès au dossier médical des patients, et donc aux résultats de biologie ou d'imagerie récents, car ils ne disposent pas du logiciel adéquat.

Certaines propositions de loi ont été adoptées sur la question de la gouvernance hospitalière – c'est le cas d'un texte que j'ai cosigné et qui vient d'être définitivement adopté par l'Assemblée nationale. Toutes portent un même objectif de rééquilibrage vers la logique soignante. Où en êtes-vous sur la tarification à l'activité (T2A), ainsi que sur les hôpitaux de proximité ?

Quelle est la dette cumulée des hôpitaux publics ? J'entends des directeurs m'expliquer que leur établissement doit emprunter pour rembourser ses dettes. On marche sur la tête ! Voilà quelques années, un grand plan avait été annoncée par Édouard Philippe, alors Premier ministre ; il est partiellement appliqué. Où en est-on ?

Enfin, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) est censée apporter un appui aux établissements de santé. Cette agence vous semble-t-elle pertinente et doit-elle continuer d'exister ?

M. Daniel Chasseing. – Je me réjouis aussi de l'évolution de l'Ondam hospitalier, qui était déjà sous-doté dans les années 2010.

Vous avez pris l'exemple du diabète pour évoquer la prévention. On pourrait également mentionner, dans l'une des activités médicales - la psychiatrie - que vous souhaitez voir fléchées, le suivi des psychotiques qui ne reviennent pas en consultation.

S'agissant du grand âge, il est tout de même important que l'on ait essayé, à travers l'Ondam, d'augmenter le nombre de formations et d'emplois d'infirmiers, d'infirmiers en pratique avancée (IPA) ou d'aides-soignants pour arriver progressivement à 40 000 créations d'emplois dans les Ehpad, et ce afin de prendre en charge de manière décente la dépendance.

Vous n'avez pas évoqué le fait que les difficultés dans les services d'urgences, notamment les plaintes de la part de patients restés sur les brancards, sont liées aux déficits de lits d'aval. Ne faudrait-il pas accroître les capacités des services de soins polyvalents (SSP) ?

Mme Frédérique Puissat. - Le Parlement a voté une loi spéciale en décembre dernier, afin que l'État puisse assumer ses fonctions essentielles. Un premier président de cour d'appel me faisait part, récemment, des limites de cette loi et des retards de paiement qu'elle entraînait. Avez-vous un état des lieux de ces limites pour votre secteur et des engagements financiers induits pour les hôpitaux de notre pays ?

Mme Nadia Sollogoub. - S'agissant de l'organisation des GHT, je souhaite rappeler l'existence d'un problème de dialogue entre établissements publics et privés. Notamment dans les départements ruraux, nous aurions besoin d'une instance dans laquelle les deux secteurs se parlent. Or, dans le cadre des GHT, on fait toujours comme si le secteur privé n'existait pas... Ne faudrait-il pas le réintégrer ?

En matière de gouvernance, quel est votre avis sur des modèles innovants, comme celui de l'hôpital de Valenciennes ? Y a-t-il des enseignements à en tirer ?

On parle souvent du poids du travail administratif. Avez-vous l'impression que ce poids s'accroît ? Avez-vous des pistes d'amélioration dans ce domaine, que ce soit pour vos personnels administratifs ou pour vos personnels soignants ?

Mme Céline Brulin. - Je comprends que vous voyiez d'un bon œil le milliard d'euros supplémentaire annoncé pour l'Ondam. Mais, si je ne me trompe pas, l'accroissement du taux de cotisation à la CNRACL correspond à peu près à ce montant. D'où l'intérêt que vous demandiez à ce que ces sommes soient fléchées sur les activités médicales. Mais comment cette demande se traduira-t-elle concrètement pour les hôpitaux, confrontés à une dépense supplémentaire, quand bien même on l'étale sur quatre ans, au lieu de trois ?

Vous avez indiqué que la reprise des recrutements était moindre dans les plus petits établissements. Dans ce contexte, que pensez-vous du décret relatif aux contrats pour motif de type 2 ? Je suis de celles et ceux qui jugent nécessaire de contrôler l'intérim médical, mais faut-il le faire brutalement, avec des conséquences sur certains hôpitaux déjà confrontés à des difficultés d'ouverture de services par intermittence ?

Mme Annie Le Houérou. – Vous avez souligné dans votre présentation des difficultés d'adéquation entre besoins et spécialistes formés en gériatrie, pédiatrie, ou encore psychiatrie. Quelles sont vos propositions pour une meilleure adéquation ? Dans la continuité de cette question, comment favoriser une meilleure répartition territoriale de ces spécialistes ?

Mme Zaynab Riet. – Nous constatons une baisse de moitié des effectifs vacants d'infirmiers diplômés d'État (IDE) : le taux des postes vacants passe de 6 % à 3 %, la réduction étant moindre pour les aides-soignants. Nous constatons également une chute de l'ordre de 2 points de l'absentéisme. Malgré le constat de morosité permanente que l'on relaie partout, beaucoup aiment encore l'hôpital public et s'orientent vers ces métiers. Je ne prétends pas pour autant, monsieur Jomier, que cela soit suffisant...

Sur l'organisation effective des soins à l'hôpital, jamais le GHT n'a été autant mis en lumière que par la crise du covid. L'installation de 100 supercongélateurs pour conserver les vaccins, la réactivité pour transformer des lits en lits de soins de réanimation : cela a été permis par une organisation et une gradation des soins, partant de l'hôpital de proximité, en passant par les centres parties, jusqu'au centre hospitalier support, voire au CHU. C'est en réalité le GHT qui a permis, comme on l'a entendu, que l'hôpital public soit le « bouclier sanitaire » de la Nation !

Ce GHT structure le territoire sur lequel il rayonne et permet aussi de répondre aux difficultés de démographie médicale, par l'organisation de filières sécurisées et de parcours de soins sans rupture. Parfois, ce n'est pas suffisant... À ce titre, invoquons la complémentarité, plutôt que l'opposition, des secteurs public et privé. Dès lors que chacun est bien organisé, dès lors qu'il existe un interlocuteur public, un interlocuteur privé et un interlocuteur de ville, tous clairement identifiés, le travail se passe très bien. Le cadre législatif et réglementaire a permis une évolution supplémentaire pour favoriser encore ce travail en commun, au travers des projets territoriaux de santé (PTS). Il s'agit de partager des diagnostics, entre acteurs de la santé et avec les élus, et ensemble trouver les moyens d'apporter des réponses aux besoins.

Les labellisations d'hôpitaux de proximité ont été encouragées, la ministre de l'époque, Agnès Buzyn, s'étant appuyée sur un modèle que je connais très bien : l'hôpital de Pont-Audemer. Un hôpital de proximité peut avoir un service d'urgences, de la petite chirurgie, de la biologie délocalisée. L'hôpital de proximité permet de répondre aux besoins de proximité en santé, mais aussi d'assurer la gradation des soins, en faisant le lien avec les équipes renforcées qui peuvent se trouver au sein de l'établissement support. De mémoire, nous sommes à plus de 300 ou 350 établissements labellisés, et nous travaillons à l'atteinte des objectifs.

L'efficacité a été évoquée... Les professionnels exerçant à l'hôpital public, qu'ils soient administratifs ou soignants, ne se lèvent pas tous les matins pour gaspiller l'argent public ! Tous s'attellent à apporter le bon et le juste soin. C'est pourquoi nous ne demandons rien de plus que le financement nécessaire à l'accomplissement de nos missions.

Il faudrait effectivement pouvoir dégager plus de temps clinique pour les médecins et les soignants. Certains outils le permettent, mais il faut aussi travailler à la simplification. Par ailleurs, le taux de personnel administratif à l'hôpital public s'élève à 10 %, et les secrétaires médicales constituent 50 % de ce personnel administratif. Si on les enlève, le taux tombe à 5 %, alors que le secteur privé enregistre un taux situé entre 11 % et 12 %. Autrement dit, l'hôpital public est le plus efficace sur le plan administratif.

La multiplication par deux du nombre de passages aux urgences depuis vingt ans traduit, à la fois, des difficultés d'accès aux soins en amont - 20 % à 30 % des passages aux urgences n'ont pas lieu d'être - et des difficultés en aval. Le constat sur l'aval rejoint la discussion sur le volet autonomie : notre crainte est de voir réduire cette offre et de ne plus pouvoir accueillir correctement les patients. Faut-il, pour cela, ouvrir plus de lits ? Dans certains territoires, c'est indéniable. Mais il faut examiner la question en tenant compte de l'évolution des prises en charge - je vous renvoie à mon exemple sur le diabète de type 2 - et du recours aux nouvelles technologies, qui facilite les prises en charge ambulatoires.

S'agissant du secteur médico-social, nous avons obtenu auprès d'Aurore Bergé l'établissement d'un protocole pluriannuel. Nous avons réitéré notre demande.

J'en viens à la proposition de loi dite « ratios » qui a été citée. Si l'on demande à la FHF s'il faut augmenter les effectifs auprès du patient, nous répondrons bien évidemment par l'affirmative - personne ne ferait le contraire. Mais il y a un principe de réalité : d'une part, il faut pouvoir se projeter et bâtir les appareils de formation qui conviennent ; d'autre part, il faut voir l'accroissement de l'Ondam que ces mesures représentent. Nous sommes donc d'accord pour adapter les effectifs, mais nous pensons qu'il faut le faire dans le cadre d'une loi de programmation.

M. Bernard Jomier. – La proposition de loi est votée. Cessez de la combattre !

Mme Zaynab Riet. – Je ne la combats pas. Je dis simplement que, pour qu'elle devienne réalité, il nous faut une loi de programmation en santé. Sans cette loi, je suis désolée de vous le dire, l'évolution se fera, mais en sacrifiant le capacitaire.

La psychiatrie constitue un vrai sujet. Je rappelle que les patients atteints de troubles ou de maladies psychiatriques pris en charge par l'hôpital public le sont, à 80 %, en ambulatoire. Il faudrait pouvoir maintenir ce taux et ne pas être contraints, à terme, d'augmenter le taux d'hospitalisation. Mais, pour cela, il faut garantir un parcours de soin complet : une entrée plus rapide en centre médico-psychologique (CMP) ; un accès à l'hôpital de jour et au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ; un suivi au plus près avec des visites à domicile. Il y a fort à faire, et c'est pourquoi nous sommes ravis que le Premier ministre ait entériné le projet de faire de la psychiatrie et de la santé mentale une grande cause nationale.

Mme Cécile Chevance. – Dette et déficit ne sont pas la même chose, même si les deux s'alimentent et que le cumul des déficits fragilise la capacité d'autofinancement des établissements.

Aujourd'hui, la dette se monte à 30 milliards d'euros. Elle est assez stable depuis des années, avec un léger désendettement constaté – ce qui peut être aussi un indicateur d'une non-reprise des investissements. En revanche, le cumul des déficits est problématique. J'ai donné les statistiques des établissements publics en déficit ou en difficultés d'autofinancement. Cela complique les politiques d'investissement, mais aussi, comme je l'ai déjà dit, contraint certains établissements à s'endetter pour rembourser des dettes antérieures, ce qui est d'ailleurs illégal. Pour autant, quand on est en rupture de trésorerie, il faut bien payer ses fournisseurs – nous constatons, d'ailleurs, un allongement des délais de paiement, ainsi qu'un accroissement des dettes socio-fiscales.

La situation est donc préoccupante, d'autant qu'à cela s'ajoutent d'autres dettes, comme, par exemple, des dettes liées aux provisions pour comptes épargne-temps.

M. Philippe Mouiller, président. – Vu la liste que vous dressez, à quoi correspondent précisément les 30 milliards d'euros de dette ?

Mme Cécile Chevance. – Ils représentent la dette financière pour financer l'investissement, tous établissements publics confondus. Si vous souhaitez connaître le montant incluant l'ensemble des dettes que je cite, je ne peux pas vous répondre immédiatement ; je dois examiner la question.

M. Bernard Jomier. – Mais vous confirmez que des établissements sont obligés d'emprunter pour rembourser leurs dettes...

Mme Cécile Chevance. – Quand on est en situation d’insuffisance d’autofinancement et que l’on n’a plus de trésorerie, on est bien obligé de le faire !

La loi spéciale a au moins permis d’éviter les ruptures de paiement et de trésorerie, mais les acteurs ont besoin d’une LFSS. La moitié des recettes des hôpitaux publics se font sous forme de dotation et, pour l’instant, nous sommes sur des douzièmes reconduits de l’année précédente, ce qui impose aux établissements d’avancer les sommes en cas de nouvelles missions ou d’augmentation de charges. Cette situation ne peut donc pas durer trop longtemps. Il en va de même pour les tarifs : nous évoquons un dynamisme de l’activité, mais si celui-ci se poursuit en 2025, il se fera, pour l’heure, sur la base des tarifs de 2024.

Enfin, l’enveloppe supplémentaire pour l’Ondam est constituée de 750 millions d’euros attribués réellement à la hausse de l’Ondam et 230 millions d’euros liés à l’étalement sur quatre ans, au lieu de trois, de l’augmentation des cotisations CNRACL.

Mme Zaynab Riet. – Les remontées de terrain font état d’une généralisation importante des contrats pour motif de type 2, ce qui entraîne des inégalités de traitements entre praticiens hospitaliers – à juste titre, très mal vécues. Nous avons donc demandé une régularisation de ces contrats dans la durée et au niveau territorial.

De telles solutions ne sont pas durables, et cela nous renvoie à la question des spécialités. Ce que nous devons faire, c’est former et attirer suffisamment de futurs médecins vers les disciplines médicales en tension et les disciplines médicales exigeant d’assurer des gardes et des astreintes. Avons-nous des solutions à proposer ? Nous y travaillons, chantier par chantier, en essayant d’alimenter une possible loi de programmation pour les dix ans à venir. Mais il faudra des mesures incitatives. Et il faudra comprendre, aussi, que tout ne dépend pas des établissements, lesquels n’ont parfois le choix – pardonnez-moi l’expression – qu’entre la peste et le choléra : fermer une activité ou faire appel à des médecins mieux payés que les autres. Il était question tout à l’heure de restructurations... Là, il y a des marges importantes, mais cela demande du courage et de la pédagogie. Cela étant, je crois possible d’organiser des parcours de soins sécurisés pour toutes et tous, tout en assumant de maintenir une offre, même si elle n’est pas totalement équilibrée, dans certains territoires de santé.

C’est pour l’ensemble de ces raisons que nous militons pour une loi-cadre. Les enjeux sont là !

Cette audition a fait l’objet d’une captation vidéo, qui est [disponible en ligne sur le site du Sénat](#).

**Mme Catherine Vautrin, ministre du travail,
de la santé, des solidarités et des familles, et
M. Yannick Neuder, ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins**

Réunie le mercredi 5 février 2025, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission procède à l'audition de Mme Catherine Vautrin, ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, et M. Yannick Neuder, ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins.

M. Philippe Mouiller, président. – Mes chers collègues, nous recevons ce matin Mme Catherine Vautrin, ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles et M. Yannick Neuder, ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins.

Je vous précise que cette audition fait l'objet d'une captation vidéo. Elle est diffusée en direct sur le site internet du Sénat et sera consultable en vidéo à la demande.

Madame la ministre, monsieur le ministre, l'Assemblée nationale est saisie, en nouvelle lecture, du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025. Le Gouvernement a engagé lundi sa responsabilité sur l'article liminaire et la première partie de ce texte. Si la motion de censure examinée cet après-midi n'est pas adoptée, il est vraisemblable que le Gouvernement procède de la même façon sur les deuxième puis troisième parties du PLFSS. Dès lors, le Gouvernement dispose dès à présent d'une vision claire du texte dont devrait être saisi le Sénat la semaine prochaine si aucune motion de censure n'est adoptée d'ici là.

Madame la ministre, monsieur le ministre, je vais sans plus attendre vous laisser la parole pour nous présenter l'équilibre de ce PLFSS. Vous pourrez notamment nous préciser en quoi il se rapproche ou diffère des conclusions de la commission mixte paritaire du 27 novembre dernier. Les membres de la commission pourront ensuite vous interroger, en commençant par Elisabeth Doineau, rapporteure générale, et les rapporteurs de branche qui le souhaiteront.

Mme Catherine Vautrin, ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles. – Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, je crois que nous pouvons dire que ce PLFSS a vécu un parcours quelque peu inédit. Vous aviez pu adopter ce texte, qui a ensuite fait l'objet d'un accord en commission mixte paritaire, ce qui est suffisamment rare pour être souligné. La censure a conduit l'Assemblée nationale à réexaminer ce texte à partir de la copie issue du Sénat. L'ensemble du PLFSS devrait faire l'objet d'un recours au 49.3.

Nous sommes le 5 février et nous avons besoin que notre pays se dote des documents financiers dont il a besoin pour fonctionner. Plutôt que de faire un long propos introductif, il me semble important de retracer avec vous les apports et les évolutions qui sont intervenus tout au long de ces différentes étapes. Yannick Neuder abordera plus particulièrement la partie santé.

Nous gardons une partie très substantielle de vos travaux. Pour ne citer que cinq points importants, je mentionnerai d'abord la taxe soda : vous aviez adopté un barème plus incitatif et inspiré de ce qui fonctionne au Royaume-Uni ; nous conservons cette logique.

Ensuite, si nous voulons préserver notre modèle, il est important de lutter contre la fraude. Vous avez adopté de nombreux amendements – je pense notamment à ceux de la sénatrice Goulet –, et nous en retenons plusieurs. La carte Vitale sera sécurisée avec une accélération du déploiement de l'application électronique « carte Vitale sécurisée » d'ici au 31 octobre 2025.

Par ailleurs, les contrôles liés au versement de pension de retraite à l'étranger seront renforcés, et les échanges de données entre l'assurance maladie et les complémentaires santé seront simplifiés. Les professionnels des établissements de santé seront fortement incités à l'utilisation du dossier médical partagé et nous conservons l'amendement de Mme la rapporteure Corinne Imbert sur ce sujet.

Vous avez porté plusieurs réformes clés, en soutien des acteurs de l'autonomie que sont les départements et les Ehpad, notamment la réforme des concours d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de prestation de compensation du handicap (PCH). Nous franchissons une première étape de simplification et de convergence des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux départements. Nous réduisons le nombre de concours de 13 à 9, l'objectif étant d'alléger la charge administrative de 200 millions d'euros supplémentaires en 2025, afin de maintenir le taux de compensation de l'APA et de la PCH et d'accompagner la dynamique démographique, ainsi que le soutien aux aides à domicile. Nous prévoyons un effort particulier sur les outre-mer, avec une hausse du taux de compensation de l'APA de 5 % dès 2025 pour faire face au défi du vieillissement. Nous poursuivons les discussions avec les départements pour fixer dès 2026 un taux cible de convergence qui tienne compte des spécificités de chaque territoire.

J'en viens à la fusion des sections soins et dépendance en Ehpad. Nous savons combien cette réforme est importante pour harmoniser le financement de ces structures et assurer un traitement égal des résidences sur l'ensemble du territoire. La censure a repoussé son application, initialement prévue en janvier 2025, mais le Gouvernement s'engage à la mettre en œuvre dès juillet 2025. En d'autres termes, nous maintenons une expérimentation de deux ans avant la généralisation en 2027. C'est donc la durée de l'expérimentation qui sera un peu réduite.

Vous aviez souhaité rendre plus progressive l'augmentation nécessaire des cotisations employeurs à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL). Nous vous suivons, avec une augmentation lissée sur quatre ans et non plus sur trois ans. Cela donne un peu d'air aux hôpitaux, aux Ehpad et aux collectivités locales concernées.

Vous avez identifié des niches sociales à réformer pour rendre l'effort de chacun plus juste. Je pense aux attributions gratuites d'actions. Nous retenons la disposition.

Le travail que vous avez mené conduisait à un déficit de sécurité sociale pour 2025 inférieur à 16 milliards d'euros.

Lors de la réunion de la commission mixte paritaire (CMP), au-delà d'un certain nombre d'ajustements partagés, il y a eu deux évolutions importantes que nous conservons. Sur les allègements généraux de cotisations, vous aviez proposé une réforme conduisant à un rendement de 3 milliards d'euros. La commission mixte a abouti à un compromis, avec un rendement de 1,6 milliard d'euros. Nous n'avons pas touché à cette approche, compte tenu de la situation actuelle du marché de l'emploi.

Vous aviez en outre proposé sept heures de travail supplémentaires par mois pour financer la branche autonomie. Je comprends évidemment l'esprit de cette proposition, mais le débat n'est pas mûr et nous ne la reprendrons donc pas. Le financement de l'autonomie à long terme reste néanmoins un sujet majeur sur lequel nous avons à travailler.

Toutes ces évolutions conduisaient, à l'issue de la CMP, à un déficit pour 2025 autour de 18 milliards d'euros.

Mais c'était au début du mois de décembre, nous sommes au début du mois de février et la censure a eu un coût. D'abord, les retraites ont été revalorisées au 1^{er} janvier dernier à hauteur de 2,2 %, pour un coût de 2,5 milliards d'euros. Il avait été acté juste avant la censure l'abandon du ticket modérateur sur les médicaments, pour un coût de 500 millions d'euros. Un certain nombre de mesures d'économie ou de freinage de la dépense devaient intervenir au 1^{er} janvier, mais elles ont été décalées, ce qui explique une partie de l'augmentation mécanique de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) que vous aviez adopté. Compte tenu de ce que je viens de décrire, cette augmentation aurait dû mécaniquement se situer entre 2,9 % et 3 %, mais nous avons, comme vous le savez, mené des discussions pour mettre en place un texte de compromis qui nous a conduits à vous proposer des évolutions supplémentaires.

L'ensemble des ministres du pôle santé et Amélie de Montchalin ont écouté chacun des groupes représentés à l'Assemblée nationale et au Sénat. Nous avons décidé d'abandonner la hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales, pour un coût de 400 millions d'euros. Cela nous conduira à demander une contribution aux organismes complémentaires qui ont augmenté leurs tarifs en anticipant légitimement cette hausse prévue à

l'origine. Cette demande ne sera pas dans le PLFSS à cause de la règle de l'entonnoir, mais elle devrait faire l'objet d'un texte *ad hoc*. Nous avons également décidé d'augmenter l'Ondam pour donner davantage de moyens aux hôpitaux et aux Ehpad : il sera ainsi en hausse de 3,4 %, soit 9 milliards d'euros supplémentaires par rapport à 2024, l'Ondam hospitalier augmentant, lui, de 3,8 %.

Cette augmentation des moyens de 1 milliard d'euros permettra d'améliorer la situation financière des hôpitaux et leur capacité à offrir les soins de qualité que nos concitoyens attendent. Vous aviez fait le premier pas avec le lissage de l'augmentation des cotisations à la CNRACL et nous allons un peu plus loin avec ce milliard supplémentaire. Nous avons également renforcé l'effort que vous aviez engagé en faveur des Ehpad en proposant 300 millions d'euros. Vous le savez tous, 66 % des Ehpad sont en déficit en 2023, contre 27 % en 2020. C'est un signal d'alerte très fort.

J'ajoute que, avec le rapporteur général de l'Assemblée nationale, et en lien avec votre président et Mme la rapporteure générale, j'ai fait porter un effort supplémentaire sur un certain nombre d'opérateurs et d'agents sanitaires dans une logique de gel des dépenses par rapport à 2024.

En 2024, le déficit de la sécurité sociale était de 18 milliards d'euros. Avec ce texte, compte tenu des effets de la censure et compte tenu des compromis que nous avons collectivement faits, le déficit devrait se situer aux alentours de 22,1 milliards d'euros. Évidemment, je ne vais pas vous dire que nous pouvons nous satisfaire de cette situation, mais si nous ne votons pas le PLFSS, nous aurions 30 milliards d'euros de déficit.

Nous devons collectivement trouver des solutions pour pérenniser le financement de notre système de protection sociale. Aussi, dès ce PLFSS définitivement adopté, je vous proposerai d'engager un travail de fond sur le virage démographique, de la naissance à la fin de vie. Alors que nous venons de célébrer le quatre-vingtième anniversaire de la sécurité sociale, de grands défis se présentent devant nous.

M. Yannick Neuder, ministre auprès de la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, chargé de la santé et de l'accès aux soins. – J'ai eu la grande chance de participer à la commission mixte paritaire en tant que rapporteur général du budget de la sécurité sociale à l'Assemblée nationale, ce qui me donne une bonne vision de l'évolution de ce texte.

Il y a pour moi un sujet fondamental, qui a été évoqué dans le discours de politique générale du Premier ministre, c'est la pluriannualité. Nous avons tous bien conscience que le trou de la sécu ne va pas pouvoir se résorber sur un seul exercice budgétaire. Il en faudra plusieurs, si et seulement si nous réussissons à mener un certain nombre de réformes structurelles aussi compliquées les unes que les autres. J'espère néanmoins que nous allons pouvoir assez rapidement décliner cette pluriannualité avec les établissements de santé.

Par ailleurs, en tant que sénateurs, vous êtes sensibles, je le sais, au rôle d'employeurs des collectivités locales et des structures hospitalières. L'allongement du délai pour la réforme des cotisations CNRACL permettra de ne pas trop affecter les soins. Le milliard d'euros supplémentaires constituera une vraie bouffée d'oxygène pour le système hospitalier.

Il faut néanmoins faire des économies : à cet égard, les sénateurs sont en général plus raisonnables que les députés. Mais prenons garde de créer des usines à gaz, notamment avec les prescriptions. Nous aurons une loi de simplification, d'ici à l'été, qui aura vocation à simplifier la vie des professionnels, pour un meilleur accès aux soins de nos concitoyens.

Nous devons porter une attention particulière au problème des transports, mais la question ne se pose pas dans les mêmes termes pour la ruralité et pour la ville. Dans un certain nombre de territoires, le transport est fondamental pour l'accès à la chimiothérapie, à la radiologie, à la dialyse. Soyons vigilants et n'hésitons pas à mener des expérimentations avec les collectivités, car le budget de la sécurité sociale ne peut supporter à lui seul ces coûts induits.

Toujours en ce qui concerne la territorialisation des actions, il y a un travail à mener sur les laboratoires de biologie et la radiologie de proximité, avec en filigrane les risques de financiarisation. Votre commission a fait un rapport sur le sujet qui nous a beaucoup inspirés. Nous travaillons avec la Caisse nationale d'assurance maladie sur la territorialisation de ces structures en prenant l'exemple des pharmacies, qui peuvent jouer un rôle structurant important dans certains territoires.

Je regrette pour ma part l'abandon de l'Ondam prévention, qui nous permettrait d'avoir une vision précise de ce que nous consacrons à la prévention. Il est bien évident que les retours sur investissements ne seront pas visibles demain, mais il faut s'inscrire, encore une fois, dans le temps long, dans la pluriannualité. C'est valable pour les grandes pathologies cardiovasculaires, mais également pour la santé mentale ou le cancer, qui représentent deux tiers de nos dépenses d'assurance maladie.

La journée mondiale contre le cancer a rappelé hier ces axes stratégiques. Nous poursuivons ces efforts avec la vaccination contre le papillomavirus - il faut porter le fer contre tous les obscurantismes à cet égard -, et la prise en charge à 100 % pour le cancer du sein. Il faut bien entendu trouver les financements adéquats. Je pense aussi à la prise en charge de la maladie de Charcot, qui concerne plus le médico-social, mais qui reste un sujet fondamental.

Il y a enfin le sujet des ratios : 2027, c'est demain, et ces trois ans correspondent au temps de formation d'une promotion d'infirmiers. Ne perdons pas de temps pour travailler avec les régions sur la formation paramédicale.

Sur la prévention, nous devons engager les mutuelles, en distinguant ces dernières et le système assurantiel. Il faut être prudent pour que ce ne soit pas un grand fourre-tout. Il s'agit d'identifier précisément les structures les plus à même d'exercer ce rôle de prévention.

Les élus locaux sont également conscients de l'importance de l'accès aux soins pour l'attractivité de leurs territoires. On ne trouve pas un maire ou un président d'établissement public de coopération intercommunale qui s'en désintéresse.

Vous le savez, certains envisagent d'appréhender le grand âge dans le cadre assurantiel. Cela fait partie des pistes de travail de la Mutualité française.

Nous avons abandonné l'idée de toucher aux tickets modérateurs, renonçant à 1 milliard d'euros d'économies sur la santé des Français. En contrepartie, nous nous engageons à être beaucoup plus efficaces dans la lutte contre les fraudes. Le Haut Conseil pour le financement de la protection sociale évalue le coût du phénomène à 13,5 milliards d'euros. Avec un fort engagement des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses d'allocations familiales, il s'agit de déployer dans tous les territoires des pôles d'appui pour s'attaquer à ces fraudes. L'idée est non pas d'embêter les professionnels de santé, mais de traquer les filières organisées sur internet qui proposent des ordonnances ou des bons de transport falsifiés.

L'option biométrique n'a pas été retenue pour la carte Vitale. Peut-être devons-nous nous inspirer de ce qui a été fait pour les cartes bancaires avec les applications pour smartphones, un dispositif assez sécurisé. Une expérimentation de carte Vitale digitalisée est déjà menée dans certains territoires.

Le sujet de la santé mentale avait été mis en avant par Michel Barnier. Nous souhaitons poursuivre cet engagement en trouvant des financements, là encore sur une base pluriannuelle.

Enfin, le Premier ministre a affirmé sa volonté de développer les soins palliatifs. Dans un premier temps, une enveloppe de 1 milliard d'euros sur dix ans sera débloquée. Mais les moyens financiers ne sont pas tout : il faut une véritable politique de formation des professionnels en appui. L'accent sera particulièrement mis sur les outre-mer, qui vivent une situation difficile à cet égard.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. - Ma première question porte sur l'atterrissage. On devait être à 16 milliards d'euros avec Michel Barnier ; en sortie de commission mixte paritaire, on était à 18,3 milliards d'euros. Madame la ministre, à combien évaluez-vous le déficit prévisible aujourd'hui ?

Ensuite, estimez-vous que le mécanisme de l'Ondam est encore crédible ? L'Ondam est censé être un outil de pilotage, mais nous ne pilotons rien en réalité. À la veille de nous pencher sur ce PLFSS en novembre au Sénat, on nous annonçait même une hausse supplémentaire de dépenses de 1 milliard d'euros sur les médicaments.

Enfin, quelle est votre analyse du déficit global des hôpitaux, qui continue à se creuser ? La Fédération hospitalière de France (FHF) nous a encore alertés sur ce point la semaine dernière.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour la branche maladie. – Comment justifier auprès des Français cette augmentation de l'Ondam pour 2025 ? Comment faire en sorte que ces dépenses supplémentaires soient réellement efficaces ? Vous avez parlé d'efficience, il y a des dispositions dans ce texte pour la ville : peut-on envisager plus d'efficience à l'hôpital ?

Sur la situation financière des établissements de santé, entendez-vous réétudier les modalités de compensation des charges, qui pèsent chaque année à hauteur de 11 milliards d'euros sur les établissements de santé et qui alimentent un déficit hospitalier jamais vu ?

L'évolution du déficit de la branche maladie montre que le Ségur de la santé n'a pas été financé et continue de peser sur les équilibres. Quelle stratégie de redressement envisagez-vous ?

Sur la régulation, comment comptez-vous faire appliquer les mesures portées par l'article 15 du texte, environ 600 millions d'euros, sur les secteurs de l'imagerie médicale et du transport, alors que la période pour la mettre en œuvre est plus réduite ? En clair, est-ce que les baisses de prix risquent d'être plus importantes que prévu ?

Par ailleurs, à la veille de la discussion du PLFSS, vous avez découvert que nous aurions moins de recettes sur les remises de médicaments, à hauteur de 1,2 milliard d'euros. Est-ce que les discussions ont repris avec les industriels ? Où en est-on à ce sujet ?

Enfin, y a-t-il des mesures réglementaires cachées dans ce PLFSS ?

Mme Pascale Gruny, rapporteur pour la branche vieillesse. – La participation des retraités à l'effort budgétaire, initialement prévue dans ce PLFSS, a finalement été rejetée du fait de l'adoption de la motion de censure. Avez-vous définitivement renoncé à toute mesure en ce sens ?

Est-ce que le Gouvernement compte revenir sur la réforme des retraites de 2023 après la mission flash annoncée par le Premier ministre ? Quelles marges de manœuvre avons-nous avec ce niveau de déficit ?

Enfin, concernant la retraite des agriculteurs, il faut avoir en tête la date du 1^{er} janvier 2026. La clause de sauvegarde pour le mois de mars 2028 ne doit être que très exceptionnelle.

M. Olivier Henno, rapporteur pour la branche famille. – Ce n'est pas parce que la branche famille ne connaît pas de déficit qu'il faut éluder toute réforme structurelle. Au-delà du PLFSS, quel est votre agenda sur la réforme des modes de garde, sur l'attractivité du métier d'assistante maternelle, sur le recrutement dans les crèches ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour la branche autonomie. – Quelle date envisagez-vous désormais pour la fusion des sections soins et dépendance des Ehpad, qui devait intervenir le 1^{er} janvier 2025 ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. – Pour être très concrète sur les questions de Mme Doineau, l'atterrissage est à 22,1 milliards d'euros, même s'il faut toujours rester prudent sur les grands équilibres.

En ce qui concerne l'Ondam, tout est fait pour qu'il soit le plus sincère possible. Comme l'a dit Yannick Neuder, il faut se placer dans une logique de pluriannualité. C'est absolument indispensable.

La FHF a raison de vous alerter sur les déficits hospitaliers importants, avec notamment 1 milliard d'euros pour l'oxygène.

Soyez rassurée, madame Imbert, il n'y a pas de mesures réglementaires cachées. Le décret sur la CNRACL a été pris et le décret sur les indemnités journalières interviendra bientôt. Nous sommes totalement transparents. Par ailleurs, nous sommes en discussion avec Les entreprises du médicament (Leem), car nous avons clairement un problème avec les prix.

En ce qui concerne la retraite des agriculteurs, madame Gruny, nous sommes très vigilants. Nous avons bien pris soin d'intégrer le coût de la loi du 13 février 2023 visant à calculer la retraite de base des non-salariés agricoles en fonction des vingt-cinq années d'assurance les plus avantageuses, dite Dive, dans le PLFSS. L'achèvement de la mise en œuvre de cette réforme est bien prévu pour 2028.

Sur la branche famille, l'enfance, les modes de garde, nous devons nous atteler à une réforme d'ensemble. J'en profite pour dire un mot sur le décret concernant les microcrèches. Nous souhaitons qu'elles obéissent aux mêmes règles que les crèches de petite taille et je m'insurge contre le communiqué de presse qui laisse entendre qu'il y aurait des licenciements. Il n'y aura aucun licenciement, puisque ces mesures ne concernent que les nouvelles recrues à partir de 2026.

Enfin, madame Deseyne, la fusion des sections se mettra en place le 1^{er} juillet 2025, ce qui occasionnera, je le reconnais, quelques difficultés de double comptabilité.

M. Yannick Neuder, ministre. – Cette revalorisation de l'Ondam répond à une exigence de sincérité. Les efforts potentiels à hauteur de 10 milliards d'euros auraient sans doute été trop durs à digérer, notamment pour les assurés. Il faut toujours avoir à l'esprit l'acceptabilité des réformes que nous proposons.

J'ai un autre chiffre à vous donner : sans PLFSS depuis le 1^{er} janvier, ce sont quelque 30 millions d'euros que nous perdons chaque jour. Plus vite nous aurons un PLFSS, mieux ce sera, même si certaines mesures ont dû être repoussées dans le temps. Il faut que le dialogue puisse se mettre en place, notamment avec la Cnam.

Le déficit hospitalier cumulé se monte à 3,5 milliards d'euros. Ne revenons pas sur le Ségur, qui est arrivé à un moment opportun, en pleine crise du covid-19. Grâce à ces revalorisations de nos professionnels, nous avons rattrapé notre retard par rapport à nos partenaires européens, mais la compensation a été probablement insuffisante, ce qui explique en grande partie ces déficits structurels. Et quand le taux de marge est dégradé, c'est toute la capacité d'investissement qui en pâtit.

Enfin, les discussions vont naturellement reprendre avec les industriels et le Leem, en lien avec Matignon, qui souhaite s'impliquer fortement sur ces sujets. Vous avez raison, le dépassement de 1,2 milliard d'euros pour les médicaments que nous avons appris en pleine discussion du PLFSS est tout à fait anormal. Aussi, une mission conjointe de l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des finances a été diligentée pour faire la lumière sur ce dérapage et la fiabilité des chiffres et des projections dont nous disposons. Sans cela, aucun pilotage n'est possible.

M. Khalifé Khalifé. – Le Ségur a été étendu à beaucoup de structures du médico-social. Où en êtes-vous de vos discussions avec les départements pour compenser ces coûts ?

Par ailleurs, la prévention a un coût astronomique pour des résultats par définition peu visibles. Il importe sans doute de remettre ce sujet à plat et d'imaginer une politique que la population puisse s'approprier.

Mme Christine Bonfanti-Dossat. – Je veux revenir sur les soins palliatifs. Une stratégie décennale est mise en place avec, à terme, la présence d'une unité de soins par département. Nous partons de loin : des dizaines de personnes meurent chaque jour sans avoir pu bénéficier de tels soins. Pensez-vous avoir les moyens de vos ambitions ?

Mme Anne-Sophie Romagny. – Où en est la revalorisation des actes infirmiers libéraux ?

Mme Raymonde Poncet Monge. – Vous avez des objectifs de dépenses revus à la baisse pour vous caler sur des données macroéconomiques différentes en matière d'inflation. Avez-vous également révisé la donnée macroéconomique de croissance et tenu compte de l'effet récessif des deux budgets sur celle-ci ?

Est-ce que le milliard d'euros supplémentaires dont vous parlez intègre les 300 millions d'euros libérés par l'étalement des paiements à la CNRACL ? Il faut bien voir qu'il s'agit juste d'un décalage de trésorerie sur quatre ans.

Par ailleurs, nous nous félicitons vraiment de l'augmentation de l'aide pour les Ehpad en grande difficulté financière. C'est beaucoup plus réaliste par rapport à la situation. Cependant, vous le dites vous-même, ceux qui ne sont pas encore en grande difficulté aujourd'hui le seront certainement demain. Le problème est devant nous. J'aimerais en outre savoir si vous avez estimé les besoins des services à domicile. À ce sujet, avez-vous un calendrier pour une loi de programmation pour l'autonomie ?

Mme Brigitte Micouleau. – J'aimerais savoir si une réflexion pourrait être menée sur un abattement supplémentaire sur la clause de sauvegarde des médicaments.

Mme Laurence Muller-Bronn. – Pour faire suite à ma question d'actualité au Gouvernement, mercredi dernier, sur les crédits covid, pouvez-vous me dire quels crédits seront consacrés aux covid longs sur l'ensemble des crédits et m'indiquer la manière dont ils seront ventilés sur le territoire ?

Mme Céline Brulin. – Quand le coût des exonérations de cotisations sociales atteint quatre fois le déficit que vous annoncez, est-ce que vous pensez soutenable que l'effort demandé aux entreprises ne soit que de 1,6 milliard d'euros ? J'ai des arguments pour récuser ce que vous expliquez sur le coût du travail, mais le temps imparti ne me permet pas de les développer.

Vous avez déclaré souhaiter que l'augmentation du taux de cotisation de la CNRACL pour les hôpitaux ne vienne pas en conflit avec le soin. Pensez-vous que cela soit possible compte tenu des déficits que connaissent nos établissements hospitaliers ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. – Sur le sujet du Ségur et du coût de l'accord, soit 600 millions d'euros, 300 millions sont pris sur l'objectif général de dépenses (OGD), 130 millions sont versés par l'État et 170 millions relèvent des départements, avec lesquels nous discutons dans le cadre d'un comité des financeurs à venir. Nous comprenons leurs difficultés, mais cette discussion doit se dérouler dans le cadre plus global des relations de l'État avec les départements.

Sur la question des soins palliatifs, j'assume totalement l'engagement du Gouvernement, à savoir 1 milliard d'euros sur dix ans, soit 100 millions d'euros par an. Effectivement, nous souhaitons qu'il y ait une unité de soins palliatifs pour adultes par département. Très concrètement, voilà quinze jours, j'étais à l'hôpital de Flers, dans l'Orne, qui n'a pas de service spécifique et où nous avons un projet de création de dix lits de soins palliatifs. Yannick Neuder est très engagé sur ce sujet. Quinze départements supplémentaires seront concernés en 2025.

Madame Poncet Monge, vous avez raison, il y a bien 250 millions d'euros en plus grâce à l'étalement des versements CNRACL.

Enfin, madame Brulin, vous ouvrez un débat de fond qui traverse le champ politique. Nous sommes plutôt partisans d'un allègement des charges pour aider les entreprises. Par ailleurs, nous ne sommes pas là pour opposer la CNRACL et le soin. Je suis à l'origine de l'enquête Igas-IGF qui a mis en lumière ce problème de ressources pour les retraites des agents des hôpitaux et de la fonction publique territoriale. C'est le minimum que nous leur devons et, j'y insiste, cela n'enlève rien au problème structurel de financement de l'hôpital. Une enquête récente nous montre que les petits hôpitaux, c'est-à-dire à moins de 20 millions d'euros de chiffre d'affaires, n'ont pas retrouvé la situation d'avant-covid, quand ceux à plus de 150 millions d'euros l'ont retrouvée voire dépassée. Nous devons mener un travail de fond sur cette question.

Je le répète, le bien-vieillir ne doit pas être notre seule préoccupation ; nous devons mener une réflexion d'ensemble sur tout le cycle de la vie, de la naissance à la mort.

M. Yannick Neuder, ministre. – Monsieur Khalifé, on peut estimer le coût annuel de la prévention à 8 milliards d'euros, mais, là encore, les effets des grands programmes, par exemple sur le risque cardiovasculaire, et les économies réalisées ne peuvent se mesurer que sur la durée.

Sur les soins palliatifs, il y a un engagement financier, mais un effort doit être fait sur la formation, notamment la formation continue, avec des passerelles à créer. Je ne pense pas que ces métiers apparaissent comme une vocation chez les jeunes, donc il faut réussir à attirer progressivement les professionnels dans cette voie. C'était l'objet d'une proposition de loi que j'avais déposée en 2023 et qui avait été adoptée par l'Assemblée nationale.

En ce qui concerne les revalorisations, nous sommes globalement sur un montant de 10,9 milliards d'euros. Nous travaillons plus spécifiquement avec les syndicats sur les revalorisations des infirmières et infirmiers libéraux. C'est absolument indispensable si nous voulons réussir les virages domiciliaires et ambulatoires et diminuer ainsi les durées moyennes d'hospitalisation. N'oublions pas les exigences du maillage territorial. Nous devons être transparents avec cette profession. La loi de 2023 sur l'accès direct aux soins infirmiers ne servira à rien si elle ne s'accompagne pas de revalorisation des tarifs. Par exemple, la prise de sang à domicile est à 6,90 euros, la deuxième étant à 50 % et la troisième gratuite. C'est trop peu attractif, et cela peut expliquer que 50 % des infirmières libérales envisagent de changer de métier dans les cinq ans.

Sur la croissance, madame Poncet Monge, nous avons retenu un taux de 0,9 %.

Sur les covid longs, nous apprenons en marchant. Il y a plus de 200 symptômes et la physiopathologie de cette maladie est encore mal connue. Il y a des enveloppes d'amorçage et des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ont été créés. Chacune des ARS s'est emparée du sujet pour assurer un juste accès aux soins. Ces dispositifs tendent à s'éteindre, mais normalement, chaque patient ou chaque professionnel de santé trouve une solution *a minima* dans son département pour une prise en charge du covid long, qui est une prise en charge pluridisciplinaire compte tenu de ses symptômes, multiples et variés.

Au niveau de la prise en charge, j'ai interrogé précisément le centre hospitalier universitaire (CHU) de Nancy. Le patient est hospitalisé sous le régime de la tarification à l'activité (T2A) et selon le principe du groupe homogène de séjours (GHS). Il n'y a pas besoin de tarification particulière. C'est le droit commun qui s'applique. Après, il faut sans doute former des professionnels sur cette pathologie spécifique, mais c'est un autre sujet.

Mme Florence Lassarade. – Avez-vous un budget pour communiquer auprès de la population sur le PLFSS ? Je crois que nos concitoyens n'appréhendent pas la santé de façon financière et ont besoin de voir comment tout cela s'articule.

Par ailleurs, je me réjouis que la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) travaille sur la iatrogénie médicamenteuse. À ce sujet, envisagez-vous d'harmoniser les logiciels hospitaliers, dont l'hétérogénéité est dangereuse ? Je l'ai constaté à titre personnel.

Enfin, c'est aussi en tant que pédiatre que je vous adresse ma troisième question : peut-on se résoudre à figurer au vingt-deuxième rang européen en matière de mortalité infantile ? En d'autres termes, ne trouvez-vous pas dangereux d'abandonner peu à peu le recrutement et la formation de spécialistes de la néonatalogie et de la petite enfance ? Cette dernière question ne concerne pas le PLFSS, mais elle me paraît essentielle.

Mme Monique Lubin. – *Quid* du projet de transformation du service du contrôle médical, très contesté par les salariés ? Bien que cette mesure ait été rejetée par l'Assemblée nationale, elle semble faire sa réapparition.

Faites-vous vôtres les propos de la ministre du travail sur la fiscalisation de la sécurité sociale ? Nous y sommes fortement opposés, car cela tendrait à revenir sur le travail des partenaires sociaux et serait très dangereux en « période de vaches maigres ».

Faites-vous vôtre la théorie de la dette cachée de notre régime de retraite ? Le danger vient du vieillissement de la population, qui augmentera les dépenses de santé. Tout le monde parle de ce déficit depuis des années, mais aucune mesure n'est prise !

Mme Émilienne Poumirol. – La durée prévue pour cette audition me paraît un peu juste compte tenu des enjeux du texte.

M. Philippe Mouiller, président. – L'examen par l'Assemblée nationale d'une motion de censure aujourd'hui même a emporté l'audition prévue cet après-midi...

Mme Émilienne Poumirol. – Il me semble regrettable d'examiner des sujets comme la santé, l'autonomie ou le vieillissement uniquement sous l'angle du PLFSS. Il faudrait pouvoir discuter sur le fond. Quant à la censure du précédent gouvernement évoquée trois fois par Mme la ministre, elle n'aurait pas eu lieu sans la dissolution !

Sur le déficit de la sécurité sociale, des négociations ont bien eu lieu et nous avons obtenu quelques avancées. Nous n'y aurions pas participé si nous n'avions eu aucun espoir à cet égard... La réduction de la trajectoire financière ne se profile pas pour les années à venir, car vous n'envisagez jamais de recettes nouvelles. Comme je l'ai dit à la commission mixte paritaire, je regrette que l'on n'ait pas tenu l'objectif des 4 milliards d'euros d'allègements de cotisations, qui a été ramené à 1,6 milliard d'euros. Quand abordera-t-on vraiment le problème essentiel, à savoir l'équilibre entre les dépenses et les recettes ?

Mme Annick Petrus. – Lors de l'examen du PLFSS au Sénat, j'ai porté un amendement visant à protéger le régime Lodeom d'exonération des charges sociales patronales en outre-mer, des effets indirects de la refonte des allègements généraux. Pouvez-vous nous garantir que cette disposition sera maintenue au cours de la discussion parlementaire ? Sinon, quelles solutions envisagez-vous pour protéger les entreprises ultramarines d'un choc économique non anticipé ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. – Madame Lassarade, nous avons évidemment une direction de la communication au ministère. Mais pour le PLFSS proprement dit, les informations proviennent de la sécurité sociale. Je suis prête à faire le relais à ce sujet.

J'avais pris un engagement sur les métiers du « Prendre soin » – vous êtes plusieurs à l'avoir abordé en filigrane –, car nous manquons de bras. À ce propos, j'ai été interpellée par des professionnels, qui réclamaient la mise en valeur de leurs missions.

Le recrutement des internes en médecine soulève des difficultés. Lors de mon déplacement à Strasbourg dans un service consacré à la natalité et à l'infertilité – je suis, tout comme vous, très soucieuse de la mortalité infantile –, le personnel a notamment évoqué l'épineux problème du choix des étudiants sur des spécialités qui exigent des gardes.

Madame Lubin, les propos de la ministre chargée du travail et de l'emploi concernant la fiscalisation lui appartiennent ; il n'y a pas de fiscalisation. Au demeurant, nous devons engager une vraie réflexion de fond sur notre modèle. Avec tout le respect que j'ai pour votre commission, une audition d'une heure trente ne suffit pas... Je veux que nous travaillions sur tous les aspects qui nous intéressent, de la natalité au vieillissement. À ceux qui dénoncent notre immobilisme, je rappellerai qu'une vaste consultation sur le grand âge a été organisée en 2020. Or, sur les 13 milliards d'euros attendus à l'échéance de 2030, nous sommes à 11 milliards d'euros. Figurent notamment dans la trajectoire actuelle les équivalents temps plein (ETP) en Ehpad, la fusion des sections, la réforme des concours, la hausse des salaires, etc. Il faut évidemment aller plus loin, en commençant par apporter dès maintenant des réponses et en s'attelant au sujet de fond.

En ce qui concerne les retraites, nous avons confié la mission aux partenaires sociaux. Si d'aucuns commencent à dire qu'il faudrait faire ceci ou cela...

Mme Monique Lubin. - Ce n'est pas ce que j'ai dit.

Mme Catherine Vautrin, ministre. - J'entends bien, mais je me permets de vous répondre. La Cour des comptes rendra ses conclusions le 19 février, puis nous travaillerons sur le sujet.

Madame Petrus, nous garderons votre amendement sur le dispositif Lodeom, qui est important.

Pour ce qui est des allègements de charges des entreprises, le Gouvernement a opté pour les 1,6 milliard d'euros au lieu des 4 milliards d'euros.

Mme Raymonde Poncet Monge. - Plus exactement 3 milliards d'euros.

Mme Catherine Vautrin, ministre. - C'est ce que vous avez voté.

M. Yannick Neuder, ministre. - Sur la formation, il ne faut surtout pas entrer dans une compétition entre la médecine générale et les autres spécialités, et entre celles-ci en fonction de la lourdeur de la spécialité, la permanence des soins et les gardes. Comme l'ont montré mes travaux à la fin de 2023, les gouvernements successifs n'ont jamais pris conscience que le rapport au travail avait changé dans le monde médical et paramédical. Pour remplacer un généraliste, il faut désormais 2,3 nouveaux médecins. Or le nombre de professionnels formés n'a pas changé depuis 1970.

Par conséquent, former plus et mieux fait partie des travaux que je mène depuis longtemps avec Philippe Mouiller. J'espère que nous pourrons faire bouger les lignes en fonction des besoins des territoires et des capacités de nos universités. À cet égard, nous travaillons en collaboration avec Élisabeth Borne et Philippe Baptiste.

Sur la mortalité infantile et néonatale, nous ne pouvons nous satisfaire de la situation. Je serai très vigilant sur l'accès aux soins pour les plus jeunes - y compris les enfants à naître - et les plus âgés. Des marges de progression existent, notamment pour le diagnostic néonatal. Les demandes des différentes associations sont toutes légitimes, mais il faudra mettre en œuvre des réformes structurelles pour envisager les financements.

La mesure qui porte sur les CPAM, en particulier leurs services médicaux, avait été adoptée par le Sénat. Nombre de mes confrères m'ont ensuite alerté, craignant que leur dépendance à l'égard d'un directeur de caisse ne nuise à leur libre arbitre. Or un rapport de l'Igas a montré qu'un tel risque n'était pas fondé. De plus, ce modèle existe déjà pour les MSA. Cela nous permettra d'apporter une meilleure réponse aux usagers et d'effectuer des contrôles plus efficaces ; la fraude s'élève tout de même à 13,5 milliards d'euros et provient de filières très organisées. Pourquoi recentraliser le dispositif alors que nous voulons tous plus de services publics dans les territoires ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. - Je conclurai en abordant le handicap, à quelques jours du 11 février et du vingtième anniversaire de la loi de 2005. Une communication en conseil des ministres portera sur le bilan des actions menées et sur le long chemin qui reste à parcourir. En fin de semaine, le Gouvernement fera une annonce sur la prise en charge des fauteuils roulants.

M. Philippe Mouiller, président. - Merci à tous ! Nous entendons vos regrets concernant la durée de cette audition. Sachez que les ministres sont d'accord pour revenir après le PLFSS afin de réaborder un certain nombre de sujets.

Cette audition a fait l'objet d'une captation vidéo, [qui est disponible en ligne sur le site du Sénat.](#)

LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/plfss2025.html>