

N° 869

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 30 janvier 2025.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES,
EN NOUVELLE LECTURE, SUR LE PROJET DE LOI, ADOPTÉ PAR LE SÉNAT,
de financement de la sécurité sociale pour 2025,

PAR M. THIBAULT BAZIN

Rapporteur général, rapporteur pour les recettes, l'équilibre général et maladie, Député

M. GUILLAUME FLORQUIN

Rapporteur pour la branche autonomie, Député

M. LOUIS BOYARD

Rapporteur pour la branche famille, Député

MME SANDRINE ROUSSEAU

Rapporteure pour la branche vieillesse, Députée

M. PHILIPPE VIGIER

Rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, Député

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{ère} lecture : **325, 487, 480.**

Commission mixte paritaire : **638.**

Nouvelle lecture : **622.**

Sénat : 1^{ère} lecture : **129, 138, 130 et T.A. 29** (2024-2025).

Commission mixte paritaire : **168 et 169 et T.A. 40** (2024-2025).

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS DU RAPPORTEUR GÉNÉRAL	11
COMMENTAIRE DES ARTICLES	15
<i>Article liminaire</i> : Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour 2024 et 2025	15
PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2024	17
<i>Article 1^{er}</i> : Rectification des prévisions de recettes, des tableaux d'équilibre et des objectifs de dépenses pour 2024	17
<i>Article 2</i> : Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que de ses sous-objectifs	19
<i>Article 2 bis (nouveau)</i> : Rectification du montant Z pour 2024	20
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2025	21
TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2025	21
<i>Article 3</i> : Alignement de l'effort contributif des non-salariés agricoles sur celui des travailleurs indépendants dans le cadre de la réforme du mode de calcul de la pension de retraite de base	21
<i>Article 3 bis A (nouveau)</i> : Extension des missions du comité de suivi des retraites à la comparaison des situations des Français de l'Hexagone et des Français ultramarins.....	23
<i>Article 3 bis</i> : Affiliation au régime général des agents des Terres australes et antarctiques françaises pendant la durée de leur mission	24
<i>Article 3 ter</i> : Accès des médecins en cumul emploi-retraite au régime simplifié des professions médicales.....	26
<i>Article 3 quater A (nouveau)</i> : Exonération de cotisation d'assurance vieillesse pour les médecins exerçant en situation de cumul emploi-retraite	28

<i>Article 3 quater : Trajectoire de hausse progressive du taux global des cotisations et contributions des micro-entrepreneurs</i>	29
<i>Article 4 : Pérennisation du dispositif d'exonération de cotisations patronales lié à l'emploi des travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi et relèvement du plafond d'exonération totale de 1,20 Smic à 1,25 Smic</i>	32
<i>Article 4 bis : Extension aux coopératives d'utilisation de matériel agricole du bénéfice de l'exonération dite « TO-DE ».....</i>	34
<i>Article 4 ter (nouveau) : Extension aux coopératives de conditionnement des fruits et légumes du bénéfice de l'exonération dite « TO-DE »</i>	35
<i>Article 5 : Cumul de l'exonération applicable aux jeunes agriculteurs et des taux réduits de droit commun des cotisations maladie et famille</i>	37
<i>Article 5 bis A (nouveau) : Exonération de cotisations pour les agriculteurs à raison des revenus tirés de la location des gîtes ruraux</i>	38
<i>Article 5 bis : Diverses mesures d'aménagement de la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants</i>	42
<i>Article 5 ter : Application de la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants à Mayotte et allongement du délai d'une ordonnance.....</i>	44
<i>Article 5 quater : Rapport sur la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants...</i>	45
<i>Article 5 quinques (nouveau) : Étendre aux établissements publics de coopération intercommunale de l'exonération patronale pour l'emploi des aides à domicile dont bénéficient les centres intercommunaux d'action sociale</i>	46
<i>Article 5 sexies (nouveau) : Exonération de cotisations sociales à raison des prestations perçues par les volontaires du service civique.....</i>	47
<i>Article 6 : Réforme des allégements généraux de cotisations patronales.....</i>	50
<i>Article 6 bis (nouveau) : Augmenter le taux de la contribution patronale sur les actions gratuites</i>	57
<i>Article 6 ter (nouveau) : Étendre 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.....</i>	58
<i>Article 6 quater (nouveau) : Mutualiser les coûts liés à certaines maladies professionnelles des bénéficiaires de l'obligation d'emploi de travailleur handicapé pour le calcul des cotisations d'accidents du travail et maladies professionnelles</i>	59
<i>Article 6 quinques (nouveau) : Inclusion en 2026 et 2027 des entreprises du bâtiment et des travaux publics de Guadeloupe, de Martinique et de La Réunion dans les bénéficiaires du coefficient de compétitivité renforcée pour l'exonération dite « Lodeom »</i>	60
<i>Article 6 sexies (nouveau) : Expérimenter durant trois ans 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.....</i>	65
<i>Article 7 : Rationaliser les exonérations de cotisations sociales pour les contrats d'apprentissage, les entreprises d'armement maritime et les jeunes entreprises innovantes</i>	66
<i>Article 7 bis A (nouveau) : Plafonner la part de la rémunération d'un apprenti qui est exonérée de cotisations salariales</i>	67

<i>Article 7 bis B (nouveau) : Contribution de solidarité par le travail en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.....</i>	68
<i>Article 7 bis : Modification des moyens par lesquels les retraités résidant à l'étranger doivent justifier annuellement de leur existence.....</i>	72
<i>Article 8 : Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale.....</i>	74
<i>Article 8 bis A (nouveau) : Ajustement de l'exclusion du calcul des effectifs des entreprises utilisatrices des salariés mis à disposition par les groupements d'employeurs</i>	78
<i>Article 8 bis : Faire valider par les Urssaf l'immatriculation des entreprises étrangères sans établissement stable en France non agricoles.....</i>	80
<i>Article 8 ter : Diverses mesures de simplification du recouvrement et amélioration des échanges de données</i>	81
<i>Article 8 quater : Étendre aux organismes de recouvrement le droit de communication pour lutter contre la fraude</i>	83
<i>Article 8 quinques : Sécuriser le prélèvement des cotisations sociales des micro-entrepreneurs par les plateformes numériques.....</i>	84
<i>Article 8 sexies (nouveau) : Opposabilité des contrôles réalisés par une caisse à l'ensemble des risques.....</i>	87
<i>Article 8 septies (nouveau) : Obligation d'un organisme de sécurité sociale constatant des fraudes aux arrêts de travail d'en informer l'employeur</i>	89
<i>Article 8 octies (nouveau) : Habilitation des agents des organismes gestionnaire des régimes obligatoires chargés de la lutte contre la fraude à consulter le fichier des passagers aériens</i>	90
<i>Article 8 nonies (nouveau) : Annulation automatique de la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations d'un professionnel de santé frauduleux</i>	92
<i>Article 8 decies (nouveau) : Modification des règles applicables aux redressements en cas de récidive en matière de travail dissimulé.....</i>	94
<i>Article 8 undecies (nouveau) : Extension du 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.....</i>	95
<i>Article 8 duodecies (nouveau) : Renforcement des obligations déclaratives de certains employeurs afin de lutter contre le recours aux sociétés éphémères.....</i>	97
<i>Article 8 terdecies (nouveau) : Communication aux organismes de sécurité sociale et aux services de l'état civil de la décision de suspendre le versement de la retraite d'un pensionné résidant à l'étranger</i>	99
<i>Article 8 quaterdecies (nouveau) : Restriction de la délivrance d'attestations relatives aux obligations déclaratives et de paiement.....</i>	101
<i>Article 8 quindecies (nouveau) : Suspension des délais de prescription des procédures de recouvrement de cotisations pendant la procédure de dialogue et de conciliation</i>	102
<i>Article 9 : Clarifier les modalités d'appel et de calcul des clauses de sauvegarde M et Z....</i>	104
<i>Article 9 bis A (nouveau) : Réduction de l'assiette de la contribution sociale de solidarité pour les répartiteurs pharmaceutiques</i>	106
<i>Article 9 bis B (nouveau) : Améliorer l'information du Parlement sur les dépenses de produits de santé lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale..</i>	107

<i>Article 9 bis C (nouveau) : Suppression de l'exonération de taxe sur la valeur ajoutée pour les importations de prothèses dentaires par les dentistes ou les prothésistes dentaires....</i>	108
<i>Article 9 bis : Réforme du barème de la contribution sur les boissons contenant des sucres ajoutés.....</i>	109
<i>Article 9 ter A (nouveau) : Crédit d'une taxe sur les dépenses de publicité en faveur des boissons alcooliques à La Réunion</i>	112
<i>Article 9 ter B (nouveau) : Renforcement de la fiscalité sur les jeux d'argent et de hasard..</i>	114
<i>Article 9 ter C (nouveau) : Encadrement commercial et fiscal des sachets de nicotine à usage oral.....</i>	124
<i>Article 9 ter D (nouveau) : Augmentation de l'accise sur les produits du tabac</i>	126
<i>Article 9 ter : Étendre les remises aux médicaments biosimilaires et hybrides substituables ..</i>	134
<i>Article 9 quater : Taxe sur les publicités relatives aux prothèses auditives</i>	135
<i>Article 9 quinques (nouveau) : Mention sur l'avertissement ou la mise en demeure de la faculté de se faire assister d'un conseil</i>	137
<i>Article 9 sexies (nouveau) : Limitation à trois mois de la durée de suspension du délai de prescription des cotisations dans le cadre d'un contrôle</i>	138
<i>Article 9 septies (nouveau) : Mention, parmi les éléments obligatoires dans une contrainte, de l'information selon laquelle le cotisant peut se faire assister du conseil de son choix</i>	140
TITRE II – CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	141
<i>Article 10 : Compensation par l'État des pertes de recettes pour la sécurité sociale</i>	141
<i>Article 10 bis (nouveau) : Fixation en loi de financement de la sécurité sociale du montant de la minoration de la compensation des allégements généraux à l'Unedic</i>	142
<i>Article 11 : Approbation, pour l'année 2025, des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse</i>	144
<i>Article 12 : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du Fonds de réserve pour les retraites et du Fonds de solidarité vieillesse</i>	150
<i>Article 13 : Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes et allongement de la durée des ressources non permanentes auxquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut recourir</i>	151
<i>Article 14 : Approbation de l'annexe pluriannuelle.....</i>	152
TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2025	157
TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES.....	157
<i>Article 15 : Réguler les dépenses dans le champ conventionnel</i>	157
<i>Article 15 bis A (nouveau) : 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.....</i>	160

<i>Article 15 bis B (nouveau) : Lutter contre la fraude aux audioprothèses en renforçant les contrôles pesant sur le respect de leurs obligations par les audioprothésistes conventionnés</i>	161
<i>Article 15 bis : Régulation des centres de soins non programmés.....</i>	163
<i>Article 15 ter : Avancer la date d'entrée en vigueur de la réforme du financement au forfait de la radiothérapie</i>	166
<i>Article 15 quater : Rapport sur le financement des actes innovants de biologie</i>	167
<i>Article 15 quinques : Rapport sur l'indexation des tarifs des actes infirmiers sur l'inflation</i>	169
<i>Article 16 : Étendre le champ de l'accompagnement à la pertinence des prescriptions</i>	171
<i>Article 16 bis A (nouveau) : Échanges de données entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire</i>	173
<i>Article 16 bis B (nouveau) : Généralisation de la carte Vitale sécurisée et incitation financière des professionnels de santé acceptant la carte Vitale dématérialisée.....</i>	174
<i>Article 16 bis C (nouveau) : Réorganisation du service du contrôle médical du réseau de la branche maladie du régime général et des régimes agricoles</i>	175
<i>Article 16 bis D (nouveau) : Instauration d'une « taxe lapin » sanctionnant les rendez-vous médicaux non-honorés</i>	183
<i>Article 16 bis E (nouveau) : Inciter à une plus grande utilisation du dossier médical partagé....</i>	185
<i>Article 16 bis F (nouveau) : Restriction de la prescription d'arrêts de travail en télémedecine</i>	187
<i>Article 16 bis G (nouveau) : Remise d'un rapport sur la réforme du financement des établissements médecine, chirurgie et obstétrique et la question des coefficients géographiques</i>	188
<i>Article 16 bis : Généralisation de l'expérimentation permettant aux infirmiers de signer des certificats de décès</i>	190
<i>Article 16 ter : Établir une liste annuelle de mesures pour améliorer la pertinence des soins et remettre un rapport sur les travaux du Haut Conseil des nomenclatures.....</i>	192
<i>Article 16 quater (nouveau) : Possibilité pour les ordres des professions de santé de solliciter la Haute Autorité de santé pour réaliser l'évaluation d'actes ou de prestation .</i>	194
<i>Article 17 : Établir un cadre conventionnel destiné à réguler les dépenses de transport sanitaire en taxi</i>	195
<i>Article 17 bis A (nouveau) : Obligation pour les entreprises de transport sanitaire d'équiper l'ensemble de leurs véhicules d'un dispositif de géolocalisation certifié par l'assurance maladie et d'un système électronique de facturation intégré</i>	197
<i>Article 17 bis B (nouveau) : Dérogation au cadre juridique du transport sanitaire pour les entreprises proposant uniquement une offre de transport pour les personnes à mobilité réduite.....</i>	198
<i>Article 17 bis C (nouveau) : Demande de rapport sur la prise en charge anonymisée, en cas de violence intrafamiliale, des frais de transport pour un avortement</i>	199
<i>Article 17 bis D (nouveau) : Définition des conditions dans lesquelles un assuré retrouve ses droits à la sécurité sociale à son retour sur le territoire français</i>	200
<i>Article 17 bis : Généralisation du dispositif « Handigynéco »</i>	202

<i>Article 17 ter</i> : Révision de la périodicité des examens de prévention bucco-dentaires	203
<i>Article 17 quater</i> : Généralisation de l'expérimentation de centres de santé sexuelle d'approche communautaire	206
<i>Article 17 quinques</i> : Campagne de vaccination contre les infections à méningocoque dans les établissements scolaires.....	208
<i>Article 17 sexies</i> : Suppression de la condition d'adressage médical dans le cadre du dispositif Mon soutien psy.....	209
<i>Article 17 septies</i> : Étendre l'expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes en communauté professionnelle territoriale de santé.....	211
<i>Article 17 octies</i> : Expérimentation du remboursement des tests permettant de détecter une soumission chimique.....	213
<i>Article 17 nonies</i> : Rapport évaluant les modalités d'une distinction des dépenses de prévention dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie	215
<i>Article 18</i> : Plafonner les rémunérations des personnels non médicaux en intérim	216
<i>Article 18 bis (nouveau)</i> : Ajustements à la réforme du financement des établissements de santé.....	218
<i>Article 18 ter (nouveau)</i> : Prise en compte de l'impact de la concurrence transfrontalière dans le calcul du coefficient géographique.....	219
<i>Article 18 quater (nouveau)</i> : Intégrer la lutte contre les erreurs médicamenteuses évitables parmi les indicateurs du dispositif Ifaq.....	220
<i>Article 18 quinques (nouveau)</i> : Élargissement de la possibilité pour un élu local de continuer à exercer son mandat malgré le bénéfice d'indemnités journalières	221
<i>Article 19</i> : Lutter contre les pénuries des produits de santé	222
<i>Article 19 bis (nouveau)</i> : Obligation de renseigner un logiciel national de suivi des stocks pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, assortie d'un régime de sanctions	225
<i>Article 19 ter (nouveau)</i> : Réduire à un an le délai avant inscription automatique sur le groupe des médicaments biologiques substituables	227
<i>Article 20</i> : Pertinence des dispositifs médicaux numériques pris en charge par l'assurance maladie	229
<i>Article 20 bis (nouveau)</i> : Clarifier le cadre juridique applicable à la remise en bon état d'usage des dispositifs médicaux	230
<i>Article 20 ter (nouveau)</i> : Simplification des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements	232
<i>Article 21</i> : Réformer le modèle de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	235
<i>Article 21 bis (nouveau)</i> : Préciser l'âge des enfants pouvant bénéficier du parcours de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce des troubles du développement	236
<i>Article 21 ter (nouveau)</i> : Reconnaissance du statut d'infirmier coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	237
<i>Article 21 quater (nouveau)</i> : Aide exceptionnelle de 100 millions d'euros pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en difficulté financière	238

<i>Article 21 quinques (nouveau) : Généraliser la règle de récupération des indus applicables dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes pour la rémunération des professionnels libéraux à tous les établissements et services médico-sociaux</i>	239
<i>Article 21 sexies (nouveau) : Prolonger l'expérimentation du relayage à domicile des proches aidants.....</i>	240
<i>Article 22 : Aligner le mode de calcul de la pension de retraite de base des non-salariés agricoles sur le régime général</i>	241
<i>Article 23 : Revalorisation différenciée des pensions de retraite.....</i>	243
<i>Article 23 bis (nouveau) : Extension du bénéfice de l'action sociale du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants aux travailleurs indépendants exerçant à Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	246
<i>Article 24 : Améliorer l'indemnisation en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle et mieux prendre en compte le préjudice personnel.....</i>	248
<i>Article 24 bis (nouveau) : 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 »</i>	250
<i>Article 24 ter (nouveau) : 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</i>	251
<i>Article 24 quater (nouveau) : Adaptation du droit des prestations familiales et extension de l'assurance vieillesse des aidants à Mayotte</i>	252
<i>Article 24 quinques (nouveau) : Demande de rapport sur une réforme du financement de l'accueil du jeune enfant.....</i>	253
TITRE II – DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES	255
<i>Article 25 : Dotations des branches maladie et autonomie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, de la branche autonomie aux agences régionales de santé, de la branche maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales et de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert de compensation de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité.....</i>	255
<i>Article 26 : Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès.....</i>	257
<i>Article 27 : Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et de ses sous-objectifs pour 2025.....</i>	258
<i>Article 28 : Objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.....</i>	260
<i>Article 29 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse</i>	260
<i>Article 30 : Objectifs de dépenses de la branche famille</i>	261
<i>Article 31 : Objectifs de dépenses de la branche autonomie</i>	262
<i>Article 32 : Prévisions de charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale</i>	263

COMPTE RENDU DE L'AUDITION DES MINISTRES.....	265
Réunion du 27 janvier 2025 à 17 heures 30.....	265
COMPTES RENDUS DE L'EXAMEN DES ARTICLES	289
1. Réunion du 27 janvier 2025 à 21 heures (article liminaire à article 6).....	289
2. Réunion du 28 janvier 2025 à 16 heures 30 (article 6 [suite] à article 8 <i>quindecies</i>)	328
3. Réunion du 28 janvier 2025 à 21 heures 30 (article 9 à article 9 <i>bis</i>).....	373
4. Réunion du 29 janvier 2025 à 15 heures (article 9 <i>bis</i> [suite] à article 19)	398
5. Réunion du mercredi 29 janvier 2025 à 21 heures 30 (article 19 <i>bis</i> à article 32) .	462
TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI	479

AVANT-PROPOS DU RAPPORTEUR GÉNÉRAL

- Traditionnellement, l'avant-propos au rapport de nouvelle lecture sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale se borne à lister les articles adoptés conformes par l'Assemblée nationale et le Sénat et à rappeler le nombre d'articles restant en discussion.

Compte tenu de la situation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 – qui est exceptionnelle à plusieurs égards –, le rapporteur général nouvellement désigné s'autorisera un écart par rapport à la pratique habituelle⁽¹⁾.

- Exceptionnel, ce projet de loi de financement l'est incontestablement puisque son examen en nouvelle lecture fait suite à l'adoption de la première motion de censure depuis 1962⁽²⁾. Réunie le 27 novembre 2024, la commission mixte paritaire était pourtant parvenue à un accord, le premier depuis quatorze ans⁽³⁾. C'est sur la base de cet accord que, le lundi 2 décembre, le Premier ministre engagea la responsabilité de son Gouvernement en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

Deux motions de censure furent déposées puis présentées devant l'Assemblée nationale le mercredi 4 décembre⁽⁴⁾. L'adoption de la première d'entre elles eut pour conséquence la démission du Gouvernement d'une part, et le rejet du texte de la commission mixte paritaire d'autre part.

Aussi est-ce la première fois qu'une nouvelle lecture d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale est rendue nécessaire suite au rejet par l'Assemblée nationale du texte issu de la CMP.

- En deuxième lieu, ce projet de loi de financement est exceptionnel car l'Assemblée nationale n'a pas émis de vote en première lecture. La discussion n'ayant pas pu atteindre son terme dans le délai de vingt jours prévu à l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution et comme le prescrit la loi organique, le

(1) Élu rapporteur général le 20 juillet 2024, M. Yannick Neuder a quitté ses fonctions le lundi 20 janvier 2025, suite à sa nomination au Gouvernement le 23 décembre 2024. L'actuel rapporteur général, M. Thibault Bazin, a ainsi été élu le 22 janvier 2025, soit six jours seulement avant l'examen prévu en commission des affaires sociales.

(2) Il s'agit plus largement de la première motion de censure adoptée suite à l'application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution. L'unique motion de censure adoptée sous la Ve République fut déposée « spontanément » sur le fondement de l'article 49, alinéa 2, de la Constitution. Elle entraîna la démission du Gouvernement de Georges Pompidou et provoqua la dissolution de l'Assemblée nationale par le Général de Gaulle.

(3) La dernière commission mixte paritaire conclusive sur un projet de loi de financement de la sécurité sociale remonte au PLFSS pour 2011.

(4) Motions de censure déposées respectivement par 185 et 140 députés.

Gouvernement a donc saisi le Sénat du texte initial, modifié par plusieurs amendements votés par l'Assemblée nationale et acceptés par lui.

Conséquences de l'expiration des délais d'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale en première lecture

Article 47-1, alinéa 2, de la Constitution

« Si l'Assemblée nationale ne s'est pas prononcée en première lecture dans le délai de vingt jours après le dépôt d'un projet [de loi de financement de la sécurité sociale], le Gouvernement saisit le Sénat qui doit statuer dans un délai de quinze jours. Il est ensuite procédé dans les conditions prévues à l'article 45. »

Article L.O. 111-7, alinéa 3, du code de la sécurité sociale.

« Si l'Assemblée nationale n'a pas émis un vote en première lecture sur l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale dans le délai prévu à l'article 47-1 de la Constitution, le Gouvernement saisit le Sénat du texte qu'il a initialement présenté, modifié le cas échéant par les amendements votés par l'Assemblée nationale et acceptés par lui. Le Sénat doit alors se prononcer dans un délai de quinze jours après avoir été saisi. »

Une telle situation ne s'est produite qu'une seule fois depuis 1996, à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023. Jamais cette procédure n'avait donc été employée pour un projet de loi de financement de l'automne.

L'absence d'adoption formelle du projet de loi par l'Assemblée nationale implique qu'aucun article n'a pu être adopté conforme par le Sénat, lors même qu'il n'a fait l'objet d'aucune modification par la chambre haute.

Le projet de loi initial comptait trente-trois articles ; le texte transmis au Sénat à l'expiration du délai imparti à l'Assemblée nationale était augmenté de vingt-neuf articles additionnels ; le Sénat a inséré soixante-huit articles additionnels et en a supprimé trois : cent trente articles restent donc en discussion.

• En troisième lieu, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est exceptionnel puisqu'il est le premier à n'avoir pas été définitivement adopté à temps pour entrer en vigueur le 1^{er} janvier de l'année sur laquelle il porte. Contrairement à ce qui a pu être affirmé çà ou là, cet état de fait induit d'importantes et concrètes conséquences sur le financement de la sécurité sociale et, plus largement, sur les finances publiques.

Certes, la loi spéciale du 20 décembre 2024 habilite, pour l'année 2025, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire (CPRPF), la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) et la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités territoriales (CNRACL) à « *recourir à des*

ressources non permanentes dans la seule mesure nécessaire à la couverture de leurs besoins de trésorerie »⁽¹⁾.

Mais cette disposition, essentielle à la continuité de la vie nationale puisqu'elle permet aux organismes de sécurité sociale d'assurer le financement des prestations⁽²⁾, ne garantit pas le rétablissement des comptes sociaux de la Nation.

Faut-il rappeler qu'en l'absence d'adoption d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale, le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss) poursuivrait sa tendance haussière pour atteindre 28,4 milliards d'euros en 2025⁽³⁾? Par ailleurs plusieurs mesures qui devaient entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2025 – voire dès 2024 – ne pourront être appliquées de manière rétroactive. Il en va ainsi notamment de certaines dispositions relatives à la fiscalité comportementale qui ne pourront s'appliquer qu'au plus tôt à la date d'entrée en vigueur de la loi. Certaines mesures présentes dans le texte soumis à notre examen sont tout simplement devenues caduques, à l'instar du relèvement du montant Z pour 2024 (**article 2 bis**) ou du mécanisme de revalorisation différenciée des pensions de retraite (**article 23**).

• Le texte que la commission des affaires sociales a examiné, puis rejeté – c'est-à-dire celui adopté par le Sénat en première lecture – est donc très éloigné de la version qui pourrait résulter de son examen en nouvelle lecture et, *in fine*, du texte qui pourrait être définitivement adopté.

Il en résulte que les tableaux d'équilibre et la trajectoire pluriannuelle décrite à l'annexe sont caducs et devront être sensiblement rectifiés, indépendamment de toute modification apportée par le Parlement aux mesures contenues dans ce texte. Le rapporteur général regrette qu'à la date de publication du présent rapport, la représentation nationale ne dispose pas des prévisions actualisées de dépenses, des recettes et du solde des branches de la sécurité sociale.

Les hypothèses macroéconomiques ont pourtant été rectifiées : les prévisions de croissance (– 0,2 point, soit + 0,9 %), d'inflation (– 0,4 point, soit + 1,4 %) et d'évolution de la masse salariale (– 0,3 point, soit + 2,5 %) pour 2025 apparaissent respectivement « *optimistes* », « *un peu élevée* » et « *un peu optimiste* » par le Haut Conseil des finances publiques. S'agissant de la croissance, elle apparaît supérieure à celle du consensus des économistes (+ 0,7 %).

(1) Article 4 de la 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.

(2) Dans son avis rendu sur le projet de loi spéciale, le Conseil d'État considère « que [l'interruption des paiements et remboursements des prestations sociales] serait de nature à porter atteinte aux principes constitutionnels de protection de la santé et d'accès à des moyens convenables d'existence garantis par le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 dans des conditions telles qu'il en résulterait une atteinte à la continuité de la vie nationale », avis du 9 décembre 2024, section des finances, n° 409081, paragraphe 13, p. 6.

(3) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024.

La réalisation de ces prévisions conditionnera grandement la nature et l'ampleur des mesures qui devront être envisagées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

• Pour l'ensemble de ces raisons, et convaincu de l'ardente nécessité de doter la France d'une loi de financement de la sécurité sociale, le rapporteur général s'est efforcé de tendre vers l'équilibre trouvé en commission mixte paritaire tout en expurgeant du texte les dispositions qui ont pu justifier la censure du Gouvernement, y compris lorsque cela le conduisait à défendre une position qui n'était pas nécessairement la sienne en première lecture.

Si l'adoption du présent projet de loi de financement est donc une priorité, le rapporteur général appelle toutefois à la plus grande prudence dans les prévisions budgétaires et à la plus vigoureuse détermination dans les mesures à mettre en place pour éviter le dérapage des comptes sociaux. Cela implique, d'une part, de garantir la sincérité des hypothèses macroéconomiques et des trajectoires financières et, d'autre part, des actions fortes pour réduire le déficit avec le courage et le discernement nécessaires à la préservation de notre modèle social.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article liminaire

Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour 2024 et 2025

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

Cet article établit les prévisions de recettes, de dépenses et de solde des administrations de sécurité sociale (Asso) pour les exercices en cours et à venir. Il constitue l'une des novations introduites par la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

À la différence, en particulier, des tableaux d'équilibre pour les exercices 2024 et 2025, son périmètre ne se limite pas aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) et au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), mais inclut l'ensemble des Asso, c'est-à-dire aussi les régimes de retraite complémentaire obligatoires, l'assurance chômage et des organismes divers comme les établissements hospitaliers, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), le Fonds de réserve pour les retraites (FRR), etc..

Est projeté un solde à l'équilibre puis excédentaire pour, respectivement, 0,0 point du produit intérieur brut (PIB) en 2024 et 0,2 point du PIB en 2025.

Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement (n° 1342), ayant reçu un avis favorable de la commission.

Cet amendement traduit dans l'article liminaire l'incidence des informations nouvellement disponibles et des mesures retenues depuis le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Matériellement, aucune modification n'est faite pour 2024 : l'exposé sommaire de l'amendement indique que « *cette stabilité résulte d'une dégradation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) sur les*

médicaments, compensée par des mesures d'économies sur le champ de la santé » (cf. *infra* le commentaire de l'article 2).

Pour 2025 :

- la prévision de recettes des Asso est dégradée de 26,7 à 26,6 points du PIB, car y est intégré le moindre transfert de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) par l'État à raison de la compensation pour ce dernier de la diminution du rendement de l'impôt sur les sociétés (IS) qu'entraînerait la refonte des allégements généraux de cotisations (cf. *infra* les commentaires des articles 6 et 8) ;
- la prévision de dépenses est inchangée, les charges de l'Ondam évoluant à la hausse et à la baisse pour se neutraliser ;
- la prévision d'excédent reste de 0,2 point de PIB, l'effet d'arrondi observé au stade de la première lecture n'intervenant plus.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans la rédaction issue des travaux du Sénat.

*
* * *

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

Article 1^{er}

Rectification des prévisions de recettes, des tableaux d'équilibre et des objectifs de dépenses pour 2024

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- Conformément aux prescriptions de l'article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale, le présent article vise à rectifier les prévisions de recettes, les objectifs de dépense et les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour l'exercice 2024.

Il rectifie également les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR), mises en réserve par le FSV ainsi que l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

Il présentait dans sa rédaction initiale un déficit considérablement dégradé par rapport aux prévisions de la dernière loi de financement de la sécurité sociale : 18 milliards d'euros contre 10,5 milliards d'euros initialement prévus. Par rapport au déficit constaté pour l'exercice 2023 (10,8 milliards d'euros)⁽¹⁾, cela représente donc une augmentation de 7,2 milliards d'euros.

- Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

- Le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement, ayant reçu un avis favorable de la commission.

Cet amendement modifie les prévisions de recettes et de soldes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale pour l'année 2024 afin de tenir compte de l'impact financier des moindres recettes attendues en matière de remises sur les

(1) Article 1^{er} du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2023.

médicaments d'une part, et de rentrées fiscales supplémentaires au titre de la taxe sur la valeur ajoutée, d'autre part.

Les remises sur les médicaments remboursés par l'assurance maladie seront calculées à la clôture des comptes en mars 2025, sur les chiffres d'affaires des médicaments concernés sur l'exercice 2024, et feront l'objet d'un produit à recevoir dans les comptes de la sécurité sociale au titre de 2024. Les dernières prévisions disponibles traduisent toutefois un net ralentissement de leur dynamisme qui justifie la réévaluation dont elles ont fait l'objet au Sénat. La progression du montant des remises en 2024 serait en effet inférieure à 10 %, un niveau moindre que celui observé les années précédentes (compris entre 30 % et 40 % de progression annuelle). Selon les informations fournies par le Gouvernement au rapporteur général, le montant des remises serait désormais estimé à 8,9 milliards d'euros contre 10,1 milliards d'euros initialement prévus. Il en résulte une dégradation du solde de la branche maladie de 0,8 milliard d'euros, compte tenu des ajustements prévus sur les clauses de sauvegarde des médicaments et des dispositifs médicaux.

Par ailleurs, l'amendement tient compte des perspectives actualisées de recettes fiscales de taxe sur la valeur ajoutée retenues en projet de loi de fin de gestion pour 2024 déposé le 6 novembre 2024, qui représentent une révision de + 0,3 milliard d'euros pour la branche maladie.

Les soldes de la branche maladie et de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (y compris le Fonds de solidarité vieillesse) seraient ainsi dégradés de 500 millions d'euros pour s'établir respectivement à – 15,1 milliards d'euros et – 18,5 milliards d'euros.

ÉVOLUTION DES PRÉVISIONS DE RECETTES, DE DÉPENSES ET DE SOLDE POUR L'EXERCICE 2024 ENTRE L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET LE SÉNAT

	Rectification 2024			Rectification 2024			Évolution					
	(Assemblée nationale)			(Sénat)								
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde						
Maladie	239	253,6	– 14,6	238,6	253,6	– 15,1	– 0,4	0	– 0,5			
Accidents du travail et maladies professionnelles	16,7	16	0,7	16,7	16	0,7	0	0	0			
Vieillesse	287,4	293,7	– 6,3	287,4	293,7	– 6,3	0	0	0			
Famille	58,3	57,9	0,4	58,3	57,9	0,4	0	0	0			
Autonomie	40,9	40	0,9	40,9	40	0,9	0	0	0			
Total *	624,2	643	– 18,9	623,7	643	– 19,4	– 0,5	0	– 0,5			
Total incluant le FSV *	625,3	643,4	– 18	624,8	643,4	– 18,5	– 0,5	0	– 0,5			

Note : en raison de l'arrondi, le solde indiqué peut être différent de la somme des éléments qui le composent.

* indépendamment des transferts entre branches.

Source : commission des affaires sociales.

3. Les modifications intervenues en commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat avant que le texte ne soit finalement rejeté par l’Assemblée nationale en séance publique du fait de l’adoption d’une des motions de censure déposées à la suite de l’engagement de sa responsabilité sur ce texte par le Gouvernement en application de l’article 49, alinéa 3, de la Constitution.

*
* * *

Article 2

Rectification de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie de l’ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que de ses sous-objectifs

Origine de l’article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l’examen en première lecture à l’Assemblée nationale

Cet article rectifie à 256,1 milliards d’euros l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (Ondam) en 2024, ainsi que les six sous-objectifs qui le composent.

Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l’article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l’examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement (n° 1343) suivant l’avis de la commission et un sous-amendement de la rapporteure générale (n° 1356) contre l’avis du Gouvernement, lesquels une fois combinés :

– rehaussent de 0,6 milliard d’euros le sous-objectif des soins de ville et de 0,3 milliard d’euros le sous-objectif des établissements de santé ;

– baissent de 0,1 milliard d’euros le sous-objectif du fonds d’investissement régional (FIR) et de 0,1 milliard d’euros le sous-objectif des autres prises en charge.

Au total, l’Ondam pour 2024 est rectifié à 256,9 milliards d’euros, soit une hausse de 0,8 milliard d’euros par rapport à l’article 2 initial. Le dépassement des charges de l’Ondam serait de 1,2 milliard d’euros en 2024, mais il doit être lu avec ses recettes atténuatives : la clause de sauvegarde compenserait la différence.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans la rédaction issue des travaux du Sénat, moyennant un ajustement rédactionnel.

*
* * *

Article 2 bis (nouveau) **Rectification du montant Z pour 2024**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• L'article 2 *bis* est issu d'un amendement (n° 1359) déposé par Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, au nom de la commission des affaires sociales, qui a recueilli l'avis favorable du Gouvernement.

• L'article 2 *bis* modifie le III de l'article 28 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, qui fixe le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde du dispositif médical pour 2024 – le montant Z – à 2,31 milliards d'euros, pour l'abaisser à 2,26 milliards d'euros.

Cette rectification du montant Z vise à abaisser le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde du dispositif médical de 50 millions d'euros, pour tenir compte de la réduction d'assiette de la clause de sauvegarde du dispositif médical, estimée à 140 millions d'euros et induite par l'exclusion de la taxe sur la valeur ajoutée du calcul de l'assiette par l'article 9 du projet de loi, dont l'entrée en vigueur est prévue à compter de 2025 pour la contribution appelée au titre de l'année 2024.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article sans modification.

*
* * *

**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 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 dans le cadre de la réforme du mode de calcul de la
pension de retraite de base**

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

**1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à
l'Assemblée nationale**

- Dans le cadre de la réforme portée par l'article 22 et visant à calculer la pension de retraite des non-salariés agricoles sur la base des vingt-cinq meilleures années de revenu, l'article 3 réforme l'architecture des cotisations sociales d'assurance vieillesse dont ils sont redevables et augmente leur effort contributif au niveau de celui applicable aux travailleurs indépendants non agricoles.

S'agissant de la simplification des règles applicables aux cotisations des non-salariés agricoles, l'article fusionne les cotisations dues au titre de l'assurance vieillesse individuelle (AVI) et celles dues au titre de l'assurance vieillesse agricole (AVA). Il porte l'assiette forfaitaire annuelle des conjoints collaborateurs et des aides familiaux à 600 fois le Smic horaire, ce qui permet de l'aligner avec l'assiette minimale des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Si les règles resteraient distinctes entre les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole et les conjoints collaborateurs et aides familiaux, il n'existerait plus de différence entre les non-salariés agricoles exerçant à titre exclusif ou principal et ceux exerçant à titre secondaire. Par ailleurs, les taux de cotisations convergeraient progressivement à horizon 2029 de sorte qu'ils soient les mêmes pour tous les non-salariés agricoles, quel que soit leur statut.

- Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu un amendement rédactionnel du rapporteur général.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

- L'article 3 a été adopté par le Sénat sans modification.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a adopté cet article moyennant des modifications rédactionnelles.

Il s'agit exclusivement de coordinations rendues nécessaires par les dispositions créées et modifiées par l'article 3 :

– les **1° A** et **1° B** du **I** permettent d'éviter que la suppression de l'assiette forfaitaire sur la base de laquelle est calculée la cotisation pour l'assurance vieillesse agricole et son remplacement par une assiette minimale unique de cotisations applicable à l'ensemble des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole se répercutent sur les règles d'affiliation au régime de retraite des non-salariés des professions agricoles. Ils modifient ainsi respectivement le **3°** du **I** de l'article L. 722-5 et l'article L. 722-6 du code rural et de la pêche maritime afin de renvoyer à un décret la responsabilité de fixer le montant minimal de l'assiette de cotisations à partir duquel la condition d'activité minimale d'assujettissement au régime en qualité de chef d'exploitation est remplie⁽¹⁾. Il s'agit d'assurer le maintien du droit existant et de ne pas étendre l'affiliation aux agriculteurs dont l'assiette de cotisations est inférieure à 800 fois le Smic horaire ;

– le **2° bis** du **I** assure une coordination relative aux conditions dans lesquelles les cotisations du conjoint collaborateur nouvellement établi en qualité d'associé ou de coexploitant d'une exploitation agricole peuvent être calculées sur la part de l'assiette déterminée pour l'ensemble de ladite exploitation et correspondant à sa participation aux bénéfices plutôt que sur l'assiette forfaitaire provisionnelle applicable aux agriculteurs nouvellement installés⁽²⁾ ;

– le **7° bis** du **I** permet de neutraliser les effets de bord de l'article 3 sur le montant de la pension de retraite proportionnelle perçue par les retraités agricoles de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique, de La Réunion, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin⁽³⁾.

(1) Ce montant étant aujourd'hui fixé à 800 fois le Smic horaire, par référence à l'assiette forfaitaire correspondant à la cotisation AVA.

(2) Article L. 731-16 du code rural et de la pêche maritime.

(3) Et pour lesquels la réforme de la prise en compte des vingt-cinq meilleures années pour le calcul des droits à la retraite ne s'effectuera pas à compter de 2026 mais d'une date fixée par l'ordonnance prévue à l'article 22.

- Compte tenu de l'application de la procédure prévue à l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, cet article reste en discussion malgré son adoption sans modification par le Sénat.

*
* * *

Article 3 bis A (nouveau)

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

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

- L'article 3 *bis A* est issu d'un amendement déposé par Mme Audrey Bélim et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain et adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement.
- En application de l'article L. 114-4 du code de la sécurité sociale, le comité de suivi des retraites (CSR) est tenu de rendre, au plus tard le 15 juillet, un avis annuel et public en s'appuyant sur les documents du Conseil d'orientation des retraites (COR).

L'article 3 *bis A* ajoute un 5° au II du même article L. 114-4 du code de la sécurité sociale afin de compléter le contenu de cet avis.

Il comporterait dorénavant une analyse de la situation comparée des assurés résidant en France métropolitaine et de ceux résidant dans des collectivités régies par l'article 73 de la Constitution qui tienne compte des différences de montants de pension, de durée d'assurance, de l'impact des écarts de niveaux du salaire minimum de croissance et des années de cotisations des travailleurs indépendants sur les différences de pensions.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a supprimé l'article 3 *bis A*.
- Le rapporteur général est naturellement sensible à ce que la situation spécifique des territoires ultramarins au regard des droits à la retraite fasse l'objet d'une attention particulière de la part de l'ensemble des pouvoirs publics.

Toutefois, il constate que, s'il peut demander des études aux ministères et autres organismes publics, il produit ses avis sur la base des données contenues dans le rapport annuel du COR. Or, ces données ne permettraient pas au CSR, en l'état, d'effectuer l'analyse comparative dont l'article 3 *bis A* lui confierait la mission.

L'article 3 bis A ne modifie d'ailleurs pas le contenu du rapport du COR ni les données sur lesquelles il s'appuie pour le produire.

Au demeurant, et même si les données à sa disposition étaient enrichies, le comité de suivi des retraites demeurerait une structure très légère composée d'un président et de quatre membres, assistés pour la rédaction de l'avis par deux rapporteurs.

Il n'apparaît donc pas comme étant l'organisme idoine pour mener une étude comparative approfondie de la situation relative des retraités hexagonaux et ultramarins.

*
* * *

Article 3 bis

Affiliation au régime général des agents des Terres australes et antarctiques françaises pendant la durée de leur mission

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.
Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• Le présent article est issu d'un amendement du Gouvernement adopté avec un avis favorable de la commission. Il prévoit d'affilier au régime général de sécurité sociale les agents contractuels employés par l'administration des Terres australes et antarctiques françaises (Taaf) pendant la durée de leur mission, qu'ils travaillent dans les districts ⁽¹⁾ ou, pour les contrôleurs de pêche, à bord des navires de pêche.

• Conformément à l'article 1-1 du « statut des Taaf » ⁽²⁾, « *dans les matières qui relèvent de la compétence de l'État, sont applicables dans les Terres australes et antarctiques françaises les dispositions législatives et réglementaires qui comportent une mention expresse à cette fin* ». Ce principe de spécialité législative applicable aux Taaf implique que, en l'absence d'une telle mention, les agents employés pour travailler dans les districts ou à bord des navires ne relèvent actuellement d'aucun régime obligatoire de sécurité sociale alors que les agents des Taaf travaillant au siège de la collectivité, sis à La Réunion, relèvent du régime

(1) *Terre Adélie, îles Éparses, Crozet, Kerguelen et îles Saint-Paul et Amsterdam.*

(2) *Loi n° 55-1052 du 6 août 1955 portant statut des Terres australes et antarctiques françaises et de l'île de La Passion-Clipperton.*

général et que ceux disposant du statut de fonctionnaires conservent leur affiliation au régime de sécurité sociale de la fonction publique.

Afin de leur assurer une couverture sociale pendant leurs missions, l'administration des Taaf cotise donc volontairement à la Caisse des Français de l'étranger (CFE). Cette solution n'est toutefois pas satisfaisante puisque la CFE a vocation à couvrir les Français expatriés et non ceux exerçant sur le territoire de la République.

La situation actuelle occasionne des changements fréquents de régime alors que les agents peuvent avoir des ayants droit demeurant en France hexagonale ou dans un département ou une région d'outre-mer (Drom).

Le dispositif proposé permettrait d'assurer à ces personnels une couverture sociale obligatoire et de les maintenir au régime général. Il s'agit également d'une mesure de simplification administrative au bénéfice de l'employeur et des personnes envoyées en mission dans ces territoires.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

- Le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement, ayant reçu un avis favorable de la commission.

Cet amendement supprime d'une part le **2° du I** du présent article, qui ajoutait la mention expresse des agents des Taaf à la liste des personnes couvertes par le régime général pour le risque accidents du travail et maladies professionnelles⁽¹⁾. En effet, cette couverture découle automatiquement de l'article L. 412-2 du code de la sécurité sociale s'agissant des personnes affiliées au régime général en application de l'article L. 311-3 du même code. Par un jeu de renvoi, elle résulte donc déjà du **1° du I** du présent article.

D'autre part, l'amendement anticipe l'entrée en vigueur de cette mesure pour la rendre applicable aux contrats prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2025.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

(1) *En application de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale.*

*
* * *

Article 3 ter

Accès des médecins en cumul emploi-retraite au régime simplifié des professions médicales

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 3 *ter* est issu de deux amendements identiques de M. Jean-François Rousset et des membres du groupe Ensemble pour la République ainsi que du rapporteur général ayant recueilli un avis favorable du Gouvernement. Il élargit l'accès des médecins libéraux en cumul emploi-retraite et de ceux participant aux campagnes de vaccination au régime simplifié des professions médicales (RSPM).

• Crée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et applicable depuis 2020⁽¹⁾, le régime simplifié des professions médicales est une alternative à l'affiliation des médecins au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC). Il permet aux médecins éligibles de s'acquitter d'une cotisation unique de 13,5 % sur le revenu généré par leur activité⁽²⁾, lequel ne peut excéder 19 000 euros par an, avant application de l'abattement de 34 % prévus par l'article 102 *ter* du code général des impôts⁽³⁾.

Le taux de cotisation est relevé à 21,2 % sur la part des revenus compris entre 18 000 euros et 38 000 euros. Au-delà de ce second seuil, le médecin est radié du RSPM et doit s'affilier au régime des PAMC.

Le RSPM présente l'avantage de simplifier les démarches des médecins qui y sont affiliés. Les déclarations administratives sont assurées par les caisses primaires d'assurance maladie qui font office de « guichet unique » et les médecins peuvent déclarer leurs rémunérations et procéder au paiement de leur cotisation via un service dématérialisé dédié, sur une base mensuelle ou trimestrielle. Le paiement des cotisations ne s'effectue donc pas, à la différence de la procédure applicable au régime des PAMC, par un appel de cotisations provisionnelles en année N sur la

(1) Article L. 642-4-2 du code de la sécurité sociale créé par l'article 47 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(2) Cette cotisation unique valant pour les cotisations d'assurance maladie, les cotisations d'indemnités journalières, les cotisations d'assurance vieillesse de base et complémentaire ainsi que pour la contribution sociale généralisée et la contribution pour le remboursement de la dette sociale.

(3) Article D. 642-4-1 du code de la sécurité sociale.

base des rémunérations de l'année N-1 faisant l'objet d'une régularisation en année N+1, laquelle implique de tenir une comptabilité précise des charges.

Ce régime est actuellement réservé aux médecins exerçant des activités limitativement énumérées⁽¹⁾ et plafonné à des niveaux de rémunération assez réduits, notamment au regard de l'activité des médecins retraités en cumul emploi-retraite (seuls 7 % d'entre eux seraient éligibles au plafond inférieur à 19 000 euros par an).

• Afin de lutter contre la désertification médicale et de renforcer l'offre de soins sur les territoires, l'article 3 bis étend le RSPM aux médecins libéraux en cumul emploi-retraite ainsi qu'aux médecins participant à des campagnes de vaccination. Outre l'extension de l'éligibilité du RSPM, le présent article réécrit l'article L. 642-4-2 du code de la sécurité sociale pour permettre au pouvoir réglementaire de :

– minorer le taux global de cotisations lorsque l'activité concernée fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie de tout ou partie des contributions et cotisations acquittées à travers le versement unique ;

– majorer ce même taux lorsque les rémunérations sont comprises entre un montant fixé par décret et le seuil d'éligibilité au RSPM.

Enfin, le Gouvernement s'est engagé en séance publique à l'Assemblée nationale à augmenter le plafond de revenu permettant de bénéficier du régime simplifié à 80 000 euros. Cette hausse bénéficierait non seulement aux médecins en cumul emploi-retraite ainsi qu'à ceux participant à des campagnes de vaccination mais également à tous les médecins d'ores et déjà éligibles au RSPM.

Cette réforme serait mise en place progressivement entre 2025 et 2026.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

L'article 3 ter a été adopté par le Sénat sans modification.

3. Les travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

* * *

(1) Le RSPM est ouvert aux étudiants et internes effectuant des remplacements, aux médecins remplaçants non installés (collaborateurs exclus), aux médecins salariés effectuant des remplacements à titre accessoire et aux médecins retraités effectuant des remplacements.

Article 3 quater A (nouveau)

Exonération de cotisation d'assurance vieillesse pour les médecins exerçant en situation de cumul emploi-retraite

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

- L'article 3 *quater A* est issu d'un amendement déposé par le Gouvernement et adopté avec un avis favorable de la commission.
- Dans l'objectif de lutter contre la désertification médicale, l'article 3 *quater A* instaure un dispositif temporaire d'exonération des cotisations d'assurance vieillesse dues au titre de l'année 2025 par les médecins libéraux en cumul emploi-retraite sur le modèle de celui adopté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2023⁽¹⁾.

À l'instar du dispositif précité, cette exonération ne s'appliquerait qu'aux revenus professionnels non salariés annuels inférieurs à un montant fixé par décret. Lors des débats en séance publique au Sénat, le Gouvernement n'a toutefois pas indiqué à quel niveau ce montant serait arrêté, se bornant à rappeler que le seuil avait été fixé à 80 000 euros pour l'exonération applicable en 2023.

En outre, le dispositif concernerait toutes les cotisations d'assurance vieillesse des médecins, qu'il s'agisse des cotisations d'assurance vieillesse de base⁽²⁾, des cotisations de retraite complémentaire⁽³⁾ et des cotisations afférentes aux prestations complémentaires de vieillesse⁽⁴⁾.

L'article 3 *quater A* se distingue toutefois de l'article 13 de la loi de financement pour 2023 dans la mesure où le bénéfice de l'exonération serait conditionné à l'exercice d'une activité dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, dite « sous-dense », d'intervention prioritaire⁽⁵⁾.

• Ce dispositif s'adresse aux médecins libéraux à la retraite, qui étaient au nombre de 13 513 au 1^{er} janvier 2024⁽⁶⁾. Le II de l'article prévoit que, par dérogation aux règles applicables depuis le 1^{er} janvier 2024, les médecins libéraux en cumul emploi-retraite bénéficiant de ce dispositif ne se constitueraient aucun

(1) Article 13 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

(2) Article L. 642-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 644-1 du code de la sécurité sociale.

(4) Articles L. 645-2 et L. 645-2-1 du code de la sécurité sociale.

(5) Par renvoi à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

(6) Exposé sommaire de l'amendement n° 1341 déposé par le Gouvernement en séance publique au Sénat.

droit supplémentaire en vue d'une éventuelle seconde liquidation au titre du dispositif de cumul emploi-retraite créateur de droits⁽¹⁾.

2. Les travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a adopté cet article moyennant des modifications rédactionnelles.

*
* *

Article 3 quater

Trajectoire de hausse progressive du taux global des cotisations et contributions des micro-entrepreneurs

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale
Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- Le présent article est issu d'un amendement du Gouvernement adopté avec un avis favorable de la commission. Il permet d'aménager sur trois ans la trajectoire de hausse progressive du taux global de cotisations et contributions des travailleurs indépendants des professions libérales exerçant dans le cadre de la micro-entreprise afin de leur assurer une couverture de l'ensemble des risques sociaux au même titre que tous les autres micro-entrepreneurs.

Cette hausse est rendue nécessaire par une décision du Conseil d'État qui a jugé qu'il n'était pas possible de déroger à l'obligation d'affiliation de ces micro-entrepreneurs à un régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse.

- L'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale instaure un régime simplifié de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales pour les travailleurs indépendants, dit « régime micro-social », qui s'adresse à ceux d'entre eux qui ont opté pour le régime micro-fiscal prévu aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts.

En application de ce régime, les indépendants éligibles s'acquittent de leurs cotisations et contributions sociales sur une base mensuelle ou trimestrielle en

(1) Articles L. 161-22-1 et L. 161-22-1-1 du code de la sécurité sociale. Le cumul emploi-retraite créateur de droit est entré en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2023. Toutefois, par dérogation aux règles de droit commun, les médecins libéraux ne peuvent en bénéficier que depuis le 1^{er} janvier 2024 dans la mesure où ils bénéficiaient de l'exonération temporaire de cotisations d'assurance vieillesse pour l'année 2023.

versant un montant calculé par application à leur chiffre d'affaires d'un taux global fixé par décret « *de manière à garantir, pour des montants de chiffres d'affaires ou de recettes déterminés par décret pour chacune [des catégories d'activité mentionnées aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts], un niveau équivalent entre le taux effectif global des cotisations et des contributions sociales versées, d'une part, par ces travailleurs indépendants et, d'autre part, par ceux ne relevant pas [du régime micro-social]* »⁽¹⁾.

Le II du même article L. 613-7 précise que ce régime peut bénéficier aux professions libérales non réglementées régies par l'article L. 631-1 du code de la sécurité sociale.

• Le taux de la cotisation annuelle du régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants hors régime micro-social était fixé, de droit commun, à 7 % sur les revenus inférieurs ou égaux au plafond annuel de la sécurité sociale (Pass) et à 8 % sur les revenus supérieurs à ce seuil mais n'excédant pas quatre fois le plafond⁽²⁾. Toutefois, dans le cadre de la suppression du régime social des indépendants et de leur affiliation au régime général, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a prévu le transfert progressif des professionnels libéraux affiliés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (Cipav) au régime de retraite complémentaire des indépendants (RCI).

Les professionnels libéraux concernés se sont vus ouvrir en contrepartie le droit de bénéficier de taux spécifiques, fixés par décret, pour les cotisations dues au titre de la retraite complémentaire⁽³⁾. Par un décret du 29 avril 2019, le Gouvernement a ainsi fixé des taux spécifiques pour les professionnels libéraux concernés. Ce taux de cotisation est nul pour les revenus n'excédant pas le Pass et égal à 14 % pour les revenus compris entre ce seuil et quatre fois le plafond⁽⁴⁾.

Or, l'article 1^{er} du décret du 7 décembre 2022 a retenu, pour la fixation du taux global applicable aux micro-entrepreneurs libéraux au titre du régime complémentaire obligatoire de retraite, le régime applicable aux professionnels libéraux ayant opté pour ces taux dérogatoires et non le régime de droit commun, c'est-à-dire un taux nul⁽⁵⁾.

(1) Article L. 613-7 du code de la sécurité sociale.

(2) Article D. 635-7 du code de la sécurité sociale. Depuis le décret n° 2024-688 du 5 juillet 2024, ces taux ont été respectivement relevés à 8,1 % et 9,1 %.

(3) 8^e du XVI de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(4) Article 1^{er} du décret n° 2019-386 du 29 avril 2019 fixant les taux spécifiques applicables à certains affiliés relevant de la sécurité sociale des travailleurs indépendants.

(5) Article D. 613-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du décret n° 2022-1529 du 7 décembre 2022 relatif aux modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants, aux modalités de répartition entre les risques des montants de cotisations et contributions recouvrés en application du dispositif prévu à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale et aux modalités de mise en œuvre de l'option prévue au second alinéa de l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime.

● Dans une décision du 9 février 2024, le Conseil d'État a jugé que le choix fait par le pouvoir réglementaire ne respectait pas la règle d'équivalence prévue à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale dans la mesure où seuls 0,1 % des professionnels libéraux ont opté pour le régime dérogatoire et se voyaient donc appliquer un taux de 0 %.

En conséquence, il a annulé les dispositions des articles D. 613-4 et D. 613-6 du code de la sécurité sociale qui fixaient le taux global spécifique applicable aux micro-entrepreneurs libéraux en tant qu'elles n'incluaient pas une cotisation au titre du régime complémentaire obligatoire de retraite à un taux de 7 % sur les revenus d'activité⁽¹⁾. Compte tenu des conséquences qu'aurait emportées l'application immédiate de l'annulation prononcée pour un grand nombre de micro-entrepreneurs libéraux, le Conseil d'État a fixé la prise d'effet de ladite annulation au 1^{er} juin 2024.

Afin de tirer les conséquences de cette décision, un décret du 30 mai 2024 a modifié l'article D. 613-4 susmentionné pour rehausser progressivement de 5 points le taux global des micro-entrepreneurs libéraux⁽²⁾ :

- 23,1 % du 1^{er} juillet au 31 décembre 2024 ;
- 24,6 % du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2025 ;
- 26,1 % à partir du 1^{er} janvier 2026.

L'article 3 *quater* apporte donc, *a posteriori*, une base législative à cette trajectoire progressive afin de sécuriser juridiquement le décret pris le 30 mai dernier. Cette mesure de « petite rétroactivité » sociale se justifie toutefois par la nécessité d'atténuer l'impact qu'aurait une hausse immédiate du taux global spécifique sur le montant des cotisations et contributions sociales dues par les micro-entrepreneurs libéraux concernés.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

L'article 3 *quater* a été adopté par le Sénat sans modification.

3. Les travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article sans modification.

(1) *Décision n° 471203 du Conseil d'État du 9 février 2024, première et quatrième chambres réunies.*

(2) *Décret n° 2024-484 du 30 mai 2024 modifiant les taux globaux de cotisations et contributions de certains travailleurs indépendants exerçant dans le cadre de la microentreprise.*

*
* * *

Article 4

Pérennisation du dispositif d'exonération de cotisations patronales lié à l'emploi des travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi et relèvement du plafond d'exonération totale de 1,20 Smic à 1,25 Smic

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- Cet article pérennise l'exonération de cotisations patronales pour l'embauche, sous conditions, de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE), c'est-à-dire de saisonniers, prévue à l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime mais qui devait cesser à la fin de l'année 2025.

Il relève dès le 1^{er} mai 2024 son plafond de 1,20 à 1,25 fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic).

- Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu :

– son amendement (n° 2356) ainsi que deux amendements identiques de M. Didier Le Gac (groupe Ensemble pour la République) (n° 2360) et M. Marc Fesneau (groupe Les Démocrates) (n° 2361) neutralisant dans le cas de l'exonération dite TO-DE les effets de la refonte des allégements généraux de cotisations (*cf. infra* le commentaire de l'article 6) par une cristallisation au 1^{er} janvier 2024 de la rédaction de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, laquelle éviterait aux employeurs de saisonniers agricoles un coût supplémentaire de 40 millions d'euros ;

– un amendement de M. Yannick Monnet (Gauche démocrate et républicaine) (n° 1271) demandant un rapport sur les droits des saisonniers concernés, notamment en termes de santé et de sécurité au travail ainsi que d'adaptation aux conditions climatiques.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté un amendement de la commission (n° 119) supprimant la demande de rapport, le Gouvernement s'en étant remis à la sagesse du Sénat.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans la rédaction issue des travaux du Sénat, après avoir adopté une proposition de rédaction des rapporteurs pour :

- procéder à des ajustements rédactionnels ;
- intégrer dans l'article 4, issu du projet de loi de financement de la sécurité sociale, les articles 4 *bis*, issu des travaux de l'Assemblée nationale, et 4 *ter*, issu des travaux du Sénat, dans la mesure où les trois modifient l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime relatif à l'exonération pour l'embauche de saisonniers agricoles dite TO-DE ;
- améliorer juridiquement la désignation des coopératives agricoles de conditionnement des fruits et légumes concernées par l'ancien article 4 *ter* et déplacer leur mention au I de l'article codifié plutôt que dans un nouveau VIII.

*

* * *

Article 4 bis

**Extension aux coopératives d'utilisation de matériel agricole
du bénéfice de l'exonération dite « TO-DE »**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- L'article 4 *bis*, introduit par l'adoption d'un amendement du rapporteur général (n° 2013) et de dix amendements identiques⁽¹⁾, abroge le V de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime, lequel dispose que les coopératives d'utilisation de matériel agricole (Cuma) mettant des salariés à la disposition de leurs adhérents ne bénéficient pas de l'exonération de cotisations patronales pour l'embauche de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi (TO-DE) (*cf. supra* le commentaire de l'article 4).

Aux termes du premier alinéa et de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 521-1 du même code, « *les coopératives agricoles ont pour objet 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* » et elles « *forment une catégorie spéciale de sociétés, distinctes des sociétés civiles et des sociétés commerciales* » au sens du chapitre II du titre IX du livre III du code civil et des titres Ier à III du livre II du code de commerce.

Les 11 510 Cuma en sont un sous-ensemble : elles permettent à des exploitants de partager des moyens (machines, hangars, etc.) et, depuis 2006, des salariés. Un agriculteur sur deux est membre d'une telle coopérative.

Au double motif que l'activité des Cuma prolonge celle des exploitations dans le cycle de la production animale et végétale et que le II de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime ouvre l'exonération dite « TO-DE » aux groupements d'employeurs à raison de leurs contrats à durée indéterminée, l'Assemblée nationale a donc supprimé l'exclusion des Cuma.

- Si la Fédération nationale des Cuma estime à 520 000 euros par an le coût de l'élargissement de l'aide dite TO-DE, le Gouvernement envisage une perte de recettes plus que décuplée, pour environ 6 millions d'euros.

(1) Amendements de M. Dominique Potier (Socialistes et apparentés) (n° 114), Mme Marine Hamelet (Rassemblement National) (n° 482), M. Didier Le Gac (Ensemble pour la République) (n° 542), M. Stéphane Buchou (Ensemble pour la République) (n° 572), M. Fabrice Brun (Droite Républicaine) (n° 727), Mme Virginie Duby-Muller (Droite Républicaine) (n° 823), Mme Danielle Brulebois (Ensemble pour la République) (n° 926), M. Guillaume Lepers (Droite Républicaine) (n° 1176), Mme Hélène Laporte (Rassemblement National) (n° 1417) et M. Emmanuel Mandon (Les Démocrates) (n° 2297).

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

L'article 4 bis a été adopté par le Sénat sans modification.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a supprimé cet article, après avoir intégré ses dispositions dans l'article 4 (*cf. supra*).

*
* * *

Article 4 ter (nouveau)

Extension aux coopératives de conditionnement des fruits et légumes du bénéfice de l'exonération dite « TO-DE »

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Cet article, introduit en séance au Sénat par un amendement de M. Laurent Duplomb (Les républicains), rend éligibles à l'exonération de cotisations patronales pour l'embauche, sous conditions, de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE) les coopératives de conditionnement des fruits et légumes (b). Il convient dans un premier temps de rappeler la situation actuelle (a).

a. Le droit existant

Aux termes de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime, les employeurs agricoles – sauf exceptions – sont exonérés de cotisations patronales au titre du recours à des travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE), donc à des saisonniers, pour la totalité des revenus versés sous un plafond du salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic) majoré de 20 % – puis de 25 % sur le fondement de l'article 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 – puis de façon dégressive jusqu'au seuil de 60 %, sous réserve d'une part que le contrat ne dépasse pas cent dix-neuf jours par an et par salarié et d'autre part qu'il concerne des tâches « *liées au cycle de la production animale et végétale [...] à l'exclusion des tâches réalisées par des entreprises de travaux forestiers* » ou aux « *activités de transformation, de conditionnement et de commercialisation de produits agricoles* » mais uniquement lorsqu'elles sont « *accomplices sous l'autorité d'un exploitant [et] constituent le prolongement direct de l'acte de production* ».

b. Le dispositif proposé

• D'après l'article L. 521-1 du même code, « *les sociétés coopératives agricoles ont pour objet l'utilisation en commun par des agriculteurs de tous moyens propres à faciliter ou à développer leur activité économique [...] ; [elles] forment une catégorie spéciale de sociétés, distinctes des sociétés civiles et des sociétés commerciales ; elles ont la personnalité morale et la pleine capacité ; [elles] peuvent se grouper en unions [...] ; sauf stipulation expresse contraire, ces unions sont soumises aux mêmes dispositions que les sociétés coopératives agricoles* ».

Sans que cela ait pour conséquence d'en créer un sous-ensemble juridique, l'avant-dernier alinéa du 1° du I de l'article 1451 du code général des impôts dispose depuis 1979 que sont exonérées de la taxe professionnelle, dans sa rédaction issue du 7.1 de l'article 2 de la loi n° 2009-1673 du 30 décembre 2009 de finances pour 2010, de la cotisation foncière des entreprises – encadrée par la section V du chapitre I^{er} du titre I^{er} de la deuxième partie du même code – les « *sociétés coopératives agricoles et leurs unions ainsi que les sociétés d'intérêt collectif agricole qui emploient au plus trois salariés ou qui se consacrent [...] au conditionnement des fruits et légumes* ».

• Le conditionnement est défini comme « *l'action de placer une denrée alimentaire dans une enveloppe ou dans un contenant en contact direct avec la denrée concernée* » ou comme « *cette enveloppe ou ce contenant* » par le j du 1 de l'article 2 du règlement (CE) n° 852/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires, lesquelles peuvent être des produits non transformés ou transformés selon les *n* et *o* du même 1, la première désignation étant retenue même quand ils ont été « *divisés, séparés, tranchés, découpés, désossés, hachés, dépouillés, broyés, coupés, nettoyés, taillés, décortiqués, moulus, réfrigérés, congelés, surgelés ou décongelés* ».

• L'article 4 *ter*, résultant de l'adoption d'un amendement de M. Laurent Duplomb et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste (n° 299) contre l'avis de la commission et le Gouvernement s'en étant remis à la sagesse du Sénat, complète l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime pour prévoir que l'exonération dite « TO-DE » est applicable aux rémunérations versées par les sociétés coopératives agricoles de conditionnement des fruits et légumes.

Implicitement mais nécessairement, il supprime donc pour ces coopératives l'obligation pour le paiement de moindres cotisations tenant à ce que leur activité se tienne dans le « *prolongement* » de la production, ce qu'il ne revient pas à la loi de définir mais à propos de quoi il s'induit que le conditionnement doit se faire dans un temps proche de la récolte et selon des modalités que l'usage contemporain pourrait faire qualifier de circuit court. Or tel n'est pas toujours le cas : la protection des denrées végétales par leur mise sous enveloppe peut être différée et intermédiaire.

Au demeurant, la lourdeur des machines et autres installations requises pour ces tâches a pour corollaire que les coopératives peuvent parfois avoir un personnel permanent.

Enfin, l'amendement devenu article additionnel connaît une imperfection juridique : sa lettre est que « *les salariés [...] bénéficient* » de l'exonération, alors qu'il s'agit exclusivement de cotisations dues par les employeurs.

Toutefois, la nécessité d'une réponse aux difficultés du secteur maraîcher fait que ces points n'empêchent pas de maintenir la disposition, une fois corrigés.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a supprimé cet article, après avoir intégré ses dispositions dans l'article 4 (*cf. supra*).

*
* * *

Article 5

Cumul de l'exonération applicable aux jeunes agriculteurs et des taux réduits de droit commun des cotisations maladie et famille

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

Cet article permet aux jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole de cumuler le bénéfice de l'exonération partielle dégressive de cotisations sociales dont ils bénéficient avec la réduction des taux des cotisations d'allocations familiales et d'assurance maladie et maternité instaurée au profit des travailleurs indépendants.

Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole âgés de 18 à 40 ans bénéficient d'une exonération partielle des cotisations des branches maladie, vieillesse et famille dont ils sont redevables pour eux-mêmes⁽¹⁾. Des réductions dégressives de cotisations sociales ont par ailleurs été instituées au profit de l'ensemble des travailleurs indépendants. Celles-ci correspondent à deux dispositifs juridiquement distincts qui portent respectivement sur les cotisations d'allocations familiales et les cotisations d'assurance maladie et maternité⁽²⁾.

(1) Article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime.

(2) Articles L. 613-1 et L. 621-3 du code de la sécurité sociale.

En l'état du droit, les bénéficiaires de l'exonération applicable aux jeunes agriculteurs ne peuvent cumuler celle-ci avec les réductions de taux de droit commun. Il leur est seulement possible, depuis 2022, d'opter pour le dispositif qui leur est le plus favorable⁽¹⁾.

• Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

• L'article 5 a été adopté par le Sénat sans modification.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

• La commission mixte paritaire a adopté cet article sans modification.

*

* * *

Article 5 bis A (nouveau)

Exonération de cotisations pour les agriculteurs à raison des revenus tirés de la location des gîtes ruraux

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Souhaitant corriger un effet de bord d'une double réforme fiscale intervenue en 2024 (a), cet article additionnel exonère des cotisations pour les branches maladie, famille et vieillesse les revenus agricoles tirés de la location de gîtes ruraux (b).

a. Le droit existant

• Les meublés de tourisme, définis par le I de l'article L. 324-1-1 du code du tourisme comme les « *villas, appartements ou studios meublés, à l'usage exclusif du locataire, offerts à la location à une clientèle de passage [...] et qui y effectue un séjour caractérisé par une location à la journée, à la semaine ou au mois* », doivent faire l'objet d'une déclaration lorsque leur offre constitue une activité habituelle pour leur propriétaire.

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

La catégorie des gîtes ruraux relève, selon la Banque publique d'investissement (Bpifrance) et la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), du pur usage.

• Aux termes des 1^o des articles L. 731-2 et L. 731-3 du code rural et de la pêche maritime, le financement des assurances maladie, invalidité et maternité d'une part et de l'assurance vieillesse et veuvage d'autre part du régime de protection sociale des non-salariés agricoles repose – entre autres impositions de toute nature ou transferts – sur des cotisations, tandis que l'article L. 731-4 du même code dispose que la couverture des prestations familiales servies à ces affiliés à la Mutualité sociale agricole (MSA) est faite dans les conditions prévues à l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale, dont le 3^o prévoit aussi le paiement de cotisations par les non-salariés des professions agricoles.

Selon le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) d'octobre 2024 et pour toutes les branches, les cotisations des non-salariés agricoles devraient progresser de 6,9 % en 2025 pour atteindre 2,5 milliards d'euros, de sorte que le régime serait excédentaire à hauteur de 0,3 milliard d'euros.

Profondément révisée, dans le sens d'une simplification, par l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, ainsi que par les articles 5 bis et 5 ter du projet de loi de financement pour 2025, l'assiette des cotisations des non-salariés agricoles correspondra dans la plupart des situations à celle mentionnée à l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire les bénéfices agricoles définis à l'article 63 du code général des impôts, diminué de frais et charges mentionnés par diverses dispositions, puis abattu de 26 % sous réserve d'un plancher et d'un plafond fixés par voie réglementaire, mais enfin augmenté des revenus de remplacement sans lien avec une affection de longue durée et minoré des sommes tirées de la participation au titre des articles L. 3312-4, L. 3324-5 et L. 3332-27 du code du travail.

Cependant, le 1^o de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime dispose entre autres que « *le régime de protection sociale des non-salariés des professions agricoles est applicable aux personnes non-salariées occupées aux activités ou dans les exploitations, entreprises ou établissements [...] d'accueil touristique [...] situées sur l'exploitation ou dans les locaux de celle-ci, notamment d'hébergement et de restauration* » et l'article D. 722-4 du même code précise que « *sont considérées comme [de telles] structures d'accueil touristique celles permettant d'effectuer des locations de logement en meublé* » et qu'elles « *doivent porter sur des logements aménagés de telle sorte que le mobilier et les services offerts constituent un élément déterminant de la location* » et « *être dirigées par des chefs d'exploitation* », soit au titre de son entreprise principale, soit dans le cadre d'une société *ad hoc*, auquel cas est exigée que les chefs d'exploitation détiennent au moins 50 % de son capital.

Pour ce cas, l'article L. 731-14 dudit code ne fait pas reposer les cotisations sur les bénéfices relevant de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, mais

sur ceux auxquels renvoie le IV de l'article L. 136-3 du même code, lesquels sont déterminés en application des articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts.

• En effet, s'agissant de la fiscalité d'État, il est possible aux revenus ou bénéfices tirés de la location de meublés de tourisme d'être soumis au régime allégé des micro-entreprises soit si les entreprises s'y livrant le font à titre principal pour des meublés de tourisme n'étant ni classés ni des chambres d'hôtes et si leur chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) n'excède pas 15 000 euros, conformément au 1^o bis du 1 de l'article 50-0 du code général des impôts, auquel cas le résultat imposable, avant prise en compte des plus ou moins-values provenant de la cession des biens affectés à l'exploitation, est égal au montant de ce CAHT diminué d'un abattement de 30 %, mais ne pouvant être inférieur à 305 euros suivant le sixième alinéa du même 1.

Ce cadre restrictif résulte des *a* à *c* du 1^o du A du I de l'article 7 de la loi n° 2024-1039 du 19 novembre 2024 visant à renforcer les outils de régulation des meublés de tourisme à l'échelle locale, laquelle a également supprimé l'abattement supplémentaire de 21 % qui devait s'appliquer lorsque les locaux concernés n'étaient pas « *situés dans des zones géographiques se caractérisant par un déséquilibre important entre l'offre et la demande de logements* »⁽¹⁾.

La modification des dispositions relatives à l'impôt sur le revenu aura donc une répercussion sur l'assiette sociale des non-salariés agricoles, mais le rapporteur général relève qu'il ne s'agit pas d'une erreur du législateur : cette conséquence a été remarquée par les rapporteurs des deux assemblées, lesquels n'ont pas proposé à la commission mixte paritaire réunie au sujet de la proposition devenue la loi du 19 novembre 2024, précitée, d'y apporter une correction⁽²⁾.

b. Le dispositif proposé

L'article 5 bis A, issu de l'adoption au Sénat d'un amendement (n° 1214) de Mme Frédérique Espagnac (groupe Socialiste, Écologiste et Républicain) contre l'avis du Gouvernement – qui y lit une différence de traitement injustifiée entre indépendants – et la commission s'en étant remise à la sagesse du Sénat, exonère, dans des conditions qu'un décret devrait fixer, les agriculteurs des cotisations pour les branches maladie, famille et vieillesse pour ce qui concerne les revenus qu'ils tirent de la location de meublés de tourisme quand cette activité respecte les seuils de CAHT du régime des micro-entreprises.

(1) *L'absence d'exigence que l'activité de location soit exercée à titre principal et le second abattement relevaient de l'ancien treizième alinéa du 1. du 1^o bis du 1. de l'article 50-0 du code général des impôts et du 2^o du III de l'article 1407 du même code, dans leur rédaction extensive issue du 1^o de l'article 45 de la loi n° 2023-1322 du 29 décembre 2023 de finances pour 2024.*

(2) *Rapport n° 492 de Mme Annaïg Le Meur et M. Iñaki Echaniz, députés, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 29 septembre 2024, et rapport n° 85 de Mme Sylviane Noël et M. Jean-François Husson, sénateurs, enregistré à la présidence du Sénat le 28 octobre 2024.*

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

● La commission mixte paritaire a adopté une proposition de rédaction des rapporteurs prévoyant une rédaction globale de l'article 5 bis A pour, par dérogation à l'article L. 731-14 du code de la sécurité sociale, cristalliser l'assiette sociale des exploitants pour les sommes dues à compter du 1^{er} janvier 2025 à raison des meublés de tourisme dans son ancien renvoi au régime des bénéfices dit « micro », en créant un article L. 731-14-1 A dans le code rural et de la pêche maritime.

● Les rapporteurs ont en effet partagé l'analyse de l'auteure de l'amendement à l'origine de l'article 5 bis A suivant laquelle la loi n° 2024-1039 du 19 novembre 2024, précitée – publiée au *Journal officiel* le jour de la discussion de l'amendement mais dont les conclusions de la commission mixte paritaire avaient été adoptées les 5 et 7 novembre par le Sénat puis l'Assemblée nationale – a créé un risque que les agriculteurs abandonnent leur activité de location, au détriment de leur complément de revenus mais aussi du dynamisme des territoires.

Ils ont estimé cependant que la solution à ce problème résidait dans une neutralisation, pour sa seule application aux prélèvements sociaux des agriculteurs louant des gîtes ruraux, de la rédaction de l'article 50-0 du code général des impôts trouvant en vigueur avant la loi qui s'applique depuis quelques jours, donc résultant de la loi de finances pour 2024, plutôt que dans un cumul entre un allégement fiscal et, sur le plan des régimes sociaux, la franchise intégrale de cotisations que suggérait Mme Espagnac et que le Sénat a adoptée, laquelle créerait une distinction entre loueurs difficile à mettre en pratique par les organismes de recouvrement.

Par ailleurs, l'inclusion des cotisations d'assurance vieillesse dans le champ de l'exonération aurait été, aux yeux des rapporteurs, extrêmement défavorable à la constitution de droits à pension par les agriculteurs, alors que dans de nombreuses familles politiques un combat est justement mené pour les augmenter.

*
* * *

Article 5 bis

**Diverses mesures d'aménagement de la réforme de l'assiette sociale
des travailleurs indépendants**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- L'article 5 bis résulte de l'adoption d'un amendement du Gouvernement (n° 2342). Il précise et corrige les dispositions de l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 qui a unifié l'assiette sociale des non-salariés en mettant fin à la double circularité suivant laquelle le calcul des cotisations nécessitait de faire au revenu fiscal super-brut divers retranchements, notamment celui de la fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) déductible de l'impôt sur le revenu (IR) sur le fondement de l'article 154 *quinquies* du code général des impôts, alors que le montant de la CSG dépendait lui-même de celui des cotisations.

Toutes seront désormais assises sur le revenu professionnel diminué des frais et charges, abattu de 26 % sous réserve d'un plancher et d'un plafond fixés par voie réglementaire et, dans le seul cas des cotisations, augmenté des revenus de remplacement mais minoré des sommes tirées de la participation, comme en dispose l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime.

- Le I de l'article 5 bis modifie le deuxième alinéa de l'article L. 731-35 du même code pour supprimer la subordination du bénéfice de la réduction du taux de la cotisation pour les risques maladie et maternité prévue par l'article L. 621-3 du code de la sécurité sociale au fait que le chef d'exploitation « *exerc[e] son activité à titre exclusif ou principal* ».

Le II modifie le code de la sécurité sociale.

Le 1° rétablit le 1° du I de l'article L. 136-3 du même code dans son état antérieur à la réforme de 2024 en minorant, dans l'assiette de la CSG, les produits des activités relevant des bénéfices industriels et commerciaux⁽¹⁾ à hauteur du montant des « *subventions d'équipement accordées à une entreprise par l'Union européenne [...], l'État, les collectivités publiques ou tout organisme public à raison de la création ou de l'acquisition d'immobilisations* » qui, aux termes des deux premiers alinéas du 1 de l'article 42 *septies* du code général des impôts, sont étaillées dans le compte de résultat, c'est-à-dire « *rapporées aux bénéfices imposables en même temps et au même rythme que celui auquel l'immobilisation en cause est amortie* ».

(1) Ces cas où lesquels l'impôt sur le revenu est pris en tant qu'impôt sur les sociétés font l'objet du I du II de la sous-section 1 de la section II du chapitre I^e du titre I^e de la première partie du code général des impôts.

Le 2° modifie le I de l'article L. 136-4 dudit code, définissant diverses majorations ou abattements concernant l'assiette de CSG des travailleurs indépendants agricoles.

Le **a** complète son A par un 3° prévoyant qu'en plus de la dotation en capital accordée aux jeunes agriculteurs (DJA) et d'une compensation *ad hoc* pour l'abattage total ou partiel de troupeaux, soit bien maintenue l'exclusion actuelle des plus-values de cession à court terme déjà exonérées de l'IR en application des articles 151 *septies* et 238 *quindecies* du code général des impôts. Le **b** complète le premier alinéa de son C pour préciser que les montants assujettis sont, dans deux cas d'exercice groupé, retenus non seulement « *en proportion des droits aux bénéfices [de chacun] au sein de l'ensemble des associés ou coexploitants* », mais aussi « *à hauteur des rémunérations et des avantages personnels non déductibles des résultats [du groupe] qu'ils ont perçus* ».

Le **III** modifie directement le VII de l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, relatif aux modalités de son entrée en vigueur pour les travailleurs indépendants non-agricoles.

Le 1° modifie sa première phrase et prévoit que, pour les non-salariés non-agricoles autres que ceux mentionnés à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale, à savoir les micro-entrepreneurs ayant opté pour le régime allégé et le mode de déclaration simplifié respectivement définis aux articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts, la réforme ne s'appliquera pas au 1^{er} janvier 2026, mais lors de la régularisation au cours de cette année.

Le 2° précise que pour micro-entrepreneurs, la nouvelle assiette concernera les cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2026, de sorte que le droit antérieur demeurera expressément valable en 2025.

Enfin, le 3° fixe les modalités de reconstitution des revenus super-bruts perçus par les non-salariés agricoles en 2023 et 2024 par les caisses de Mutualité sociale agricole (MSA), afin de déterminer l'assiette triennale des cotisations et contributions sociales pour 2026 et 2027.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

L'article 5 *bis* a été adopté par le Sénat sans modification.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article, après avoir adopté une proposition de rédaction des rapporteurs pour préciser que l'article 5 *bis* du projet de loi de financement de la sécurité sociale qui y porte plusieurs aménagements doit lui-même concerner les cotisations et les contributions dues à compter du 1^{er} janvier 2026, en cohérence avec le fait que la réforme de l'assiette sociale des indépendants

résultant de l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 s'appliquera, dans le cas des non-salariés agricoles, à compter du 1^{er} janvier 2026.

*
* * *

Article 5 ter

**Application de la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants
à Mayotte et allongement du délai d'une ordonnance**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

**1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture
à l'Assemblée nationale**

• L'article 5 *ter* résulte de l'adoption d'un amendement du Gouvernement (n° 2089), lequel concerne la transposition à l'outre-mer de la réforme de l'assiette des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants faite par l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

• Le 1^o insère un paragraphe au même article 18, prévoyant une nouvelle rédaction du II de l'article 28-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte : ainsi, les revenus d'activité assujettis dans les conditions prévues à l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale seront, dans ce département, la future base de calcul des prélèvements sociaux des non-salariés non agricoles dans ce département, alors qu'il s'agit en l'état de la surface pondérée de l'exploitation – comme du reste en Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, sur le fondement de l'article L. 781-11 du code rural et de la pêche maritime.

Le 2^o rehausse de dix-huit mois à trois ans le délai fixé au premier alinéa du I de l'article 26 de la même loi de financement – et courant à compter du 1^{er} janvier 2024 – dans lequel le Gouvernement est autorisé à transposer par voie d'ordonnance la réforme des cotisations et contributions sociales des non-salariés agricoles dans les départements d'outre-mer.

Ce faisant, il aligne le temps donné pour cette première l'habilitation sur celui prévu pour l'ordonnance sollicitée par de l'habilitation prévue par le VIII de l'article 22 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, portant réforme des modalités de calcul des pensions des non-salariés agricoles sur la base des vingt-cinq meilleures années de revenus.

En effet, comme le souligne l'exécutif dans l'exposé sommaire de son amendement, « *pour liquider une pension de retraite en fonction des meilleures années de revenus, il faut forcément avoir cotisé sur une assiette en fonction de ces mêmes revenus* ».

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

L'article 5 *ter* a été adopté par le Sénat sans modification.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans la rédaction issue des travaux du Sénat, moyennant deux ajustements rédactionnels.

*
* * *

Article 5 quater

Rapport sur la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : suppression.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

L'article 5 *quater* résulte de l'adoption d'un amendement du Gouvernement (n° 2382), modifié par un sous-amendement de M. Jérôme Guedj (groupe Socialistes et apparentés) (n° 2385). Il demande un rapport sur la mise en œuvre de l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, qui a réformé l'assiette des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants et sur la « *pertinence de définir l'assiette des cotisations sociales comme celle de la contribution sociale généralisée* », le second auteur estimant utile de « *limiter des exemptions d'assiette obsolètes* ».

Le rapport de MM. Bozio et Wasmer (*cf.* le commentaire de l'article 6 dans le rapport fait en première lecture) note en effet « *qu'une très grande partie de ces [3 042] cas sont des dispositifs anciens, qui ne trouvent pas de justification* ».

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté un amendement de la commission (n° 120) supprimant l'article 5 *quater*, le Gouvernement s'en étant remis à la sagesse du Sénat.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

Tenant les demandes de rapport pour ce qu'elles sont – des amendements d'appel sans effet normatif ni garantie de remise, surtout lorsqu'elles concernent des sujets faisant déjà l'objet de moult publications, voire des annexes du projet de loi de financement –, la commission mixte paritaire a maintenu la suppression de l'article 5 *quater* opérée par le Sénat.

*
* * *

Article 5 quinques (nouveau)

Étendre aux établissements publics de coopération intercommunale de l'exonération patronale pour l'emploi des aides à domicile dont bénéficient les centres intercommunaux d'action sociale

Origine de l'article : amendement adopté au Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

• L'article 5 *quinquies* résulte de l'adoption d'un amendement déposé par M. Éric Gold et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen en séance publique au Sénat, suivant l'avis favorable de la commission mais contre l'avis du Gouvernement. Il permet aux établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), lorsqu'ils sont amenés à gérer des services d'aide et d'accompagnement à domicile, de bénéficier de l'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale sur les rémunérations des aides à domicile prévue par l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale.

• Des amendements similaires avaient déjà été adoptés par le Sénat à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022. Les auteurs de l'amendement dont est issu le présent article estiment que celui-ci permettrait de traiter de manière égalitaire, d'une part, les EPCI chargés de l'action sociale et, d'autre part, les centres communaux d'action sociale (CCAS) ainsi que les centres intercommunaux d'action sociale (CIAS), lesquels bénéficient d'une telle exonération.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

• La commission mixte paritaire a apporté deux modifications au présent article :

– d'une part, elle a étendu le bénéfice de la même exonération de cotisations patronales aux syndicats mixtes dits « fermés ». En conséquence, elle a supprimé

l'article 6 *ter*, que le Sénat avait introduit dans le texte et qui procédait à la même modification du champ d'application de ladite exonération ;

– d'autre part, afin d'assurer la conformité de cet article à la Constitution, la commission mixte a restreint le champ d'application du présent article aux EPCI et syndicats mixtes « fermés » ayant pour objet *exclusif* l'action sociale. En effet, le Conseil constitutionnel a jugé que la limitation du bénéfice de l'exonération de cotisations patronales pour l'emploi d'une aide à domicile à certaines catégories d'établissements publics est conforme à la Constitution dans la mesure où celle-ci vise à favoriser, pour le suivi social des personnes dépendantes, la coopération intercommunale spécialisée en matière d'aide sociale⁽¹⁾. Aussi, l'élargissement du champ d'application de cette exonération à certains EPCI et syndicats mixtes à vocation multiple introduirait, entre ceux-ci et les autres catégories d'établissements publics, une différence de traitement qui ne répondrait pas à la condition de spécialité dégagée par le Conseil constitutionnel.

*
* * *

Article 5 sexies (nouveau)

Exonération de cotisations sociales à raison des prestations perçues par les volontaires du service civique

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• L'article 5 *sexies* est issu de l'adoption par le Sénat d'un amendement de Mme Frédérique Espagnac (groupe Socialiste, Écologiste et Républicain) (n° 1089), suivant l'avis de la commission et du Gouvernement.

• Il complète le deuxième alinéa de l'article L. 120-19 du code du service national pour disposer que les personnes ayant souscrit avec une personne morale agréée un contrat de service civique ou de volontariat associatif qui perçoivent des « *prestations nécessaires à leur subsistance, leur équipement, leur transport et leur logement* », tout en devant « *rester proportionnées aux missions confiées aux volontaires* », ne soient également « *pas soumises à cotisations sociales* ».

(1) *Décision n° 2011-158 QPC du 5 août 2011, notamment le considérant 4* : « considérant que l'exonération de cotisations patronales prévue par l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale tend à favoriser le maintien chez elles des personnes dépendantes ; que le cinquième alinéa du paragraphe III de cette disposition limite le bénéfice de l'exonération de la cotisation d'assurance vieillesse due par les employeurs publics aux seuls centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ; que le législateur a ainsi entendu favoriser, pour le suivi social des personnes dépendantes, la coopération intercommunale spécialisée en matière d'aide sociale ; qu'il s'est fondé sur un critère objectif et rationnel ; que la différence de traitement qui en résulte ne crée pas de rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques ; que, dès lors, le grief tiré de la méconnaissance de l'article 13 de la Déclaration de 1789 doit être rejeté ».

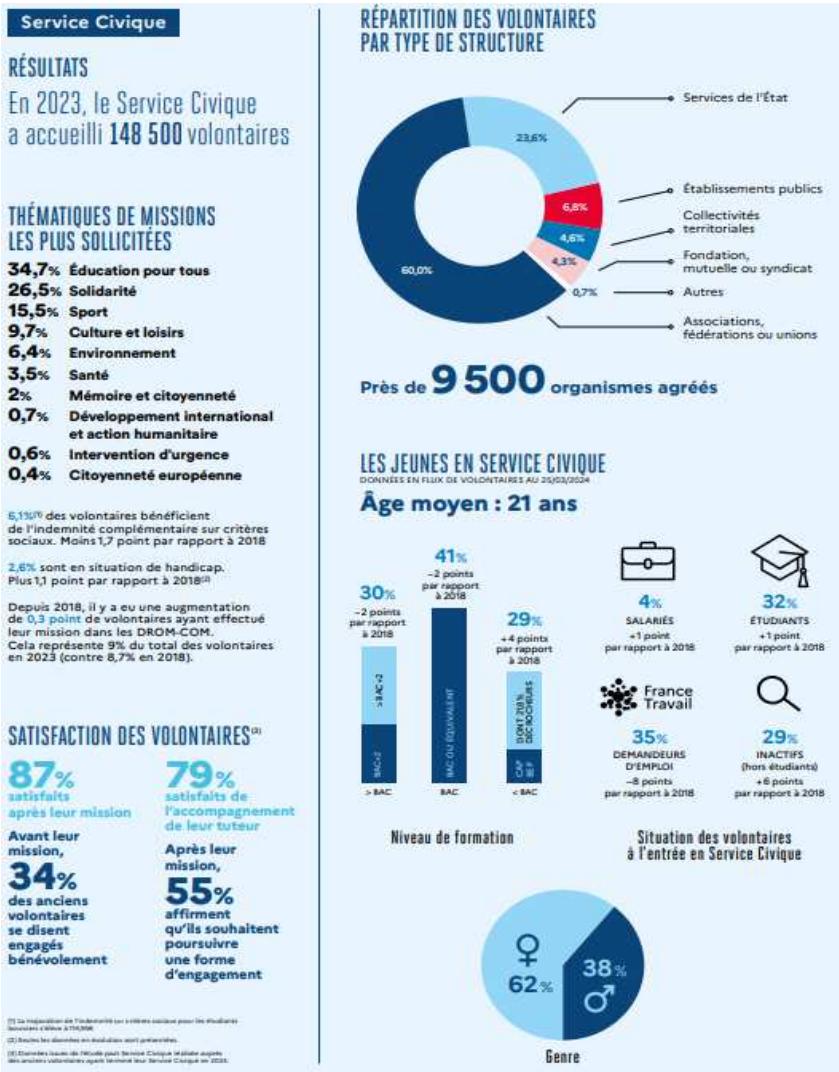
Comme l'a indiqué l'auteure de l'amendement, telle est déjà la pratique de la sécurité sociale, mais il convient de lui donner une base légale.

• La loi n° 2010-241 du 10 mars 2010 relative au service civique a inscrit au I de l'article L. 120-1 du même code que cette forme de volontariat « *a pour objet de renforcer la cohésion nationale et la mixité sociale et offre [...] l'opportunité de servir les valeurs de la République et de s'engager en faveur d'un projet collectif en effectuant une mission d'intérêt général en France ou à l'étranger [...]* », étant entendu que « *les missions d'intérêt général susceptibles d'être accomplies dans le cadre d'un service civique revêtent un caractère philanthropique, éducatif, environnemental, scientifique, social, humanitaire, sportif, familial ou culturel, ou concourent à des missions de défense et de sécurité civile ou de prévention, de promotion de la francophonie et de la langue française ou à la prise de conscience de la citoyenneté française et européenne* » et à son II qu'il s'agit d'un « *engagement volontaire d'une durée continue de six à douze mois donnant lieu à une indemnisation prise en charge par l'Agence du service civique, ouvert aux personnes âgées de seize à vingt-cinq ans ou aux personnes reconnues handicapées âgées de seize à trente ans, en faveur de missions d'intérêt général reconnues prioritaires pour la Nation* ».

Aux termes des 1° à 3° du même II – seul le 1° étant concerné par l'article additionnel ici commenté –, sont assimilés au service civique le volontariat associatif « *d'une durée de six à vingt-quatre mois, ouvert aux personnes âgées de plus de vingt-cinq ans, auprès d'associations de droit français ou de fondations reconnues d'utilité publique* », le volontariat international en administration (VIA), ou en entreprise (VIE), le volontariat de solidarité internationale (VSI), le service volontaire européen (SVE) et enfin le service civique des sapeurs-pompiers.

Le premier alinéa de l'article L. 120-21 dudit code exonère de l'impôt sur le revenu (IR) les indemnités et les prestations citées *supra*, cependant que ces premières sont intégrées à l'assiette des cotisations, de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) mais pas des autres cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle – assurance chômage, retraites complémentaires, etc.

CHIFFRES-CLEFS SUR LE SERVICE CIVIQUE



Source : rapport d'activité de l'Agence du service civique (décembre 2023).

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans la rédaction issue des travaux du Sénat, moyennant un ajustement rédactionnel.

*

* *

Article 6

Réforme des allégements généraux de cotisations patronales

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• Cet article réforme les allégements généraux de cotisations patronales progressivement institués au cours des trente dernières années. Dans sa rédaction initiale, il prévoyait :

– de modifier, dès **2024**, l'assiette de calcul des allégements généraux de cotisations. D'une part, les sommes exclues de cette assiette au titre de la déduction forfaitaire spécifique (DFS) pour frais professionnels auraient été intégrées à la rémunération prise en compte pour le calcul des allégements applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2024. D'autre part, les primes de partage de la valeur versées à compter du 10 octobre 2024 auraient été comprises dans l'assiette de calcul des allégements généraux de cotisations patronales ;

– de permettre au Gouvernement de geler la valeur du point de sortie de la réduction générale de cotisations patronales, actuellement fixé à 1,6 fois le Smic, afin de neutraliser l'effet de la revalorisation anticipée du Smic entrée en vigueur le 1^{er} novembre dernier ;

– de supprimer progressivement, à partir de **2025**, les réductions proportionnelles des taux des cotisations employeurs maladie (« bandeau maladie », jusqu'à 2,5 fois le Smic en vigueur le 31 décembre 2023) et famille (« bandeau famille », jusqu'à 3,5 fois le Smic en vigueur le 31 décembre 2023). Aussi, le point de sortie de ces deux dispositifs aurait été abaissé respectivement à 2,2 et 3,2 fois le Smic en 2025. À compter de **2026**, les deux réductions proportionnelles auraient été supprimées tandis que le point de sortie de la réduction générale de cotisations patronales aurait été relevé de 1,6 fois le Smic à 3 fois le Smic. La formule de calcul du taux d'exonération applicable à chaque niveau de rémunération, laquelle est définie par voie réglementaire, aurait été modifiée en conséquence ;

– d'habiliter le Gouvernement à modifier les règles de déclaration et de calcul des réductions de cotisations patronales dont le bénéfice est cumulable avec celui du bandeau famille et du bandeau maladie mais pas avec la réduction générale, cet ensemble comprenant en particulier les exonérations applicables aux employeurs des départements et régions d'outre-mer (dites « Lodeom »), le dispositif pour l'embauche de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi dans le secteur agricole (TO-DE) ainsi que les exonérations au titre de l'aide à domicile auprès de personnes âgées ou en situation de handicap.

- La réforme des allégements généraux proposée par le Gouvernement poursuivait quatre objectifs :

– lutter contre le phénomène des trappes à bas salaire en atténuant la dégressivité du taux d'exonération en fonction du salaire, conformément à l'objectif de « désmicardisation » ainsi qu'aux constats et aux préconisations présentés dans le rapport de MM. Antoine Bozio et Étienne Wasmer portant sur les exonérations de cotisations sociales (dit « rapport Bozio-Wasmer ») ;

– maîtriser le coût des allégements généraux de cotisations qui, sous l'effet notamment des revalorisations successives du salaire minimum dans le contexte du choc d'inflation constaté depuis 2021, a crû de 20 milliards d'euros en trois ans pour atteindre près de 80 milliards d'euros en 2024. Aussi, les économies liées à la réforme proposée par le Gouvernement étaient estimées à environ 5 milliards d'euros, cette somme étant ramenée à 4 milliards d'euros une fois pris en compte l'effet de la mesure sur le produit de l'impôt sur les sociétés ;

– continuer à soutenir l'emploi, conformément à la vocation initiale des allégements de cotisations sur les bas salaires mis en œuvre à compter des années 1990 ;

– préserver la compétitivité des entreprises, notamment celles du secteur industriel, en fixant le point de sortie des allégements généraux à 3 fois le Smic, alors même que MM. Antoine Bozio et Étienne Wasmer – à l'instar de MM. Jérôme Guedj et Marc Ferracci dans le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) de l'Assemblée nationale de septembre 2023 – préconisaient de supprimer les allégements de cotisations portant sur les salaires excédant 2,5 fois le Smic.

- Par ailleurs, l'article 6 visait à conférer un fondement législatif au Bulletin officiel de la sécurité sociale (BOSS), qui présente, sur un site internet, la doctrine administrative applicable à la déclaration et au calcul des cotisations et des contributions sociales. Il prévoyait de rendre opposable cette doctrine à l'ensemble des organismes chargés du recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale.

- Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale, après que plusieurs amendements de suppression ont été adoptés lors de l'examen du projet de loi par la commission des affaires sociales et en séance publique.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

- Le Sénat a adopté l'article 6 modifié par plusieurs amendements :

- deux amendements identiques, déposés par M. Franck Dhersin et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste ainsi que par Mme Brigitte

Micouleau et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, ont supprimé l’alinéa 10 afin de continuer d’appliquer les déductions forfaitaires spécifiques pour frais professionnels (DFS) à la rémunération prise en compte pour le calcul de la réduction générale dégressive. Ces amendements ont été adoptés contre l’avis du Gouvernement, la commission s’en étant remise à cet avis ;

– un amendement de la commission, ayant reçu un avis de sagesse du Gouvernement, qui modifie le barème des allégements de cotisations proposé pour 2025, en supprimant la réduction de 2 points du taux d’exonération applicable aux rémunérations égales au Smic et en réduisant les plafonds d’allégements pour les salaires supérieurs à 2,1 Smic pour le bandeau maladie – au lieu de 2,2 Smic selon la rédaction initiale de l’article – et 3,1 Smic pour le bandeau famille – tandis que le texte déposé par le Gouvernement le fixait à 3,2 Smic. Dans l’hypothèse où ces modifications du barème des allégements s’appliqueraient aux rémunérations dues au titre des périodes d’activité à compter du 1^{er} janvier, elles conduiraient à réduire d’un milliard d’euros le rendement de la réforme, lequel s’élèverait ainsi à 3 milliards d’euros ;

– un amendement de la commission, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement, visant à modifier le barème des allégements généraux applicable à compter de 2026, en supprimant la minoration de 4 points du taux d’exonération au niveau du Smic et ramenant, en contrepartie, la fin des allégements généraux de cotisations à 2,05 Smic au lieu de 3 Smic. D’après le Gouvernement, cette réforme du barème des allégements généraux entraînerait en 2026 un surcroît de recettes de 4,5 milliards d’euros ;

– un amendement de la commission, ayant fait l’objet d’un avis de sagesse du Gouvernement, créant un comité de suivi chargé d’évaluer la réforme des allégements généraux. Ce comité serait chargé de présenter l’état des évaluations réalisées dans un rapport qu’il remettrait avant le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale de l’année à compter du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 et jusqu’au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2030 ;

– un amendement de Mme Nathalie Goulet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, ayant reçu un avis favorable de la commission mais un avis défavorable du Gouvernement, visant à différer au 1^{er} janvier 2026 l’entrée en vigueur de l’opposabilité aux caisses de mutualité sociale agricole (MSA) de la doctrine administrative publiée au Bulletin officiel de la sécurité sociale (Boss) ;

– deux amendements identiques déposés par Mme Annick Petrus et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains ainsi que par Mme Catherine Conconne et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, ayant reçu un avis défavorable de la commission et du Gouvernement, visant à cristalliser le régime d’exonération de cotisations patronales applicable en Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique et à La Réunion (dit « Lodeom »), dans sa forme antérieure à l’entrée en vigueur de la réforme des allégements généraux de cotisations.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a apporté plusieurs modifications au barème des allégements généraux qui s'appliquerait en 2025 (**a**) et en 2026 (**b**), neutralisé l'incidence de la réforme de ceux-ci sur les exonérations ciblées de cotisations patronales (**c**), adopté des modalités dérogatoires de calcul de la réduction générale à l'intention des branches dont le salaire minimum national est inférieur au Smic (**d**) et apporté divers ajustements rédactionnels et techniques au texte adopté par le Sénat (**e**).

a. Le point de sortie des réductions proportionnelles des cotisations famille et maladie applicable en 2025 a été relevé par rapport aux dispositions du projet de loi et du texte adopté par le Sénat

La commission mixte a d'abord fixé, pour l'année 2025, le point de sortie du bandeau maladie à 2,25 Smic et celui du bandeau famille à 3,3 Smic, tout en confirmant la suppression de la disposition qui réduisait de 2 points le taux maximal d'exonération, laquelle aurait entraîné une augmentation du montant des cotisations patronales applicables aux rémunérations proches du Smic.

Dans l'hypothèse où le nouveau barème aurait été appliqué aux revenus versés au titre des périodes d'activité à compter du 1^{er} janvier 2025, le rendement net de la réforme – tenant compte de l'effet de la mesure sur le produit de l'impôt sur les sociétés – se serait élevé à 1,6 milliard d'euros.

b. Le point de sortie de la nouvelle réduction générale applicable à compter de 2026 a été rétabli à son niveau initial, tandis que les modalités de fixation du taux maximal d'exonération ont été réformées

Sans remettre en cause la fusion des trois dispositifs d'allégement prévue par le projet de loi et confirmée lors de l'examen au Sénat, la commission mixte a modifié, pour les années 2026 et suivantes, d'une part, le point de sortie des allégements généraux et, d'autre part, les modalités de définition du barème desdits allégements, en permettant au pouvoir réglementaire de fixer librement le taux maximal d'exonération.

En premier lieu, la commission a rétabli à son niveau initial le plafond de rémunération à compter duquel la réduction générale dégressive cesse de s'appliquer, en prévoyant que celui-ci soit fixé par décret dans l'intervalle compris entre 3 fois le Smic en vigueur le 1^{er} janvier 2024 et 3 fois le Smic de l'année en cours. Par comparaison, le Sénat avait prévu que la réduction générale cesse de s'appliquer dès 2,05 fois le Smic de l'année en cours, ce seuil ayant été défini de façon à compenser la perte de recettes liée à la suppression de la disposition minorant de 2 points le taux maximal d'exonération.

Par ailleurs, la commission a permis au Gouvernement d'ajuster par voie réglementaire le taux maximal d'exonération.

En l'état du droit, le troisième alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale dispose que ce taux est « *fixé par décret, à hauteur des taux des cotisations et contributions incluses dans le périmètre de la réduction* » générale.

Le **b** du 2° du **III** de l'article 6 modifie cette disposition pour prévoir qu'à compter du 1^{er} janvier 2026 le taux maximal d'exonération soit défini par décret « *dans la limite* » des taux des prélèvements entrant dans le champ de ladite réduction, et non plus « *à hauteur* » de ces taux. L'objectif sous-jacent est de permettre au pouvoir réglementaire de maintenir, en 2026, le point d'entrée de la réduction générale – c'est-à-dire la valeur du taux maximal d'exonération – à son niveau de 2025, en neutralisant l'effet de la revalorisation du Smic sur celui-ci.

Cette modification des modalités de calcul des allégements, associée à un gel du point de sortie de la réduction générale à son niveau de 2025, aurait entraîné un surcroît de recettes de cotisations estimé à 1,6 milliard d'euros en 2026 – soit une économie semblable à celle réalisée l'année précédente.

c. La cristallisation des exonérations spécifiques affectées par la réforme des allégements généraux et la restriction de l'objet de l'habilitation à légiférer par ordonnance

- Des parlementaires de plusieurs groupes s'étant opposés, au cours de l'examen du projet de loi en première lecture, tant à la déclinaison mécanique de la réforme des allégements généraux aux bénéficiaires de certaines exonérations spécifiques qu'à la possibilité que ces dernières soient réformées par voie d'ordonnance⁽¹⁾, la commission a largement modifié les dispositions de l'article 6 se rapportant auxdites exonérations.

Le Sénat avait adopté deux amendements identiques prévoyant que l'exonération Lodeom applicable en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion continue d'être mise en œuvre sous sa forme antérieure à la réforme des allégements généraux prévue par le présent article (*cf. supra*). Il avait, par ailleurs, apporté une modification analogue à l'article 4 afin de cristalliser l'exonération TO-DE sous sa forme actuelle. Ces aménagements visaient à empêcher une déclinaison mécanique, pour les bénéficiaires de certaines réductions spécifiques de cotisations patronales, des modifications apportées au taux maximal d'exonération ainsi qu'à la définition de la rémunération prise en compte pour calculer la réduction générale de cotisations patronales. En effet, en l'absence de tels ajustements du dispositif proposé par le Gouvernement, et compte tenu du renvoi aux modalités de calcul de la réduction générale qui figure aux articles prévoyant ces allégements spécifiques, le taux maximal d'exonération applicable aux bénéficiaires des exonérations TO-DE et Lodeom aurait diminué de deux points dès le 1^{er} janvier 2025. De manière analogue, l'inclusion de la prime de partage de la valeur dans l'assiette de calcul de la réduction générale et la suppression du cumul

(1) Cf. notamment le compte rendu de la première séance du mercredi 30 octobre 2024 à l'Assemblée nationale et celui de la séance du 19 novembre 2024 au Sénat.

de la DFS avec cette dernière se seraient appliquées aux bénéficiaires de ces exonérations.

• L'intérêt de la neutralisation des effets de la réforme sur les dispositifs Lodeom et TO-DE était cependant amoindri par la suppression, à l'initiative du Sénat et pour l'ensemble des employeurs, de l'augmentation du taux de cotisations dues sur les rémunérations proches du Smic. En outre, la cristallisation des exonérations Lodeom et TO-DE opérée par ces amendements demeurait incomplète dans la mesure où elle ne tirait pas les conséquences de la suppression, à compter de 2026, des réductions proportionnelles des cotisations d'allocations familiales et d'assurance maladie, laquelle aurait été compensée, pour les employeurs bénéficiant de la réduction générale, par le relèvement du point de sortie de cette dernière à 3 Smic.

Aussi, tout en maintenant les dispositions introduites lors de l'examen au Sénat afin de geler le dispositif Lodeom (**IV bis**), la commission a-t-elle prévu que, dans le cas des réductions spécifiques de cotisations patronales, les bandeaux famille et maladie s'appliquent sous leur forme antérieure à la réforme des allégements généraux prévue par le présent article (**IV quater**)⁽¹⁾.

La commission mixte a corrélativement réduit l'objet de l'habilitation à légiférer par ordonnance (**V**), en autorisant le Gouvernement :

– d'une part, à modifier le dispositif de chacune des réductions dégressives spécifiques de cotisations patronales afin de prévoir que, pour les salariés donnant droit à la réduction générale dégressive, les bandeaux famille et maladie continuent de s'appliquer (1°) ;

– d'autre part, à réformer les règles de calcul de ces exonérations afin de corriger les cas où, à compter de 2026, la somme d'une réduction spécifique et des bandeaux famille et maladie serait inférieure à celle de la réduction générale pour certains niveaux de revenu d'activité (2°).

d. La modification de l'assiette de calcul de la réduction générale pour les entreprises relevant de branches professionnelles dont les minimas conventionnels sont inférieurs au Smic

• La commission mixte a également adopté une proposition de rédaction visant à modifier les modalités de calcul de la réduction générale des cotisations patronales pour les entreprises relevant d'une branche au sein de laquelle les rémunérations minimales sont inférieures au Smic (4° du **I**, rétablissant le **VIII** de l'article L. 240-13 du code de la sécurité sociale dans une nouvelle rédaction).

Le taux d'exonération applicable à chaque rémunération serait ainsi calculé, pour les entreprises concernées, sur le salaire minimum national professionnel des

(1) La commission mixte s'est, sur ce point, fondée sur le dispositif de l'amendement n° 124 présenté par la commission des affaires sociales du Sénat, lequel n'avait pas été adopté lors de l'examen du projet de loi en séance publique en raison de l'adoption des amendements précités qui cristallisent l'exonération Lodeom.

salariés sans qualification et non sur le Smic, ce qui se traduirait, pour un niveau de rémunération déterminé, par un montant d'exonération moindre que celle qui résulterait de l'application du droit commun. Cette dérogation aux règles normales de calcul de la réduction générale s'appliquerait aux entreprises qui relèvent d'une branche pour laquelle le salaire minimum national susmentionné était inférieur au Smic en vigueur durant toute l'année civile précédant celle du mois civil au titre duquel le montant de la réduction est calculé et pour lesquelles aucun accord d'entreprise ni aucune décision unilatérale de l'employeur n'ont prévu au cours de l'année civile précédente des salaires supérieurs au Smic applicable.

• Toutefois, ces modalités dérogatoires de calcul de la réduction générale n'entreraient en vigueur qu'à compter du 1^{er} janvier 2026 et dans la seule hypothèse où moins de 90 % des branches dans lesquelles, au 1^{er} novembre 2024, le salaire minimum national professionnel était inférieur au Smic en vigueur se sont mises en conformité avec le Smic applicable au moins une fois (**II bis**).

La rédaction adoptée par la commission mixte renvoyait par ailleurs à un décret la définition des conditions d'application de cette dérogation, en particulier la liste des branches entrant dans le champ d'application de celle-ci.

e. Des ajustements d'ordre rédactionnel ou technique ont également été apportés au texte adopté par le Sénat

En premier lieu, la commission a procédé à une harmonisation des références à l'assiette de calcul de la réduction générale figurant à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale afin de préciser que ladite rédaction porte sur les « *revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations* », majorés le cas échéant de la prime de partage de la valeur.

Par ailleurs, la commission mixte a supprimé la disposition reportant au 1^{er} janvier 2026 la date à compter de laquelle le Bulletin officiel de la sécurité sociale serait opposable aux caisses de MSA.

*
* * *

Article 6 bis (nouveau)

Augmenter le taux de la contribution patronale sur les actions gratuites

Origine de l'article : amendement adopté au Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

L'article 6 *bis* résulte de l'adoption, suivant l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, de deux amendements identiques déposés par Mme Raymond Poncet Monge et les membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires ainsi que par Mme Cathy Apourceau-Poly et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

a. Le droit existant

- Depuis 2008, l'avantage résultant, pour un salarié, de l'attribution gratuite d'actions par l'employeur exclu de l'assiette des cotisations sociales⁽¹⁾. Il est cependant soumis à une contribution patronale spécifique assise sur la valeur, à leur date d'acquisition, des actions attribuées⁽²⁾. Depuis 2018⁽³⁾, le taux de cette contribution est fixé à 20 %. Il s'élevait auparavant à 30 %. Certaines petites et moyennes entreprises et entreprises de taille intermédiaire sont exonérées de ce prélèvement.

Les salariés qui bénéficient de ce dispositif sont par ailleurs assujettis à un prélèvement spécifique, au taux de 10 %, assis sur la fraction des gains d'acquisition supérieure à 300 000 euros⁽⁴⁾. Les gains inférieurs à ce montant sont soumis à la CSG sur les revenus de placement⁽⁵⁾.

- Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (Ralfss) de mai 2024, la Cour des comptes constatait que 0,3 % des salariés avaient bénéficié de ce dispositif en 2023⁽⁶⁾.

b. Le dispositif proposé

L'article 6 *bis* relève de 20 % à 30 % le taux de la contribution patronale sur les actions gratuites. Le Gouvernement estime que cette mesure augmenterait de 500 millions d'euros le rendement de celle-ci.

(1) Article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

(2) I de l'article L. 137-13 du code de la sécurité sociale.

(3) Article 11 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(4) Article L. 137-14 du code de la sécurité sociale.

(5) 6° du II de l'article L. 136-2 et e I de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale.

(6) Cour des comptes, Ralfss, mai 2024, p. 171.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article sans modification.

*
* * *

Article 6 ter (nouveau)

Étendre 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

Origine de l'article : amendement adopté au Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

- L'article 6 *ter* résulte de l'adoption d'un amendement de Mme Annie Le Houerou et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, contre l'avis du Gouvernement, la commission s'en étant remise à la sagesse du Sénat.

L'embauche d'une aide à domicile, intervenant auprès d'une personne âgée ou en situation de handicap, par un organisme prestataire de droit privé et par les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS et CIAS) donne lieu à une exonération des cotisations et contributions sociales à la charge de l'employeur⁽¹⁾. Le bénéfice de cet allégement dégressif ne peut être cumulé avec celui de la réduction générale des cotisations patronales.

- Le présent article étend le bénéfice de cette exonération aux syndicats mixtes dits « fermés ». Cette catégorie comprend les établissements publics constitués :

– soit de communes et d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ;

– soit d'EPCI uniquement⁽²⁾.

À la différence des CCAS – dont le ressort territorial est limité à celui de la commune qui l'institue – ou des CIAS – qui englobent l'ensemble des communes appartenant à un EPCI –, les syndicats mixtes fermés qui mettent en œuvre un service d'aide à la personne peuvent limiter leur action à certaines des communes d'un EPCI déterminé, ou encore associer des communes relevant d'EPCI distincts.

(1) I de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 5711-1 du code général des collectivités territoriales.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

• Tout en souscrivant à l'intention dont procédait cet article, la commission mixte paritaire a, par souci de clarté et de sobriété légistique, supprimé celui-ci, dont elle a repris le dispositif à l'article 5 *quinquies*. Ce dernier procédait en effet à une modification analogue du champ d'application de l'exonération de cotisations patronales pour l'emploi d'une aide à domicile, qu'il étendait aux EPCI ayant pour objet l'action sociale. Il était donc logique de fusionner ces deux dispositions.

Par ailleurs, afin de respecter à la condition de spécialité dégagée par le Conseil constitutionnel⁽¹⁾, la commission a précisé que cet élargissement bénéficierait uniquement aux EPCI et aux syndicats mixtes fermés ayant pour objet *exclusif* l'action sociale.

*
* * *

Article 6 quater (nouveau)

Mutualiser les coûts liés à certaines maladies professionnelles des bénéficiaires de l'obligation d'emploi de travailleur handicapé pour le calcul des cotisations d'accidents du travail et maladies professionnelles

Origine de l'article : amendement adopté au Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

L'article 6 *quater* résulte de l'adoption d'amendements identiques déposés par Mme Monique Lubin et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain ainsi que par Mme Nadège Havet et plusieurs de ses collègues du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, contre l'avis du Gouvernement mais avec un avis favorable de la commission.

a. Le droit existant

Aux termes de l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale, le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) est déterminé annuellement pour chaque catégorie de risques par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) d'après les règles fixées par décret. La loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 a prévu que ce décret instaure des modalités de calcul du taux de cotisation permettant 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

(1) Cf. le commentaire de l'article 5 *quinquies*.

âgés⁽¹⁾. Cette mesure visait à alléger le poids pour le dernier employeur de l’usure accumulée par les salariés âgés au cours de leur carrière.

b. Le dispositif proposé

Le présent article complète le premier alinéa de l’article L. 242-5 précité afin de préciser que les modalités de détermination du taux de la cotisation AT-MP définies par décret favorisent l’emploi des bénéficiaires de l’obligation d’emploi de travailleur handicapé, en permettant de mutualiser les coûts liés aux maladies professionnelles dont l’effet est différé. L’exposé sommaire de l’amendement dont est issu cet article souligne que la prévalence de ces pathologies est plus élevée parmi les travailleurs en situation de handicap. Cette situation conduit à majorer les cotisations AT-MP dues par les employeurs de ces salariés, à rebours de l’objectif de favoriser l’emploi des personnes en situation de handicap.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article sans modification.

*
* * *

Article 6 quinquies (nouveau)

Inclusion en 2026 et 2027 des entreprises du bâtiment et des travaux publics de Guadeloupe, de Martinique et de La Réunion dans les bénéficiaires du coefficient de compétitivité renforcée pour l’exonération dite « Lodeom »

Origine de l’article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l’examen en première lecture au Sénat

• L’article 6 *quinquies* est issu de l’adoption des amendements identiques de Mme Viviane Malet et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains (n° 464), de M. Victorin Lurel et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain (n° 1093) ainsi que de Mme Audrey Bélim et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain (n° 1297), contre l’avis du Gouvernement et la commission s’en étant remise à la sagesse du Sénat.

• Il complète le 1° du B du III de l’article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale pour disposer que l’exonération des cotisations et contributions patronales prévue par le I du même article⁽²⁾ s’applique en 2026 et 2027 pour l’intégralité des

(1) Article 5 de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

(2) Lequel fait référence au I de l’article L. 241-13 du code de la sécurité sociale et concerne, pour leur fraction à la charge des employeurs, les cotisations dues au titre des assurances sociales, des allocations familiales, des accidents du travail et des maladies professionnelles (sous conditions), les contributions au fonds national

revenus inférieurs au montant du Smic annuel majoré de 100 % puis de manière dégressive jusqu'à devenir nulle décroît à hauteur du Smic annuel majoré de 170 % en ce qui concerne le secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP) de la Guadeloupe, de la Martinique et de La Réunion.

Cette exonération résulte de dispositions cumulées de l'article 25 de la loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer (« Lodeom ») puis de l'article 159 de la loi n° 2008-1425 du 27 décembre 2008 de finances pour 2009, mais elle est communément désignée suivant le sigle de la première.

Elle concerne :

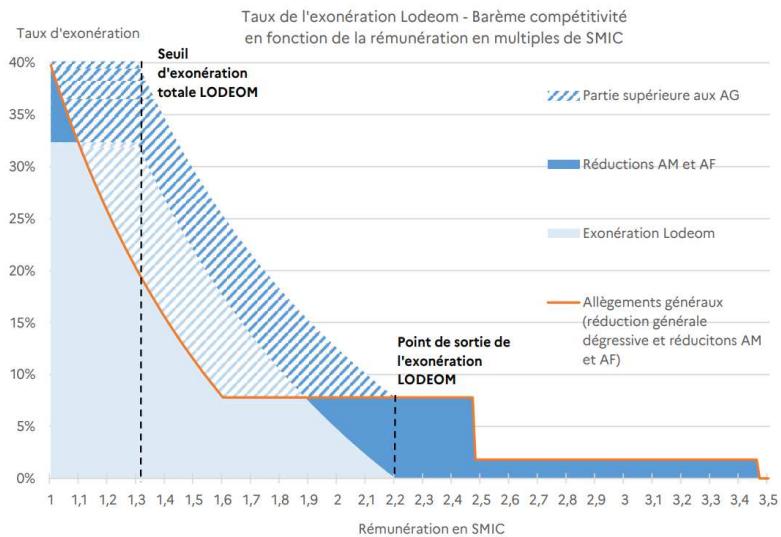
- les employeurs occupant moins de onze salariés ;
- sans limite d'effectif, ceux des secteurs du BTP, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, de l'environnement, de l'agronutrition, des énergies renouvelables, des technologies de l'information, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, du tourisme, du nautisme, de l'hôtellerie, de la recherche et du développement et, selon des critères n'ayant pas à être détaillés ici, de la desserte aérienne, maritime ou fluviale des trois départements concernés (avec des variantes à Saint-Barthélemy et Saint-Martin).

De nombreux barèmes sont susceptibles de s'appliquer à l'exonération dite « Lodeom », mais les trois principaux sont ceux de « compétitivité », de « compétitivité renforcée » et de « croissance et innovation ».

En l'état du droit, le BTP bénéficie du barème de « compétitivité », donc d'une exonération totale jusqu'au Smic majoré de 30 % puis dégressive jusqu'à devenir nulle à hauteur du Smic majoré de 120 %.

d'aide au logement mentionnées à l'article L. 813-4 du code de la construction et de l'habitation, dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale, la contribution de solidarité pour l'autonomie prévue au 1^o de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et les contributions dues au titre de l'assurance chômage prévues au 1^o de l'article L. 5422-9 du code du travail (sous conditions).

**COMPARAISON DU BARÈME DE « COMPÉTITIVITÉ »
DE L'EXONÉRATION DITE « LODEOM » AVEC CELUI DES ALLÉGEMENTS GÉNÉRAUX**

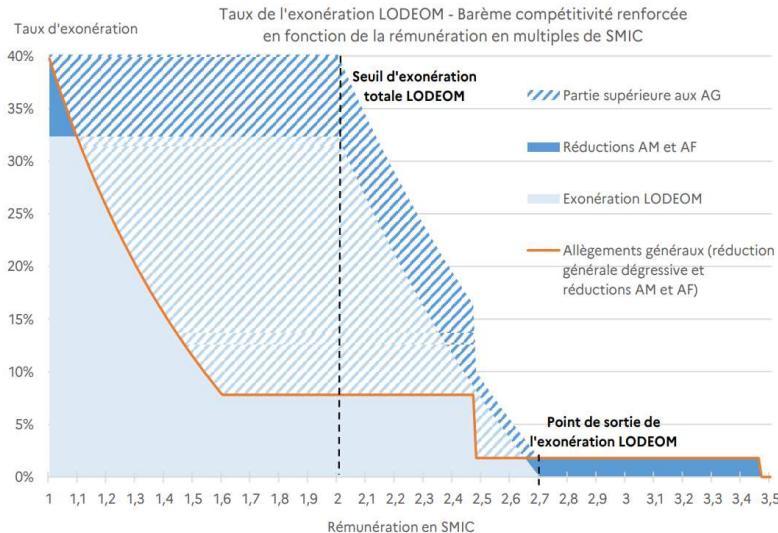


Note : AG – allègements généraux (hors modifications de l'article 6 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025) ; AM – assurance maladie ; AF – allocations familiales.

Source : annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (Placss) pour 2023.

Avec l'article 6 *quinquies*, le BTP jouirait du barème de « compétitivité renforcée », qui aujourd’hui ne vaut que pour les entreprises d’autres secteurs employant moins de 250 salariés et dont le chiffre d’affaires est inférieur à 50 millions d’euros, pour une exonération totale jusqu’au Smic majoré de 100 % puis dégressive jusqu’à devenir nulle à hauteur du Smic majoré de 170 %.

COMPARAISON DU BARÈME DE « COMPÉTITIVITÉ RENFORCÉE » DE L'EXONÉRATION DITE « LODEOM » AVEC CELUI DES ALLÉGEMENTS GÉNÉRAUX



Note : AG – allégements généraux (hors modifications de l'article 6 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025) ; AM – assurance maladie ; AF – allocations familiales.

Source : annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2023.

RÉCAPITULATIF DES BARÈMES DE L'EXONÉRATION DITE « LODEOM »

Guadeloupe, Guyane, Martinique et la Réunion			Saint-Barthélemy et Saint-Martin		
Dispositif de compétitivité	Seuil d'exonération totale	1,3 SMIC	Dispositif 11 salariés et plus	Seuil d'exonération totale	1,4 SMIC
	Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	1,3 SMIC		Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	1,4 SMIC
	Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	2,2 SMIC		Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	3 SMIC
Dispositif de compétitivité renforcée	Seuil d'exonération totale	2 SMIC	Dispositif - 11 salariés	Seuil d'exonération totale	1,4 SMIC
	Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	2 SMIC		Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	2 SMIC
	Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	2,7 SMIC		Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	3 SMIC
Dispositif d'innovation et croissance	Seuil d'exonération totale	1,7 SMIC	Dispositif renforcé	Seuil d'exonération totale	1,7 SMIC
	Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	2,5 SMIC		Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	2,5 SMIC
	Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	3,5 SMIC		Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	4,5 SMIC

Source : annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2023.

Les auteurs de l'amendement à l'origine de cet article additionnel estiment que son coût serait de 50 millions d'euros.

Le Gouvernement juge qu'il atteindrait plutôt 100 millions d'euros.

De telles bornes sont plausibles : au total, l'exonération dite « Lodeom » bénéficie à environ 214 000 entreprises, pour un coût total de 1,5 milliard d'euros en 2023 (soit 72 % de plus que les 856 millions d'euros de 2016).

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a supprimé cet article.
- Le rapporteur général souhaite rappeler que toute la durée de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 aura pour la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale été l'occasion de souligner son attachement à la prise en compte des spécificités ultramarines, dont les assurés comme les entreprises connaissent des difficultés. C'est d'ailleurs à l'initiative de M. Yannick Neuder, rapporteur général au cours de la première lecture, que le périmètre de l'exonération dite « Lodeom » a été cristallisé dans sa définition en vigueur au 1^{er} janvier 2024 pour éviter le risque qu'elle devienne moins avantageuse à cause de l'article 6 du projet de loi de financement.

Il n'apparaît néanmoins pas que l'article 6 *quinquies* soit techniquement opportun.

En effet, le classement du BTP dans le premier barème :

– est plus logique, puisque 95 % des entreprises de cette branche sont artisanales (moins de onze salariés), tandis que le deuxième barème, ainsi que l'a souligné la rapporteure générale du Sénat, « *concerne les entreprises soumises à la concurrence internationale ; or les emplois du BTP ne sont pas délocalisables* » ;

– demeure particulièrement intéressant, puisque l'avantage différentiel par rapport aux allégements généraux des cotisations est de 3 761 euros par an et par salarié au seuil du Smic majoré de 30 %.

Dans les prochaines semaines sera remis un rapport des inspections générales des finances (IGF) et des affaires sociales (Igas) sur les dispositifs de réduction des cotisations et contributions sociales spécifiques aux outre-mer.

Des premières conclusions de cette étude, il ressort que :

– les taux de marge des entreprises aidées par l'exonération dite « Lodeom » sont plus élevés que dans l'Hexagone, quelle que soit leur taille ;

– le ciblage des secteurs, déjà peu lié à leur exposition respective face à la concurrence, s'est amenuisé pour que s'installe une logique de guichet ;

– l'incidence sur l'emploi est très limitée et n'est pas significative non plus sur les rémunérations, la valeur ajoutée hors taxes par équivalent temps plein (ETP) et l'excédent brut d'exploitation (EBE).

Assurément, il faudra, quand toutes les données seront publiques, moderniser l'exonération dite « Lodeom » en la renforçant pour les branches qui en ont besoin, mais aussi en mettant un terme à ses aspects inefficaces.

*

* *

Article 6 sexies (nouveau)

Expérimenter durant trois ans 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

Origine de l'article : amendement adopté au Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

• L'article 6 *sexies* résulte de l'adoption, contre l'avis de la commission et du Gouvernement, d'un amendement de M. Henri Cabanel et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.

a. Le droit existant

Les cotisations sociales dues par les chefs d'exploitation et d'entreprise agricole sont en principe calculées sur la moyenne des revenus professionnels se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle les cotisations sont dues⁽¹⁾.

Il leur est cependant possible d'opter pour que ces cotisations soient calculées sur les revenus professionnels se rapportant à l'année précédant celle au titre de laquelle les cotisations sont dues⁽²⁾.

b. Le dispositif proposé

Le I du présent article autorise l'État à mettre en œuvre une expérimentation d'une durée de trois ans permettant 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. Cette modification des règles de calcul des cotisations dues par les non-salariés agricoles vise à éviter que ces derniers ne doivent s'acquitter, au cours d'un exercice déterminé, de cotisations dues au titre d'années au cours desquelles leurs revenus professionnels étaient plus élevés.

Le II renvoie à un décret, dont la publication devra intervenir avant le 1^{er} octobre 2025, la définition des modalités de cette expérimentation, qui ne pourrait en toute hypothèse concerner que trois régions.

Le III prévoit que, dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation, dans lequel il se prononcerait notamment sur la pertinence de sa généralisation.

(1) I de l'article L. 731-15 du code de la sécurité sociale.

(2) II de l'article L. 731-15 précité.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article moyennant deux modifications rédactionnelles.

*
* * *

Article 7

Rationaliser les exonérations de cotisations sociales pour les contrats d'apprentissage, les entreprises d'armement maritime et les jeunes entreprises innovantes

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 7 réforme un ensemble d'exonérations ciblées sur certaines catégories de travailleurs ou d'entreprises. Il met tout d'abord fin à l'exemption de l'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) dont fait l'objet la rémunération des apprentis. Il prévoit ainsi l'assujettissement à ces contributions de la part de cette rémunération excédant 50 % du Smic. Elle serait accompagnée d'une disposition réglementaire visant à abaisser de 79 % du Smic à la moitié de ce dernier le seuil d'assujettissement de la rémunération des apprentis aux cotisations salariales.

Par ailleurs, cet article limite aux navires de transport de passagers le bénéfice de l'exonération de cotisations employeur d'allocations familiales et d'assurance chômage applicable aux entreprises d'armement maritime soumises à la concurrence internationale.

Enfin, il supprime l'exonération de cotisations employeurs dont bénéficient les jeunes entreprises innovantes (JEI) et les jeunes entreprises de croissance (JEC) sur les rémunérations de leurs salariés affectés à la recherche et à l'innovation.

• Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

- Le Sénat a adopté cinq amendements :

– un amendement de coordination de la commission, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement, pour l’application de l’article à Wallis-et-Futuna ;

– deux amendements identiques, déposés par le Gouvernement et par M. Xavier Iacovelli et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, ayant reçu un avis favorable de la commission, visant à rétablir l’exonération de cotisations patronales accordée aux JEI et aux JEC tout en relevant de 15 % à 20 % la part de leurs charges que ces entreprises doivent consacrer à la recherche et à l’innovation pour bénéficier de ce statut ;

– deux amendements identiques, adoptés suivant l’avis du Gouvernement mais contre celui de la commission, de Mme Annick Billon et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste ainsi que de M. Emmanuel Capus et plusieurs de ses collègues du groupe Les Indépendants - République et Territoires, visant à limiter l’assujettissement des rémunérations des apprentis à la CSG et à la CRDS aux contrats d’apprentissages conclus à partir du 1^{er} janvier 2025, afin de ne pas modifier les conditions de rémunération des apprentis en cours de contrat.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- Outre une mesure de coordination visant à permettre l’application de l’article à Wallis-et-Futuna, la commission mixte a prévu une dérogation à la restriction du champ d’application de l’exonération de cotisations patronales applicable aux entreprises d’armement maritime exposées à la concurrence internationale afin de permettre aux navires câbliers ainsi qu’aux navires de service consacrés aux énergies marines renouvelables de continuer d’en bénéficier.

*
* * *

Article 7 bis A (nouveau)

Plafonner la part de la rémunération d’un apprenti qui est exonérée de cotisations salariales

Origine de l’article : amendement adopté par le Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

- Suivant l’avis de la commission, mais contre l’avis du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement de Mme Frédérique Puissat (groupe Les Républicains) visant à limiter à 50 % de la rémunération des apprentis la part de cette dernière qui est exonérée de la totalité des cotisations salariales d’origine légale ou conventionnelle.

En l'état du droit, ce plafond est fixé par décret⁽¹⁾. Il s'établit, depuis 2019, à 79 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic) en vigueur au titre du mois considéré⁽²⁾. Le Gouvernement a indiqué qu'il prévoyait d'abaisser ce seuil à 50 % du Smic, pour une économie estimée à 300 millions d'euros en 2025⁽³⁾.

- L'auteur de l'amendement a fait valoir, dans l'exposé sommaire de celui-ci, qu'il revenait au législateur, qui a instauré cette exonération, de prévoir les modalités de son encadrement⁽⁴⁾.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

• Par analogie avec les modifications apportées au cours de la navette, à l'article 7, au champ d'application du plafonnement de la part de la rémunération des apprentis exonérée de contribution sociale généralisée (CSG) et de contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), la commission mixte paritaire a prévu que la réduction de la part de cette rémunération qui est exonérée de cotisations salariales s'applique uniquement aux contrats d'apprentissage conclus à compter du 1^{er} janvier 2025. Ce champ d'application devrait être modifié pour tenir compte de l'entrée en vigueur du présent projet de loi, qui interviendra en tout état de cause à une date ultérieure.

*
* * *

Article 7 bis B (nouveau)

Contribution de solidarité par le travail en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

- Le présent article résulte d'un amendement « d'appel » de la commission des affaires sociales du Sénat à une réforme globale afin de financer le grand âge, adopté contre l'avis du Gouvernement.

Il substitue à la journée de solidarité, instituée en 2004 pour financer la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap, une contribution de solidarité par le travail qui prendrait la forme de quatorze heures

(1) Article L. 6243-2 du code du travail.

(2) Article D. 6243-5 du code du travail dans sa rédaction résultant du décret n° 2018-1357 du 28 décembre 2018 relatif aux modalités d'application de certains dispositifs d'exonérations ciblées de cotisations sociales.

(3) Annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, pp. 41 sqq. La réduction du coût de cette exonération bénéficierait à l'État, dans la mesure où elle diminuerait le montant des crédits alloués à la compensation du coût de cette exonération de cotisations salariales.

(4) Amendement n° 1213.

d'activité non rémunérées par an dans le cas d'un emploi à temps plein. Corrélativement, cet article relève de 0,3 % à 0,6 % le taux de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) due par les employeurs, laquelle constitue la contrepartie de ce temps de travail supplémentaire.

a. Le droit existant

- Instaurée en 2004⁽¹⁾, la journée de solidarité correspond à un temps de travail non rémunéré effectué par les salariés.

Son accomplissement repose sur la majoration de la durée annuelle de travail à raison de sept heures ou, dans le cas des salariés dont le temps de travail est défini selon un forfait annuel en jours, d'un jour supplémentaire⁽²⁾.

En contrepartie, les employeurs publics et privés versent à la sécurité sociale une contribution spécifique, qui est assise sur les mêmes revenus que les cotisations patronales d'assurance maladie, et dont le taux est fixé à 0,3 %⁽³⁾. Le produit de cette contribution – qui s'élevait à près de 2,4 milliards d'euros en 2023⁽⁴⁾ – est affecté à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), également créée en 2004 et chargée, depuis 2021, de la gestion de la branche autonomie de la sécurité sociale.

Depuis 2013⁽⁵⁾, une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa), qui est prélevée au même taux et bénéficie au même affectataire que la CSA, est assise sur les pensions de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite. Les avantages de vieillesse et d'invalidité non contributifs sont exclus de son assiette⁽⁶⁾. Son produit a atteint 880 millions d'euros en 2023⁽⁷⁾.

- Au sein du secteur privé, les modalités d'accomplissement de la journée de solidarité sont définies par un accord d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut par une convention ou un accord de branche⁽⁸⁾.

Cet accord peut prévoir que la journée de solidarité prenne la forme :

- du travail d'un jour férié précédemment chômé autre que le 1^{er} mai ;
- du travail d'un jour de repos prévu par l'accord d'entreprise ou par l'accord de branche relatif au temps de travail ;

(1) Articles 2 à 6 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

(2) Article 5 de la loi n° 2004-626 précitée.

(3) Article L. 137-40 du code de la sécurité sociale.

(4) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), octobre 2024, p. 23.

(5) Article 17 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

(6) Article L. 137-41 du code de la sécurité sociale.

(7) Rapport à la CCSS, octobre 2024, p. 23.

(8) Article L. 3133-11 du code du travail.

– ou de toute autre modalité permettant le travail de sept heures précédemment non travaillées en application de stipulations conventionnelles ou des modalités d’organisation des entreprises⁽¹⁾.

À défaut d’accord collectif définissant les modalités d’accomplissement de la journée de solidarité, ces dernières sont définies par l’employeur, après consultation du comité social et économique. Jusqu’en 2008, en l’absence d’un tel accord, ladite journée se tenait le lundi de Pentecôte⁽²⁾.

Dans le cas du secteur public, la journée de solidarité – qui concerne aussi bien les fonctionnaires que les agents non titulaires des trois fonctions publiques – est organisée selon des modalités analogues à celles qui s’appliquent dans les entreprises. Ces modalités sont définies :

– dans la fonction publique territoriale, par une délibération de l’organe exécutif de l’assemblée territoriale compétente, après avis du comité technique concerné ;

– dans la fonction publique hospitalière, par une décision du directeur de l’établissement, après avis des instances concernées ;

– dans la fonction publique de l’État, par un arrêté du ministre compétent pris après du comité technique ministériel concerné⁽³⁾.

b. Le dispositif proposé

• Le présent article repose sur le diagnostic largement partagé suivant lequel, compte tenu du vieillissement de la population et des modifications des conditions de prise en charge de la perte d’autonomie des personnes âgées, celle-ci nécessitera de mobiliser de nouveaux financements au cours des prochaines années. Ainsi, le rapport remis par Dominique Libault en mars 2019 à l’issue d’une large concertation portant sur le grand âge et l’autonomie (dit « rapport Libault ») faisait état de besoins de financements supplémentaires à l’horizon 2030 estimés à 10,4 milliards d’euros par rapport à 2018, pour les seules dépenses liées à la dépendance des personnes âgées⁽⁴⁾. Le rapport de préfiguration de la branche autonomie remis en septembre 2020 (dit « rapport Vachey ») visait quant à lui à identifier des sources de financement à hauteur de 3 à 5 milliards d’euros en 2024⁽⁵⁾.

• Le dispositif adopté par le Sénat s’appuie sur les dispositions en vigueur relatives à la journée de solidarité, qu’il renomme « contribution de solidarité par le travail » (1° du I, modifiant l’intitulé de la section 3 du chapitre III du titre III du code du travail).

(1) Ibid.

(2) Article L. 3133-12 du code du travail.

(3) Article 6 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l’autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

(4) Dominique Libault, Grand âge, le temps d’agir, mars 2019.

(5) Laurent Vachey, La branche autonomie : périmètre, gouvernance, financement, septembre 2020.

À l'instar du dispositif en vigueur, cette contribution prendrait la forme d'un temps de travail supplémentaire accompli par les salariés et de la CSA due par les employeurs (**2° du I**). Le travail accompli au titre de la contribution de solidarité, qui ne pourrait excéder quatorze heures, ne serait pas rémunéré (**3° du I**).

Les modalités d'accomplissement de la journée de solidarité seraient définies par un accord d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut par une convention ou un accord de branche (**a** du **6° du I**). Le **b** du **6° du I** dispose que cet accord peut prévoir des modalités permettant le travail de quatorze heures précédemment non travaillées en application des stipulations conventionnelles ou des modalités d'organisation des entreprises, à l'exception d'heures de travail effectuées le 1^{er} mai. À l'instar de la rédaction en vigueur de l'article L. 3133-11 du code du travail – laquelle prévoit aussi que la journée de solidarité peut être accomplie selon toute modalité permettant le travail de sept heures précédemment non travaillées –, le dispositif adopté par le Sénat confère aux acteurs de terrain une importante marge de manœuvre pour fixer les modalités d'accomplissement de ce temps de travail.

Le **4°** et le **5°** du même **I** tirent les conséquences de ces modifications dans le dispositif des articles L. 3133-8 et L. 3133-10 du code du travail, lesquels prévoient respectivement, d'une part, que les heures effectuées au titre de la contribution de solidarité ne s'imputent pas sur le contingent d'heures supplémentaires et qu'elles ne donnent lieu à aucune contrepartie sous forme de repos ; et, d'autre part, que les salariés qui changent d'employeur en cours d'année conservent à leur actif les heures déjà accomplies au titre de cette contribution.

Le **3°** du **I** relève de sept à quatorze le nombre d'heures de travail non rémunérées que doivent accomplir les salariés

Le **II** et le **2°** du **IV** prévoient les modalités d'accomplissement de la contribution de solidarité par le travail dans la fonction publique : celles-ci seraient définies par les mêmes autorités que les conditions d'organisation de la journée de solidarité, et répondraient aux mêmes principes que dans le secteur privé.

Le **III** et le **1°** du **IV** opèrent des coordinations.

Le **V** modifie l'article L. 137-40 du code de la sécurité sociale afin de relever de 0,3 % à 0,6 % le taux de la CSA.

• Le **VII** fixe la date d'entrée en application de la nouvelle contribution de solidarité par le travail au 1^{er} janvier 2025.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

• La commission mixte paritaire a supprimé cet article qui résultait d'un amendement d'appel à une réflexion globale pour financer les dépenses liées au vieillissement de la population, ce qui nécessiterait une concertation préalable avec les partenaires sociaux.

*
* * *

Article 7 bis

Modification des moyens par lesquels les retraités résidant à l'étranger doivent justifier annuellement de leur existence

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Avis du rapporteur général : maintien dans la rédaction issue du Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 7 *bis* résulte de l'adoption d'un amendement déposé par M. Pierre Cordier et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine, lequel avait pour objet :

– de compléter l'article L. 161-24 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que la preuve de vie que les non-résidents titulaires d'une pension de retraite servie par un régime d'assurance vieillesse doivent fournir chaque année soit établie par les services du consulat français de leur pays de résidence ;

– de modifier le 1° de l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale afin de supprimer la restriction suivant laquelle seules les personnes domiciliées en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu sont redevables de la contribution sociale généralisée (CSG) applicable aux revenus d'activité et aux revenus de remplacement.

D'après l'exposé sommaire de l'amendement dont résulte cet article, ce dernier tendait à la fois à fiabiliser le versement de pensions de retraite aux non-résidents et à faire contribuer ces derniers au rétablissement des comptes sociaux en soumettant l'ensemble des pensions de source française à la CSG, à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et à la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa).

• Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47, alinéa 2 de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article additionnel.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

• Le Sénat a adopté un amendement de rédaction globale de cet article déposé par la commission, lequel a lui-même été modifié par un sous-amendement du Gouvernement adopté suivant l'avis favorable de la commission.

L'amendement de la commission ainsi modifié a d'abord rétabli la condition de résidence fiscale pour l'assujettissement à la CSG applicable aux revenus d'activité et aux revenus de remplacement, compte tenu des effets de bord de cette mesure – dont la portée dépassait le cas des seules pensions de retraite et englobait l'ensemble des revenus d'activité ou de remplacement de source française – et de sa non-conformité à plusieurs conventions fiscales en vigueur.

- Il a d'autre part modifié les moyens de preuve auxquels les non-résidents peuvent recourir pour continuer de percevoir leur pension. Ainsi, l'article 7 bis prévoit désormais qu'à compter du 1^{er} janvier 2028, les non-résidents devront prouver leur existence par l'utilisation de dispositifs techniques permettant l'usage de données biométriques.

Toutefois, par dérogation, cette preuve d'existence pourra être apportée :

- par un échange automatique de données entre l'organisme ou le service assurant le service de la pension et un organisme ou un service chargé de l'état civil du pays de résidence du bénéficiaire ;
- par un contrôle sur place effectué par un organisme tiers de confiance conventionné ;
- en fournissant un certificat d'existence visé par le service consulaire du pays de résidence du bénéficiaire.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a formellement supprimé cet article, tout en reprenant ses dispositions sous la forme d'un nouvel article additionnel placé dans la troisième partie du projet de loi, afin de respecter la structure des lois de financement de la sécurité sociale définie, dans le cas des dispositions facultatives, par les articles L.O. 111-3-7 et L.O. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

*
* * *

Article 8

Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 8 procède, comme chaque année, à la modification de la clef de répartition des ressources fiscales affectées aux différentes branches de la sécurité sociale. Il doit se lire en miroir de l'article 38 du projet de loi de finances pour 2025 qui modifie la part de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectée à la sécurité sociale pour tenir compte de certaines mesures prises dans les textes financiers.

Il opère des transferts de taxe sur les salaires entre les branches de la sécurité sociale pour :

– réaffecter au profit de la branche maladie une partie des gains nets spontanés générés par la réforme des allégements généraux de cotisation prévue à l'article 6 sur la branche famille (266 millions d'euros) ;

– répartir entre les branches maladie et vieillesse le coût lié à la rétrocession à l'État à hauteur d'1 milliard d'euros d'une partie des gains générés par la réforme des allégements généraux au titre des pertes d'impôts sur les sociétés (534 millions d'euros pour la branche maladie) ;

– affecter à la branche famille une partie de la compensation versée par l'État au titre de l'autorisation du cumul de l'exonération partielle de cotisations dont bénéficient les jeunes agriculteurs avec les mesures de réduction des cotisations familiales et d'assurance maladie prévues pour les travailleurs indépendants (11,1 millions d'euros pour la branche famille) ;

– réinvestir dans la branche vieillesse les gains générés par la réforme des retraites sur le régime de la fonction publique de l'État (69 millions d'euros).

L'article 8 comporte en outre plusieurs mesures qui ne constituent pas des transferts au sens strict, mais qui modifient l'affectation de ressources au sein des administrations de sécurité sociale :

– la modification des règles de calcul de la retenue opéré par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) au titre du risque de

non-recouvrement des cotisations d'assurance chômage qu'elle prélève pour le compte de l'Unedic ;

– l'affectation des réserves du Fonds de solidarité vieillesse, de la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF et de la Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens (RATP) à la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

- Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

- Le Sénat a adopté un amendement de correction d'une erreur matérielle déposée à l'initiative de la commission.

- Le Sénat a par ailleurs adopté deux amendements identiques qui apportent des modifications de fond, avec un avis favorable de la commission, à l'initiative du Gouvernement ainsi que de M. Xavier Iacovelli et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, visant à poursuivre la simplification des financements de l'assurance vieillesse prévue à l'article 8 en intégrant le Fonds de solidarité vieillesse et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) d'une part et en fusionnant le rôle de la commission de compensation démographique et de la commission des comptes de la sécurité sociale d'autre part.

S'agissant de la suppression du Fonds de solidarité vieillesse, le **I^o** du **II bis** abroge le chapitre du code de la sécurité sociale relatif au FSV. La Cnav se verrait ainsi confier l'ensemble des missions actuellement dévolues au FSV (**II ter**).

En contrepartie, les ressources actuellement affectées au FSV (20,6 milliards d'euros en 2024) seraient intégralement transférées à la Cnav. Il s'agit principalement d'une partie de la CSG portant sur certains revenus de remplacement, les revenus du patrimoine et les produits de placement (**4^o** du **I**)⁽¹⁾ mais également d'autres produits tels que ceux issus de la pénalité versée par les entreprises dont les résultats à l'index de l'égalité professionnelle sont inférieurs à 75 points durant trois années consécutives (**1^o** du **IV ter**)⁽²⁾.

(1) Il s'agit plus précisément de 2,94 % du rendement de la CSG portant sur les pensions de retraite et d'invalidité (pour les revenus assujettis aux taux de 8,3 % et de 6,6 %) et 6,67 % du rendement de la CSG portant sur les revenus du patrimoine et les produits de placement.

(2) Article L. 1142-10 du code du travail.

Les missions du Fonds de solidarité vieillesse

En application de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, le FSV finance :

- les allocations du minimum vieillesse aux personnes âgées, pour tous les régimes de retraite qui en assurent le service ;
- la prise en charge forfaitaire des cotisations de retraite, au titre de la validation gratuite de trimestres des périodes de chômage, pour le régime général, pour les salariés agricoles, la caisse de sécurité sociale de Mayotte, la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon et, depuis le 1^{er} novembre 2019, pour les travailleurs indépendants. À compter du 1^{er} janvier 2001, ce financement a été étendu à certains avantages vieillesse servis par les régimes de retraite complémentaires obligatoires (Agirc-Arrco). Dans le cadre de la crise sanitaire, il doit aussi assurer, depuis mars 2020, le financement forfaitaire des trimestres d'assurance vieillesse validés au titre du dispositif d'activité partielle ;
- la prise en charge forfaitaire des validations gratuites de trimestres au titre d'autres périodes non travaillées. Cette mission englobe les périodes de volontariat de service civique ainsi que les arrêts de travail, pour le régime général, le régime des salariés et des non-salariés agricoles, le régime mahorais et celui applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon. Depuis 2015, le FSV prend en charge, également sur des bases forfaitaires, les périodes de stage de la formation professionnelle des demandeurs d'emploi, ainsi que le complément de cotisations d'assurance vieillesse dans le cadre d'un contrat d'apprentissage, pour le régime général, pour les salariés agricoles et le régime de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Cette abrogation nécessite un ensemble de coordinations destinées à supprimer toute référence au FSV au sein du code de la sécurité sociale.

• La suppression du FSV et son intégration à la Cnav, qui seraient effectives le 1^{er} janvier 2026 (**VI**) se justifient pour plusieurs raisons.

– D'une part, le FSV est une structure administrative réduite dont le rôle et le positionnement dans le système de retraite sont devenus largement formels. Il emploie 2,5 équivalents temps plein et sa fonction se limite à assurer le remboursement des régimes d'assurance vieillesse pour des dépenses dont ils assurent la gestion. 90 % de ces remboursements concernent d'ailleurs le régime général. Le maintien d'une structure *ad hoc* engendre des coûts administratifs tels que la tenue de conseils d'administration ou la production de documents comptables et financiers ;

– D'autre part, le FSV fut initialement créé en 1993 afin de distinguer les dépenses de solidarité des dépenses d'assurance au sein du système de retraite ⁽¹⁾. Il s'agissait notamment d'assurer le financement de ces dépenses par des ressources fiscales plutôt que par le biais des cotisations sociales. Or, le FSV n'englobe pas l'ensemble des dépenses de solidarité du système d'assurance vieillesse et les retrace donc imparfaitement. Ainsi la Caisse nationale des allocations

(1) Loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale.

familiales (Cnaf) finance-t-elle les droits familiaux à la retraite du régime général⁽¹⁾, tandis que les régimes publics disposent de leurs propres dispositifs. Enfin, l'un des principaux dispositifs de solidarité au sein des régimes, le minimum contributif, est directement financé par le régime général et les régimes spéciaux⁽²⁾.

L'intégration du FSV à la Cnav engendrera une modification des conventions de présentation des soldes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et des « *organismes concourant à leur financement* », catégorie qui ne comporte en réalité que le FSV. Compte tenu du caractère structurellement excédentaire du FSV ces dernières années, cette intégration aura pour conséquence directe une amélioration du solde de la branche vieillesse *stricto sensu*. Il convient toutefois de nuancer les critiques consistant à évoquer une forme de « maquillage comptable » du déficit du système de retraites puisque son pilotage intègre d'ores et déjà la situation du FSV.

Plus concrètement, cette intégration simplifiera la gestion de trésorerie du régime général et réduira les coûts et facteurs de complexité relatifs aux transferts aujourd'hui existants entre l'Acoss et le FSV.

- Afin que cette évolution ne se fasse pas au détriment de la lisibilité des dispositifs de solidarité au sein du système de retraite, le **V bis** prévoit que le Gouvernement remette chaque année au Parlement, au plus tard le 1^{er} juin, un rapport retraçant les efforts de la Nation en matière de solidarité vieillesse.

S'il n'est naturellement pas possible de créer dans une loi ordinaire une annexe à une loi de financement de la sécurité sociale, le rapporteur général note que ce calendrier coïncide avec celui de la présentation du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale. La représentation nationale disposera donc, chaque année au même de l'examen des comptes réalisés de l'année N-1, d'une vision exhaustive des dispositifs de solidarité en matière d'assurance vieillesse.

- Enfin, le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement, avec un avis favorable de la commission, visant à actualiser la clef de répartition de la taxe sur les salaires pour ajuster les transferts financiers entre branches en conséquence des votes intervenus au Sénat.

(1) En 2023, la Cnaf a versé 5,1 milliards d'euros au régime général au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer et de l'assurance vieillesse des aidants (pour les bénéficiaires percevant l'allocation journalière de présence parentale) et 5,4 milliards d'euros aux régimes général, agricole et des professionnels libéraux au titre de la majoration de pension pour les retraités ayant trois enfants ou plus.

(2) Le FSV a participé au financement d'une partie du minimum contributif entre 2011 et 2019.

ÉVOLUTION DE LA CLEF DE RÉPARTITION DE LA TAXE SUR LES SALAIRES

Branche	2024	2025 (p)	Écart (en millions d'euros)
Famille	14,31 %	10,05 %	- 759
Maladie	27,65 %	17,69 %	- 1 775
Autonomie	5,08 %	5,08 %	0
Vieillesse	52,96 %	67,18 %	2 534
Total	100,00 %	100,00 %	0

Note : selon le tome 1 de l'annexe « Voies et moyens » au projet de loi de finances pour 2025, le rendement total de la taxe sur les salaires est estimé à 17,8 milliards d'euros en 2025.

Source : commission des affaires sociales.

Cette nouvelle clef traduit trois mouvements :

- en premier lieu, la réaffectation à la branche maladie du rendement supplémentaire généré par le renforcement de la fiscalité des jeux d'argent et de hasard pour à hauteur de 94 millions d'euros (**article 9 ter B**) ;
- en deuxième lieu, la réaffectation à la branche vieillesse du gain résultant, pour la branche famille, de la mesure de renforcement de la taxation de la distribution d'actions gratuites à hauteur de 500 millions d'euros (**article 6 bis**) ;
- en troisième et dernier lieu, les aménagements apportés par le Sénat à la réforme des allègements généraux à hauteur d'1,5 milliard d'euros (**article 6**).

3. Les travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article moyennant des modifications rédactionnelles et des coordinations.

*
* * *

Article 8 bis A (nouveau)

Ajustement de l'exclusion du calcul des effectifs des entreprises utilisatrices des salariés mis à disposition par les groupements d'employeurs

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

- L'article 8 bis A est issu de six amendements identiques déposés par Mme Vanina Paoli-Gagin (Les Indépendants - République et Territoires), Mme Nadège Havet (Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants), M. Michel Canévet (Union Centriste), Mme Anne-Sophie Romagny (Union Centriste), Mme Pascale Gruny (Les Républicains) et Mme Solanges

Nadille (Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants) et adoptés avec un avis favorable de la commission mais défavorable du Gouvernement.

• Dans sa rédaction issue de l'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024⁽¹⁾, l'article L. 130-1 du code de la sécurité sociale prévoit que les salariés mis à disposition par un groupement d'employeurs ne sont pas comptabilisés dans l'effectif du groupement pour l'application des dispositions du code de la sécurité sociale, notamment celles relatives au calcul des cotisations et contributions sociales à l'exception de la tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

En contrepartie ces salariés sont pris en compte dans l'effectif des entreprises utilisatrices à due proportion de leur temps de travail au sein desdites entreprises. Cette mesure, dont la mise en œuvre concrète nécessite d'importants travaux préparatoires afin de permettre le transfert des effectifs des groupements d'employeurs vers les entreprises utilisatrices, doit entrer en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2026.

• Afin d'accélérer la mise en œuvre de cette réforme pour les groupements d'employeur, le 2^o du I de l'article fixe l'échéance de son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2025.

Dans la mesure où le délai initial de deux ans se justifiait par la complexité que représente le transfert des effectifs mis à disposition par les groupements d'employeurs vers les entreprises utilisatrices pour le calcul des cotisations et contributions sociales afférentes, le 1^o du I supprime ce transfert.

2. Les travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*
* * *

(1) Article 21 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Article 8 bis

Faire valider par les Urssaf l'immatriculation des entreprises étrangères sans établissement stable en France non agricoles

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- Le présent article est issu d'un amendement du Gouvernement, ayant reçu un avis favorable de la commission. Il vise à renforcer le contrôle des inscriptions au registre national des entreprises (RNE) pour les entreprises étrangères sans établissement stable en France (EESEF).

- Actuellement, les EESEF peuvent s'immatriculer au RNE sans validation préalable par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), contrairement aux entreprises agricoles étrangères, dont les formalités sont validées par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). Cette absence de contrôle préalable par les Urssaf augmente le risque de fraudes, notamment *via* la création d'entreprises fictives.

Le présent article complète la sous-section 2 de la section 5 du chapitre III du titre II du livre I^{er} du code de commerce par un paragraphe 5 dans lequel est créé un article L. 123-49-1 prévoyant que les demandes d'immatriculation, de modifications ou de radiations au RNE, concernant les EESEF, seront désormais validées par une Urssaf désignée par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss).

Cet article permet également de mieux contrôler les prélèvements sociaux liés à ces entités étrangères, en s'assurant de la conformité des informations fournies lors de leur immatriculation.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

- L'article 8 *bis* a été adopté par le Sénat sans modification.

3. Les travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a adopté cet article sans modification.

*

* * *

Article 8 ter

Diverses mesures de simplification du recouvrement et amélioration des échanges de données

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- Le présent article est issu d'un amendement du Gouvernement, ayant reçu un avis favorable de la commission. Il optimise le recouvrement des cotisations sociales et améliore l'utilisation des données issues des déclarations sociales.

Premièrement, le **I** remplace le dernier alinéa de l'article L. 761-5 du code rural et de la pêche maritime par deux alinéas distincts. Il s'agit d'une mesure de coordination permettant de préciser que les cotisations dues par les salariés agricoles affiliés au régime local d'assurance complémentaire obligatoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle sur les avantages de vieillesse et les allocations d'assurance chômage qu'ils perçoivent seront recouvrées par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général. Cette mesure s'inscrit dans le prolongement de l'article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, qui a transféré aux Urssaf la compétence du recouvrement de la contribution sociale généralisée et de la contribution au remboursement de la dette sociale due par les assurés du régime agricole sur leurs revenus de remplacement, auparavant confiée aux caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA) ⁽¹⁾.

Deuxièmement, le **II** modifie l'article L. 133 5-3 du code de la sécurité sociale, relatif à la déclaration sociale nominative (DSN) et au dispositif de déclaration des revenus autres dit « Pasrau ». Actuellement, les employeurs ne sont tenus de déclarer dans la DSN que les rémunérations qu'ils versent. Le **1° du II** étend donc la DSN aux employeurs versant des revenus de remplacement à leurs salariés ou anciens salariés. Cette extension vise à renforcer l'exhaustivité des informations sociales transmises via la DSN.

Dans cette même logique, le **a du 2° du II** élargit l'obligation de déclaration par les organismes concernés par le dispositif Pasrau à toutes les sommes versées, y compris lorsqu'elles ne sont pas imposables.

Cet enrichissement des informations transmises via la DSN et Pasrau poursuit notamment l'objectif de faciliter le déploiement du dispositif de ressources mensuelles (DRM).

(1) Article 13 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Le dispositif de ressources mensuelles (DRM), la déclaration sociale nominative (DSN) et le dispositif Pasrau

Le DRM est un dispositif de traitement de données à caractère personnel créé par le décret n° 2019-969 du 18 septembre 2019 et autorisé par l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019, qui agrège les données recueillies par le biais des flux de la déclaration sociale nominative (DSN) et du « prélèvement à la source revenus autres » (Pasrau). La base de données de la DSN est régie par l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale et est alimentée par les déclarations mensuelles de salaires effectuées par les employeurs de salariés du secteur privé et, depuis 2019, du secteur public.

Avant la LFSS 2019, les informations recueillies par la DSN ne comportaient pas celles relatives aux revenus de remplacement et aux prestations sociales, lesquelles étaient transmises, à des fins de prélèvement de l'impôt, *via* Pasrau. L'article 78 de la LFSS 2019 a créé une DSN complémentaire, remplie mensuellement par les organismes de protection sociale et adossée techniquement au flux Pasrau.

Le II bis de l'article L. 133-5-3 précité dans sa rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit que les données du DRM servent « *à l'ouverture et au calcul des droits des assurés en matière de prestations sociales* ». Les opérateurs y ayant accès peuvent ainsi récupérer les informations sur les revenus des personnes à travers leur numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques.

De plus, le 3° du II insère un II quater à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale précisant que les données issues des DSN pourront être utilisées pour la conception, la conduite ou l'évaluation des politiques publiques. Il s'agit de donner une base juridique plus large pour permettre une meilleure exploitation des informations collectées *via* la DSN à des fins d'amélioration des services publics. Selon les informations recueillies par le rapporteur général, cette possibilité trouverait à s'appliquer à plusieurs projets numériques innovants actuellement à l'étude, notamment dans le cadre du chantier de solidarité à la source mené par le Gouvernement.

Par ailleurs, l'article 8 ter procède à des modifications rédactionnelles afin de simplifier le cadre législatif et de le rendre plus cohérent (**b du 2° et 4° du II**).

En application du III, les modifications concernant la DSN et Pasrau entreront en vigueur pour les cotisations et contributions dues à compter du 1^{er} janvier 2026, laissant ainsi le temps aux organismes concernés de s'adapter à ces nouvelles dispositions.

- Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu un amendement de correction d'une erreur matérielle du rapporteur général.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté l'article 8 ter sans modification.

3. Les travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté l'article 8 *ter* sans modification.

*
* * *

Article 8 quater

Étendre aux organismes de recouvrement le droit de communication pour lutter contre la fraude

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.
Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• Le présent article est issu d'un amendement du Gouvernement, ayant reçu un avis favorable de la commission. Il vise à faciliter l'identification des auteurs de fraudes et l'engagement d'actions répressives à leur encontre.

• À cette fin, l'article étend le champ d'application du droit de communication dont disposent les agents des organismes du recouvrement pour l'accomplissement de leur mission de lutte contre la fraude, aux situations hors contrôle comptable d'assiette et lutte contre le travail illégal.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a instauré un droit de communication au profit des agents des organismes de sécurité sociale dans l'objectif d'aligner leurs prérogatives avec celles dont bénéficient les agents de l'administration fiscale⁽¹⁾. En application de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale, ces agents peuvent ainsi obtenir communication des documents et informations nécessaires, entre autres, au contrôle de la sincérité et de l'exactitude des déclarations sociales ou de l'authenticité des pièces produites, à l'exercice de leur mission de lutte contre le travail dissimulé, au recouvrement des prestations versées indûment ou au recouvrement des créances relatives à une infraction aux interdictions de travail dissimulé.

Dans un objectif d'alignement sur le droit existant pour les administrations fiscales, l'article L. 114-20 du code de la sécurité sociale précisant les personnes auprès desquelles s'exerce le droit de communication se réfère aux dispositions du livre des procédures fiscales relatives aux conditions d'exercice du droit de communication des agents de l'administration fiscale.

(1) Article 115 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Enfin, l'article L. 114-21 du même code oblige un organisme de sécurité sociale ayant fait usage de son droit de communication à préciser à la personne physique ou morale à l'encontre de laquelle il prend la décision de supprimer le bénéfice d'une prestation ou de mettre des sommes en recouvrement la teneur et l'origine des informations et documents qu'il a obtenus auprès d'un tiers et qui lui ont servi de base à cette décision.

• Le renforcement récent du réseau de lutte contre la fraude au sein des organismes de recouvrement a mis en évidence l'émergence de fraudes nouvelles, pour lesquelles le droit de communication existant apparaît insuffisant. Le 1^o de l'article 8 *quater* élargit donc cette prérogative aux directeurs et directeurs comptables et financiers de ces organismes, ainsi qu'aux agents de leurs services intervenant dans le cadre des actions de contrôle et de lutte contre les fraudes, eu égard à leur qualité de référents « lutte contre la fraude ».

Le 2^o opère quant à lui une modification rédactionnelle.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté l'article 8 *quater* sans modification.

3. Les travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article sans le modifier.

*

* * *

Article 8 quinque

Sécuriser le prélèvement des cotisations sociales des micro-entrepreneurs par les plateformes numériques

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• Le présent article est issu d'un amendement du Gouvernement. Il modifie l'article 6 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, qui prévoit la mise en place d'un précompte des cotisations et contributions sociales par les plateformes numériques sur les sommes reversées à leurs utilisateurs à partir de 2027.

• Ce dispositif permet de simplifier les démarches des utilisateurs de plateformes auprès de l'Urssaf, la déclaration des chiffres d'affaires ou recettes réalisés sur les plateformes étant effectuée directement par elles. Il permet également d'améliorer la couverture sociale des travailleurs concernés, et de combler un manque à gagner pour les finances publiques lié à une sous-déclaration des revenus tirés de ces activités. Le montant estimé des cotisations et contributions éludées par les utilisateurs s'élève à 175 millions d'euros en 2022. Une phase expérimentale d'application de la mesure est prévue à compter de 2026.

Les travaux préparatoires de cette mesure, conduits de concert avec les plateformes numériques, ont permis de mettre en lumière plusieurs ajustements à opérer pour sa bonne mise en œuvre. À ce titre, dans une optique de bonne gestion publique, certaines améliorations tenant à l'application pratique de ce dispositif sont nécessaires, afin d'en garantir la simplicité pour les acteurs, la fiabilité pour les assurés, et l'effectivité pour les finances publiques.

• L'article 8 *quinquies* modifie ainsi l'article 6 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, et l'article L. 613-6-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de cette loi, de façon à :

– exclure certaines taxes dont les micro-entrepreneurs peuvent parfois être redevables du dispositif, en l'espèce les taxes industrielles et artisanales, ainsi que les taxes sur les métaux précieux, bijoux et objets d'art, du prélèvement effectué directement par les plateformes numériques. Le prélèvement de ces taxes resterait la prérogative des autorités publiques (**1^o du I**) ;

– séquencer cette obligation afin qu'elle ne s'applique qu'une fois l'ensemble des informations nécessaires connues, ce qui nécessite la définition d'un délai suivant le début ou la reprise d'activité sur la plateforme, laquelle est renvoyée à un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale (**deuxième alinéa du 2^o du I**) ;

– prévoir un mécanisme de régularisation par l'Urssaf des sommes prélevées pour les micro-entrepreneurs redevables de la TVA. Dans les rares cas de redevabilité à la TVA, il est en effet nécessaire de régulariser les sommes prélevées dans la mesure où l'assiette de prélèvement n'intègre pas la TVA. Ce mécanisme, précisé par décret, sera neutre pour les plateformes : l'Urssaf sera chargée de mettre en œuvre cette régularisation, et d'avertir les micro-entrepreneurs concernés de l'existence de cette procédure (**dernier alinéa du 2^o du I**) ;

– modifier le périmètre de la phase d'expérimentation qui débutera en 2026 pour n'y inclure que les plateformes numériques volontaires et non plus les plateformes répondant à des critères prédéterminés comme cela était initialement prévu par la loi de financement pour 2024 (**II**).

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

- Le Sénat a adopté un amendement de Mme Frédérique Puissat et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, ayant fait l'objet d'un avis défavorable de la commission et une demande de retrait du Gouvernement, visant à exclure les plateformes numériques de ventes de biens du champ d'application du précompte des cotisations sociales des micro-entrepreneurs (**I A**).

3. Les travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a considéré que les aménagements apportés par l'amendement du Gouvernement adopté à l'Assemblée nationale étaient suffisants et n'a pas estimé nécessaire de réduire le champ d'application de cette mesure avant même que la phase d'expérimentation n'ait débuté.

Pour ces raisons, elle a adopté cet article dans sa rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale en supprimant le **I A** ajouté lors de l'examen au Sénat.

*

* * *

Article 8 sexies (nouveau)

Opposabilité des contrôles réalisés par une caisse à l'ensemble des risques

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

- L'article 8 *sexies* est issu d'un amendement de Mme Nathalie Goulet et de plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste adopté malgré un avis défavorable de la commission et du Gouvernement.
- Il complète l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale afin de préciser que les contrôles réalisés par une caisse de sécurité sociale en matière de fraude ainsi que leurs résultats sont « *opposables sur l'ensemble des risques* ».

L'intention des auteurs de l'amendement était de permettre à un organisme de sécurité sociale ayant procédé à un contrôle de transmettre ses conclusions à un organisme couvrant un autre risque dans un objectif de mutualisation des moyens et des informations en matière de lutte contre la fraude.

- Le rapporteur général partage naturellement l'objectif visant à renforcer l'arsenal de lutte contre la fraude sociale. Il le partage d'autant plus qu'il s'inscrit dans les recommandations formulées par le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS) dans son rapport de juillet 2024 sur la fraude sociale, lequel plaide pour étendre la mutualisation entre organismes aux résultats des contrôles eux-mêmes⁽¹⁾.

Recommandations du HCFiPS concernant le partage des informations et la mutualisation des contrôles en matière de lutte contre la fraude

Recommandation n° 55 : Structurer, par un bilan partagé, l'information sur les données transmises au titre des fraudes entre organismes pour partager les suites données et améliorer, le cas échéant, le processus.

Recommandation n° 56 : Identifier toutes les potentialités du mécanisme de mutualisation des contrôles entre branches permettant de rendre les contrôles réalisés par une des caisses opposables sur l'ensemble des risques.

Il rejoint toutefois l'avis de la rapporteure générale de la commission des affaires sociales du Sénat, qui avait jugé le dispositif inopérant lors de sa discussion en séance publique. Force est en effet de constater que l'article 8 *sexies* est essentiellement déclaratoire et n'aurait pas d'effet opérationnel véritable sur les opérations de contrôles réalisées par les différents organismes de sécurité sociale.

(1) *Haut Conseil du financement de la protection sociale, « Lutte contre la fraude sociale, état des lieux et enjeux », juillet 2024.*

Au demeurant, un tel chantier nécessite des travaux approfondis et une véritable étude d'impact que le rapport, pourtant riche, du HCFiPS ne permet pas d'épuiser.

Enfin, le rapporteur général rappelle que cet article est partiellement satisfait par des mesures d'ores et déjà prises en la matière : le code de la sécurité sociale autorise depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 les agents en charge du contrôle à mener leurs investigations au profit de plusieurs organismes⁽¹⁾. Initialement réservée aux seuls organismes relevant du régime général, cette possibilité a été étendue à l'ensemble des régimes par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019⁽²⁾.

Cette faculté, qui reste toutefois trop largement méconnue par les organismes de sécurité sociale eux-mêmes, permet notamment à l'assurance maladie d'utiliser les constats réalisés par les enquêteurs des caisses d'allocations familiales dans le cadre des contrôles portant sur l'attribution à tort de la complémentaire santé solidaire, sur le cumul des indemnités journalières et d'une activité rémunérée non autorisé et sur la condition de résidence applicable pour la protection universelle maladie (Puma).

2. Les travaux de la commission mixte paritaire

- Pour ces raisons, les rapporteurs ont proposé une nouvelle rédaction de l'article 8 *sexies* afin de le rattacher au dispositif de mutualisation des contrôles prévu à l'article L. 114-10-1 du code de la sécurité sociale et de renvoyer à un décret la détermination des conditions dans lesquelles les résultats des contrôles réalisés par un organisme de sécurité sociale dans ce cadre peuvent être rendus opposables à l'occasion de contrôles diligentés par d'autres organismes ou dans des procédures qui leur sont applicables (**2° du I**).

Les rapporteurs ont également proposé de décaler l'entrée en vigueur de cet article à une date fixée par décret, et au plus tard le 31 décembre 2026 (**II**).

- La commission mixte paritaire a adopté la proposition de rédaction des rapporteurs.

*

* * *

(1) Article L. 114-10-1 du code de la sécurité sociale créé par l'article 59 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

(2) Article 22 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Article 8 septies (nouveau)

Obligation d'un organisme de sécurité sociale constatant des fraudes aux arrêts de travail d'en informer l'employeur de son auteur

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• L'article 8 *septies* est issu de l'adoption par le Sénat de deux amendements identiques de M. Olivier Henno et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste (n° 374) ainsi que de Mme Nathalie Goulet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste (n° 449), contre l'avis de la commission mais avec l'avis favorable du Gouvernement.

• Il insère à l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale, afférent aux obligations des « *directeurs des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale [et] des organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale* » lorsqu'ils ont « *connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude* » – à savoir procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires et le cas échéant informer l'organisme d'assurance maladie complémentaire (Ocam) de l'assuré puis porter plainte en se constituant partie civile –, un alinéa disposant que « *lorsque [ces] investigations [...] 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, les organismes [de sécurité sociale] transmettent à l'employeur de l'assuré concerné tous renseignements et tous documents utiles pour caractériser ladite fraude [...] par tout moyen permettant de garantir sa bonne réception par l'employeur* ».

• En séance, la rapporteure générale du Sénat a indiqué que « *la fraude aux arrêts de travail prend de l'ampleur ; en 2023, elle a représenté 7,7 millions d'euros de préjudice, contre 5 millions d'euros en 2022* ».

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article, moyennant deux ajustements rédactionnels et après avoir adopté une proposition de rédaction des rapporteurs pour sécuriser les relations précontentieuses et éventuellement disciplinaires voire contentieuses entre la caisse d'assurance maladie, l'assuré-salarié et son employeur, en précisant que :

– quant à la temporalité de la transmission des informations, elle ne peut intervenir dès le terme du contrôle primaire mais une fois que la fraude est avérée, c'est-à-dire établie après épuisement des voies de recours ;

– son objet est les déclarations frauduleuses pour le bénéfice des indemnités perçues en cas de maladie au titre de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale ou d'accident du travail et de maladie professionnelle (AT-MP) à celui du 2° de l'article L. 431-1 du même code ;

– le champ des informations est restreint à celles qui concernent exclusivement la perception frauduleuse d'indemnités, car la rédaction initiale pouvait concerner des pièces ne donnant pas uniquement des renseignements à ce propos mais portant une atteinte à la vie privée.

*
* * *

Article 8 octies (nouveau)

Habilitation des agents des organismes gestionnaire des régimes obligatoires chargés de la lutte contre la fraude à consulter le fichier des passagers aériens

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• L'article 8 octies est issu de l'adoption par le Sénat d'un amendement de Mme Nathalie Goulet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste (n° 204), contre l'avis de la commission et du Gouvernement.

• Il complète l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale, relatif aux conditions dans lesquelles « *les directeurs des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale prestations [...] confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés [...] le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations, le contrôle du respect des conditions de résidence et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles*

Avec l'article 8 octies, il serait ainsi prévu que « *lorsque cela est nécessaire à l'accomplissement de sa mission de contrôle des conditions de résidence, un agent chargé du contrôle peut être habilité par le directeur de son organisme à effectuer, dans des conditions précisées par décret, une consultation des données de réservation des passagers aériens*

L'auteure de l'amendement souhaite faciliter le contrôle de la réalité de la condition de résidence sur le territoire national pour le bénéfice de certaines allocations, notamment servies par la branche famille.

Ces données constituent un fichier informatique que l'usage fait désigner sous son intitulé anglais de *passenger name record* (PNR).

Le PNR fait l'objet de 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.

Le 5 de son article 3 dispose que le PNR prend la forme d'un « *dossier relatif aux conditions de voyage de chaque passager, qui contient les informations nécessaires pour permettre le traitement et le contrôle des réservations par les transporteurs aériens concernés qui assurent les réservations, pour chaque voyage réservé par une personne ou en son nom, que ce dossier figure dans des systèmes de réservation [ou] de contrôle des départs (utilisés [...] lors de l'embarquement) ou des systèmes équivalents offrant les mêmes fonctionnalités* ».

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a supprimé cet article.
- Attachés à la lutte contre la fraude sociale et à la sécurité de la France comme des autres États membres de l'Union européenne (UE), les rapporteurs comprenaient l'intention de l'auteure de l'amendement.

Cependant, l'article 8 *octies* paraît méconnaître la directive du 27 avril 2016, précitée, en ce qui concerne tant la nature des informations pouvant être renseignées dans le PNR et des vérifications pouvant être faites grâce à lui que les personnes autorisées à y procéder.

D'une part, le 2 de l'article 1^{er} de la directive indique que « *les données du PNR [...] ne peuvent être traitées qu'à des fins de prévention et de détection des infractions terroristes et des formes graves de criminalité [et] d'enquêtes et de poursuites en la matière* ».

Le 2 de son article 6 confirme cette restriction.

Le I de l'article L. 232-7 du code de la sécurité intérieure, qui pour partie transpose la directive, se place dans la même ligne en précisant que les infractions pour la prévention, la constatation et la démonstration desquelles est mis en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel correspondant au PNR sont, au demeurant sous des réserves procédurales que le présent commentaire n'a pas vocation à détailler, « *les actes de terrorisme, les atteintes aux intérêts fondamentaux de la Nation ainsi que les [celles] mentionnées à l'annexe II de la*

directive »⁽¹⁾ et qu'en « sont exclues [...] les données qui concernent la santé ou la vie sexuelle de l'intéressé », ces dernières devant même, sur le fondement de la seconde phrase du 4 de l'article 13 de la directive, être effacées « immédiatement » si elles venaient à être fortuitement recueillies.

D'autre part, le 1 de l'article 4 de la directive limite, dans chaque État membre, la supervision du PNR d'une part et l'obtention de ses extraits d'autre part à des « autorités compétentes en matière de prévention et de détection des infractions terroristes et des formes graves de criminalité ».

Réserve faite des pouvoirs du parquet et du juge pénal, le second alinéa de l'article R. 232-12 du code de la sécurité intérieure confie le traitement au « service à compétence nationale, dénommé “agence nationale des données de voyage”, rattaché au ministre de l'intérieur », dont les personnels sont « individuellement désignés et spécialement habilités par le directeur ».

*
* * *

Article 8 nonies (nouveau)

Annulation automatique de la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations d'un professionnel de santé frauduleux

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

● L'article 8 *nonies* est issu d'un amendement de Mme Raymondne Poncet Monge et de plusieurs de ses collègues du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires adopté malgré un avis défavorable de la commission et du Gouvernement.

● L'article 7 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a renforcé les sanctions applicables aux professionnels de santé bénéficiant de la participation de l'assurance maladie au financement de ses cotisations et ayant fait

(1) Il s'agit des infractions suivantes : participation à une organisation criminelle, traite des êtres humains, exploitation sexuelle des enfants et pédopornographie, trafic de stupéfiants et de substances psychotropes, trafic d'armes, de munitions et d'explosifs, corruption, fraude, y compris la fraude portant atteinte aux intérêts financiers de l'Union, blanchiment du produit du crime et faux monnayage, y compris la contrefaçon de l'euro, cybercriminalité, infractions graves contre l'environnement, y compris le trafic d'espèces animales menacées et le trafic d'espèces et d'essences végétales menacées, aide à l'entrée et au séjour irréguliers, meurtre, coups et blessures graves, trafic d'organes et de tissus humains, enlèvement, séquestration et prise d'otage, vol organisé ou vol à main armée, trafic de biens culturels, y compris d'antiquités et d'œuvres d'art, contrefaçon et piratage de produits, falsification de documents administratifs et trafic de faux, trafic de substances hormonales et d'autres facteurs de croissance, trafic de matières nucléaires et radioactives, viol, infractions graves relevant de la Cour pénale internationale, détournement d'avion ou de navire, sabotage, trafic de véhicules volés et espionnage industriel.

l'objet, pour des faits à caractère frauduleux, d'une pénalité financière en application du IV de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale, d'une sanction ordinale ou d'une condamnation pénale⁽¹⁾.

Depuis le 1^{er} janvier 2024, la caisse primaire d'assurance maladie peut ainsi procéder à l'annulation de tout ou partie de cette participation sur la part des revenus obtenue frauduleusement par le professionnel de santé concerné⁽²⁾. Cette nouvelle mesure renforce considérablement les dispositifs de lutte contre la fraude sociale pratiquée par les professionnels de santé puisque, auparavant, la suspension de la prise en charge de leurs cotisations par l'assurance maladie ne pouvait intervenir qu'au terme d'une procédure souvent longue et ne valait que pour l'avenir, rendant impossible tout recouvrement des sommes indûment prises en charge.

• L'article 8 *nonies* modifie l'article L. 114-17-1-1 du code de la sécurité sociale afin de prévoir l'automaticité de l'annulation de la participation de l'assurance maladie en cas de fraude d'une part, et le remboursement de l'intégralité de cette participation d'autre part.

• Le rapporteur général partage l'intention ayant présidé à l'adoption de l'amendement déposé par ses collègues sénateurs. Il ne peut toutefois être favorable au maintien de cet article dans la mesure où il présente un risque réel d'inconstitutionnalité.

L'annulation de la participation de l'assurance maladie au financement des cotisations des professionnels de santé peut en effet être assimilée à une sanction administrative, à laquelle s'appliquent donc les principes constitutionnels de proportionnalité et d'individualisation des délits et des peines qui prohibent dans la plupart des cas l'automaticité dans le prononcé desdites sanctions.

Au demeurant, la rédaction actuelle de l'article L. 114-17-1-1 laisse toute latitude aux caisses primaires d'assurance maladie pour prononcer la sanction maximale lorsque la situation le justifie.

2. Les travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a supprimé l'article 8 *nonies*.



(1) Article 7 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(2) Article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale.

Article 8 decies (nouveau)

Modification des règles applicables aux redressements en cas de récidive en matière de travail dissimulé

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

• L'article 8 *decies* est issu de deux amendements identiques de Mme Raymonde Poncet Monge et de plusieurs de ses collègues du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires ainsi que de Mme Céline Brulin et de plusieurs de ses collègues du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky adoptés malgré un avis défavorable de la commission et du Gouvernement.

• Il rédige entièrement l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale afin de prévoir qu'en cas de nouvelle constatation pour travail dissimulé dans les cinq ans à compter de la notification d'une première constatation pour travail dissimulé ayant donné lieu à redressement, la personne morale ou physique concernée se voit appliquer une majoration de redressement de 90 % ou de 120 % lorsque la majoration prononcée lors de la constatation de la première infraction était de 25 % ou 40 % respectivement.

L'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale prévoit en effet que le montant du redressement des cotisations et contributions sociales éludées par un employeur pour cause de travail dissimulé fait l'objet d'une majoration de 25 %. Cette majoration est portée à 40 % lorsque le travail dissimulé :

- a concerné un mineur soumis à l'obligation scolaire ;
- a été effectué en bande organisée ;
- a concerné plusieurs personnes ou une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur.

Toutefois, si l'intention des auteurs de l'amendement était donc de prévoir des sanctions plus élevées en cas de récidive, le dispositif aboutit en réalité à abroger les dispositions du code de la sécurité sociale qui permettent la suppression du bénéfice des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations et de contributions sociales et leur annulation rétroactive pour les entreprises ayant commis une infraction à l'interdiction de travail dissimulé.

• Malgré l'intention apparente des auteurs de cet article de renforcer les sanctions à l'encontre des entreprises recourant au travail dissimulé, l'article 8 *decies* conduit en réalité à les assouplir en ôtant aux Urssaf la possibilité d'annuler les exonérations de cotisations dont ces entreprises bénéficient.

L'article supprime donc paradoxalement l'une des seules mesures de conditionnalité aujourd'hui applicable aux exonérations de cotisations sociales, qu'il s'agisse des allégements généraux ou des exonérations ciblées.

• En outre, le rapporteur général rappelle que les majorations de redressement dont l'article prévoit l'augmentation ne sont pas les seules sanctions applicables aux entreprises recourant au travail dissimulé. Outre les mesures prévues dans le code de la sécurité sociale, les employeurs concernés encourrent des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à dix ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende pour les personnes physiques lorsqu'ils sont commis en bande organisée⁽¹⁾. Ils peuvent également se voir appliquer des peines complémentaires telles que l'interdiction d'exercice de certaines activités professionnelles ou l'exclusion des marchés publics, voire l'interdiction des droits civiques, civils et de famille⁽²⁾. Les personnes morales encourrent quant à elles 225 000 euros d'amende⁽³⁾ et des peines complémentaires telles que la fermeture de l'entreprise⁽⁴⁾.

2. Les travaux de la commission mixte paritaire

Pour les raisons évoquées ci-dessus, la commission mixte paritaire a supprimé l'article 8 *decies*.

*
* * *

Article 8 undecies (nouveau)

Extension du 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

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

• L'article 8 *undecies* est issu d'un amendement de Mme Nathalie Goulet et de plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste adopté avec un avis favorable de la commission et du Gouvernement.

(1) Article L. 8224-2 du code du travail.

(2) Article L. 8224-3 du code du travail.

(3) En application de l'article 131-38 du code pénal qui fixe au quintuple de celui prévu pour les personnes physiques le montant maximal d'amende pouvant être prononcé à l'encontre d'une personne morale coupable du même délit.

(4) Article L. 8224-5 du code du travail.

Il élargit le champ d'application du dispositif d'opposition à tiers détenteur à l'ensemble des sommes versées par les organismes de recouvrement ou les organismes assurant la gestion d'un régime de sécurité sociale.

• Étendu à l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017⁽¹⁾, le dispositif d'opposition à tiers détenteur permet aux organismes de recouvrement et à ceux chargés de la gestion d'un régime de sécurité sociale habilités à décerner une contrainte d'enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur de verser au lieu et place de celui-ci les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations, des contributions – y compris les majorations et pénalités de retard – ou des prestations indûment versées⁽²⁾.

La mise en œuvre d'une telle procédure suppose la possession pour l'organisme créancier d'un titre exécutoire au sens de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, autrement dit dans cette configuration une décision de justice, un titre délivré par huissier de justice ou une contrainte à laquelle la loi attache les effets d'un jugement parce qu'elle n'a pas été contestée dans les quinze jours.

L'opposition doit être motivée et ne peut porter sur une somme due par le tiers au titre d'une rémunération, conformément aux règles posées par les articles L. 3252-1 à L. 3252-13 du code du travail.

• L'opposition doit être notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'organisme de sécurité sociale. Le tiers attribue dès réception de la notification les sommes au remboursement de la créance. Si les demandes issues de plusieurs oppositions excèdent les fonds disponibles, chaque créancier reçoit une part de ceux-ci proportionnelle au montant demandé.

• Un recours peut être formé par le débiteur dans un délai d'un mois à partir de la notification. Il est suspensif sauf décision contraire du juge qui détermine la somme payable immédiatement, notamment dans deux hypothèses prévues explicitement par le texte :

– lorsque la créance fait suite à un contrôle auquel le débiteur a tenté de faire obstacle ;

– lorsque le recours est jugé dilatoire ou abusif.

Sont applicables les dispositions de droit commun issues des articles L. 123-1, L. 162-1, L. 162-2 et L. 211-3 du code des procédures civiles d'exécution, qui prévoient respectivement :

(1) Article 24 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017. Ce dispositif était auparavant applicable au régime social des indépendants en application de l'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale alors en vigueur.

(2) Article L. 133-4-9 du code de la sécurité sociale.

– l’interdiction faite aux tiers de faire obstacle aux procédures d’exécution des créances, à peine d’astreinte ou de dommages-intérêts ;

– l’obligation pour les établissements habilités à tenir des comptes de dépôt de tenir les comptes du débiteur au jour de la saisie ;

– l’obligation pour le tiers qui procède à une saisie de laisser au débiteur une somme alimentaire équivalente au montant du revenu de solidarité active ;

– l’obligation pour le tiers de déclarer au créancier l’ensemble des obligations détenues à l’égard du débiteur.

● S’agissant des organismes prestataires, la procédure d’opposition à tiers détenteurs n’est applicable qu’au recouvrement des prestations indûment versées. Une interprétation littérale de ces dispositions constitue un obstacle au recours à la procédure d’opposition à tiers détenteurs pour les sommes versées par lesdits organismes qui ne sont pas des prestations au sens strict.

Afin de sécuriser ce dispositif, l’article 8 *undecies* substitue au terme de « prestations » celui de « sommes », permettant ainsi de garantir la possibilité juridique d’utiliser la procédure d’opposition à tiers détenteurs pour l’ensemble des sommes versées indûment par les organismes de sécurité sociale.

● Le rapporteur général estime que cet article apporte une précision utile à un mécanisme indispensable pour améliorer le recouvrement des indus qui restent aujourd’hui encore malheureusement trop nombreux.

2. Les travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté l’article 8 *undecies* dans sa rédaction issue du Sénat.

*
* * *

Article 8 duodecies (nouveau)

Renforcement des obligations déclaratives de certains employeurs afin de lutter contre le recours aux sociétés éphémères

Origine de l’article : Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

● L’article 8 duodecies résulte de l’adoption d’un amendement de Mme Nathalie Goulet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, lequel a reçu un avis défavorable de la commission et du Gouvernement. Il tend à

renforcer les obligations déclaratives incombant aux employeurs suspectés de recourir à des entreprises dites « éphémères », qui organisent leur insolvabilité pour ne pas honorer leurs créances.

Il définit pour cela, suivant une logique de faisceau d'indices, un ensemble de « *présomptions graves et concordantes* [qu'un employeur] *a contrevenu, contrevoit ou va contrevenir à ses obligations* » à l'égard de ses salariés ou de divers organismes de sécurité sociale ou administrations.

L'existence de telles présomptions serait considérée comme établie lorsque l'employeur dirige ou dirigeait une personne morale remplissant au moins trois des conditions suivantes :

- la personne morale a été créée depuis moins de douze mois ;
- elle a mis fin à son activité moins de six mois après sa création ;
- elle utilise ou utilisait les services d'une entreprise de domiciliation ;
- son siège est ou était situé hors d'un État membre de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
- elle comptait plus de dix associés ou salariés dès le premier mois suivant sa création ou plus de vingt salariés dès le deuxième mois.

Aussi, un employeur répondant à ces critères serait tenu de transmettre sans délai aux organismes de sécurité sociale et aux administrations qui en feraient la demande les données présentées dans la déclaration sociale nominative.

- S'il poursuit l'objectif légitime – partagé par le rapporteur général – de lutter contre les abus liés aux entreprises dites « éphémères », le dispositif adopté par le Sénat paraît inopérant.

En premier lieu, alors que les comportements frauduleux doivent être caractérisés avec rigueur pour qu'il soit possible de les réprimer, cet article définit un ensemble particulièrement large de présomptions portant sur le comportement passé, présent et futur de certaines entreprises. Aussi les critères retenus pour établir ces présomptions pourraient-ils s'appliquer à de nombreux employeurs de bonne foi. En outre, il est difficile de déterminer quelles obligations supplémentaires pèseraient sur les employeurs entrant dans le champ d'application du présent article, dans la mesure où ce dernier ne prévoit la transmission d'aucune donnée que ne contiendraient pas déjà les déclarations sociales que l'ensemble des employeurs sont tenus de souscrire.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a supprimé cet article.

*
* * *

Article 8 terdecies (nouveau)

Communication aux organismes de sécurité sociale et aux services de l'état civil de la décision de suspendre le versement de la retraite d'un pensionné résidant à l'étranger

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

- Le présent article résulte d'un amendement de Mme Nathalie Goulet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement.

En l'état du droit, le bénéficiaire d'une pension de vieillesse d'un régime de retraite obligatoire doit, lorsqu'il réside à l'étranger, doit justifier chaque année de son existence à l'organisme ou au service de l'État assurant le service de cette pension⁽¹⁾. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a prévu que cette preuve d'existence puisse être apportée par l'utilisation de techniques permettant l'usage de données biométriques adapté à cette preuve⁽²⁾. L'administration de cette dernière repose, dans ce cas, sur l'utilisation d'un système de reconnaissance faciale statique et dynamique⁽³⁾.

Les régimes obligatoires de retraite mutualisent la gestion de la preuve d'existence ainsi que les modalités de son contrôle au moyen du groupement d'intérêt public (GIP) Union retraite⁽⁴⁾. Ce dernier réunit quarante-deux régimes et caisses de retraite.

- Le présent article prévoit que la décision de suspension du versement de la pension de retraite dans le cas où le bénéficiaire ne justifie pas de son existence soit communiquée à l'ensemble des organismes de sécurité sociale ainsi qu'aux services de l'état civil.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a supprimé cet article.

(1) Article L. 161-24 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 161-24-1 du code de la sécurité sociale, créé par l'article 104 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

(3) Article R. 161-19-5 du code de la sécurité sociale, créé par le décret n° 2023-688 du 28 juillet 2023 autorisant la création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel pour le contrôle de l'existence des bénéficiaires d'une pension de vieillesse résidant à l'étranger.

(4) Article L. 161-24-3 du code de la sécurité sociale.

— 100 —

*
* * *

Article 8 quaterdecies (nouveau)

Restriction de la délivrance d'attestations relatives aux obligations déclaratives et de paiement

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

- Cet article résulte d'un amendement de M. Michel Canévet et plusieurs de ses collègues des groupes Union Centriste et du Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

Aux termes de l'article L. 243-15 du code de la sécurité sociale, toute personne est tenue de vérifier, lors de la conclusion d'un contrat dont l'objet porte sur une obligation d'un montant minimal en vue de l'exécution d'un travail, de la fourniture d'une prestation de services ou de l'accomplissement d'un acte de commerce, et périodiquement jusqu'à la fin de l'exécution du contrat, que son cocontractant est à jour de ses obligations de déclaration et de paiement auprès, selon le cas, des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et des caisses de mutualité sociale agricole (MSA).

Cette attestation est délivrée dès lors que la personne déclare ses revenus d'activité, acquitte les cotisations et contributions dues à leur date d'exigibilité et, le cas échéant, a souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations et contributions restant dues ou conteste leur montant par recours contentieux, à l'exception des recours faisant suite à une verbalisation pour travail dissimulé.

- Le présent article supprime la possibilité, pour les cotisants, de se voir délivrer cette attestation lorsqu'ils contestent le montant des cotisations qui leur est notifié par l'organisme de recouvrement dont ils relèvent.

D'après les auteurs de l'amendement dont est issu cet article, la restriction des conditions de délivrance de ladite attestation vise à priver les cotisants soupçonnés de fraude d'une voie de droit qui leur permet de retarder le versement des cotisations éludées⁽¹⁾. Toutefois, son entrée en vigueur priverait l'ensemble des cotisants – et non pas seulement ceux qui se rendent coupables de fraude aux cotisations – d'une importante garantie procédurale. Au surplus, il convient de rappeler qu'une exception à la délivrance de cette attestation est déjà prévue en cas de manquement à la législation concernant le travail dissimulé.

(1) Exposé sommaire de l'amendement n° 909 rectifié ter.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a supprimé cet article.

*
* * *

Article 8 quindecies (nouveau)

Suspension des délais de prescription des procédures de recouvrement de cotisations pendant la procédure de dialogue et de conciliation

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

- L'article 8 *quindecies* résulte d'un amendement de Mme Nathalie Goulet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, adopté suivant l'avis favorable de la commission et du Gouvernement.

a. Le droit existant

- i. La procédure de dialogue et de conciliation entre les autorités nationales pour la détermination du régime de sécurité sociale applicable à chaque travailleur
 - Conformément au principe d'unicité de la législation applicable en matière de sécurité sociale aux travailleurs salariés qui se déplacent à l'intérieur de l'Union européenne, un travailleur ne peut être soumis qu'à la législation sociale d'un seul État membre⁽¹⁾. Un document – dit « formulaire A1 » – mentionne la législation applicable à chaque travailleur qui n'est pas affilié à un régime de sécurité sociale du pays dans lequel il exerce son activité professionnelle. Ce formulaire est délivré par les autorités du pays dont la législation s'applique au travailleur concerné. Son utilisation recouvre plusieurs situations, parmi lesquelles le détachement d'un salarié.

Dans le cadre de la lutte contre la fraude, les salariés et les travailleurs indépendants qui exercent une activité en France tout en relevant de la législation de sécurité sociale d'un État autre que la France ou, à défaut, leur employeur ou son représentant en France ou le donneur d'ordres doivent tenir le formulaire A1 à la disposition des agents des services de contrôle⁽²⁾.

- Par une décision du 12 juin 2009, la commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale a instauré une procédure de dialogue

(1) Article 11 du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

(2) Article L. 114-15-1 du code de la sécurité sociale.

et de conciliation visant à déterminer la législation applicable à chaque travailleur en cas de doute concernant la validité d'un document ou l'exactitude d'une pièce justificative attestant sa situation ainsi qu'en cas de désaccord entre les autorités nationales⁽¹⁾. La mise en œuvre de cette procédure peut notamment conduire au retrait du formulaire A1.

- ii. Une procédure dont la mise en œuvre ne suspend pas les délais de prescription des cotisations sociales et des actions liées à leur recouvrement
 - En l'état du droit, le recours à cette procédure est sans effet sur les délais de prescription dans lesquels l'action des organismes de recouvrement est enfermée. Il convient de rappeler notamment que :
 - les cotisations et contributions sociales se prescrivent par trois ans à compter de la fin de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues⁽²⁾ ;
 - le délai de prescription de l'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique, est de trois ans à compter de l'expiration du délai imparti par les avertissements ou mises en demeure⁽³⁾ ;
 - le délai de prescription de l'action en exécution de la contrainte décernée par le directeur d'un organisme de sécurité sociale, non contestée et devenue définitive, est de trois ans à compter de la date à laquelle la contrainte a été notifiée ou signifiée, ou un acte d'exécution signifié en application de cette contrainte⁽⁴⁾.

b. Le dispositif proposé

- Le I du présent article – qui rétablit l'article L. 244-12 du code de la sécurité sociale dans une nouvelle rédaction – prévoit que le délai de prescription des procédures susmentionnées de recouvrement de cotisations soit suspendu pendant la procédure de dialogue et de conciliation.

Le II, qui introduit un nouvel article L. 725-7-1 au sein du code rural et de la pêche maritime, transpose cette mesure de suspension des délais de prescription aux dispositions propres aux régimes de protection sociale des professions agricoles.

(1) *Décision A1 du 12 juin 2009 concernant l'établissement d'une procédure de dialogue et de conciliation relative à la validité des documents, à la détermination de la législation applicable et au service des prestations au titre du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil. Aux termes du règlement (CE) n° 883/2004 du 29 avril 2004, la commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale, composée de représentants des États membres et placée auprès de la Commission européenne, traite toute question administrative ou d'interprétation découlant des dispositions dudit règlement.*

(2) Article L. 244-3 du code de la sécurité sociale, premier alinéa.

(3) Article L. 244-8-1 du code de la sécurité sociale.

(4) Article L. 244-9 du code de la sécurité sociale.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a adopté cet article sans modification.

*
* * *

Article 9

Clarifier les modalités d'appel et de calcul des clauses de sauvegarde M et Z

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- L'article 9 comporte plusieurs mesures visant à préciser la mise en œuvre de la réforme de la clause de sauvegarde du médicament adoptée en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024, en vue de sa mise en œuvre pour la première fois en 2026 au titre de l'exercice 2025.

S'agissant de la clause de sauvegarde du médicament, l'article précise les règles applicables en matière de répartition des dépenses remboursées entre les entreprises redevables s'agissant des médicaments dont l'exploitant a changé en cours d'année, ainsi que la situation des entreprises dont la contribution serait négative. L'article précise également deux déductions d'assiette de la clause de sauvegarde du médicament : l'écart médicament indemnisable et l'écart rétrocession indemnisable. L'article prévoit en outre certaines dispositions transitoires relatives à l'entrée en vigueur de la réforme de l'assiette de la clause de sauvegarde du médicament, visant à corriger un effet inflationniste induit par le changement de méthode de calcul.

S'agissant de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux, l'article propose de préciser que l'assiette de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux s'entend hors taxe sur la valeur ajoutée (TVA).

Par ailleurs, et comme chaque année, l'article 9 fixe le montant M de la clause de sauvegarde du médicament à 23,3 milliards d'euros pour 2025. Il fixe le montant Z de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux pour 2025 à 2,27 milliards d'euros.

- Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu neuf amendements rédactionnels du rapporteur général.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

- Le Sénat a adopté six amendements qui apportent des modifications substantielles au dispositif de l'article 9 :

– un amendement de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains (n° 76 rect.), adopté avec un avis défavorable de la commission et du Gouvernement et qui vise à exclure, à compter de l'entrée en vigueur de la réforme de l'assiette de la clause de sauvegarde, les médicaments génériques ainsi que les spécialités de référence de l'assiette de calcul ;

– un amendement du Gouvernement (n° 1367) ayant reçu un avis favorable de la commission, abaissant le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde du dispositif médical (le montant Z) pour 2025 de 2,27 à 2,25 milliards d'euros ;

– un amendement de la commission (n° 128) ayant reçu un avis favorable du Gouvernement, reportant d'un an l'entrée en vigueur de la réforme de l'assiette et qui ajuste en conséquence le seuil de déclenchement du montant M pour 2025 à 27,89 milliards d'euros. Ce montant est l'équivalent pour une assiette exprimée en chiffre d'affaires, de la valeur du seuil établi pour une assiette exprimée en dépenses remboursées : en effet, il est nécessaire d'adapter le seuil de déclenchement du montant M au report de l'entrée en vigueur de la réforme de l'assiette, afin de préserver l'équilibre du dispositif de régulation ;

– un sous-amendement du Gouvernement (n° 1378) à l'amendement n° 128 de la commission, ayant reçu un avis favorable de la commission, abaissant le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde du médicament (le montant M) de 27,89 à 27,25 milliards d'euros ;

– un amendement de la commission (n° 129) ayant reçu un avis favorable du Gouvernement et plafonnant à 2 % du chiffre d'affaires réalisé la contribution mise à la charge de chaque entreprise pour les spécialités génériques et les spécialités de référence soumises à un tarif forfaitaire de responsabilité. Cet amendement plafonne en outre, dans les mêmes proportions, la contribution assise sur les médicaments matures et peu onéreux, dont le prix de vente au public serait inférieur à un seuil, fixé par décret pour chaque classe thérapeutique ;

– un sous-amendement du Gouvernement (n° 1377 rect.) à l'amendement n° 129 de la commission, ayant reçu un avis favorable de la commission et abaissant à 1,75 % au lieu de 2 % le plafonnement de la contribution due au titre des médicaments génériques, spécialités de référence et spécialités commercialisées à un tarif forfaitaire de responsabilité.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a adopté deux propositions de rédaction modifiant l'article 9, ainsi que plusieurs ajustements rédactionnels.

S’agissant des modifications de fond adoptées par la commission mixte paritaire :

– la première proposition de rédaction adoptée a supprimé les dispositions figurant aux alinéas 10 à 14 issues de l’amendement n° 76 rect. de M. Alain Milon, adopté contre l’avis de la commission et du Gouvernement au Sénat. En effet, l’exclusion des médicaments génériques et spécialités de référence de l’assiette de calcul de la clause de sauvegarde à compter de l’entrée en vigueur de la réforme de l’assiette aurait fortement remis en cause le caractère collectif de l’assiette de la clause de sauvegarde du médicament dont dépend l’efficacité de la régulation de la dépense de santé. Par ailleurs, une telle exclusion n’inciterait pas les exploitants de ces médicaments à prendre part aux efforts de maîtrise des volumes ;

– la seconde proposition de rédaction adoptée a rehaussé le montant Z de 2,25 milliards d’euros à 2,26 milliards d’euros afin d’atténuer l’effort demandé aux industriels du secteur en cas d’appel de la clause de sauvegarde du dispositif médical à partir de 2025.

*
* * *

Article 9 bis A (nouveau)

Réduction de l’assiette de la contribution sociale de solidarité pour les répartiteurs pharmaceutiques

Origine de l’article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l’examen en première lecture au Sénat

• L’article 9 *bis* A est issu de l’adoption par le Sénat d’un amendement de M. Bruno Belin et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste (n° 363) contre l’avis de la commission et du Gouvernement.

Son exposé traduit l’intention d’améliorer l’équité fiscale pour préserver la souveraineté industrielle et compenser les difficultés économiques du secteur, qui assure une mission de service public et dont les tarifs sont régulés.

• Étant entendu que son **II** dispose qu’il s’appliquerait pour l’imposition due à compter de 2025, son **I** substitue au onzième alinéa de l’article L. 137-33 du code de la sécurité sociale une rédaction suivant laquelle l’assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) due par les grossistes-répartiteurs de médicaments – plus exactement, selon le premier alinéa de l’article L. 138-1 du même code, les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques, celles bénéficiant d’une autorisation d’importation parallèle⁽¹⁾ ou assurant la distribution

(1) Article L. 5124-13 du code de la santé publique.

parallèle⁽¹⁾ ou l'exploitation⁽²⁾ de telles spécialités – ne tient compte que de 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 maximum que ces entreprises sont autorisées à percevoir sur cette somme »⁽³⁾.

Il faut rappeler :

– que la C3S fait l'objet d'un abattement de 19 millions d'euros, suivant la quatrième phrase du premier alinéa de l'article L. 137-22 dudit code ;

– et que le chiffre d'affaires retenu pour la contribution sur les ventes en gros est déjà exclu de l'assiette de la C3S, sur le fondement même de l'alinéa dont l'article 9 bis A propose une rédaction alternative.

La C3S rapporterait 5,4 milliards d'euros à la branche vieillesse en 2025.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans la rédaction issue des travaux du Sénat, moyennant un ajustement rédactionnel.

*
* * *

Article 9 bis B (nouveau)

Améliorer l'information du Parlement sur les dépenses de produits de santé lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• L'article 9 bis B est issu d'un amendement présenté par Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, et Mme Corinne Imbert, rapporteure, au nom de la commission des affaires sociales.

• En application de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale le Comité économique des produits de santé (Ceps) est tenu de remettre chaque année au Parlement, un rapport d'activité.

(1) Article L. 5124-13-2 du code de la santé publique.

(2) Articles L. 5124-1, L. 5124-2, L. 5136-2 et L. 5124-18 du code de la santé publique.

(3) La première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale dispose que « sans préjudice des dispositions relatives aux conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé, les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer par décision les prix et les marges des produits et les prix des prestations de services pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ».

L'article 9 bis A modifie la rédaction du III de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale pour préciser que le rapport d'activité de l'année doit être remis au plus tard le 30 septembre de l'année à laquelle il se rapporte.

L'amendement précise en outre que lorsque le rapport ne peut être établi avant cette date, le Ceps est tenu de transmettre un rapport d'activité provisoire dans les délais prévus pour la transmission du rapport d'activité.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a supprimé cet article, pour le rétablir sans modification en troisième partie, après l'article 19.

*
* * *

Article 9 bis C (nouveau)

Suppression de l'exonération de taxe sur la valeur ajoutée pour les importations de prothèses dentaires par les dentistes ou les prothésistes dentaires

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• L'article 9 bis C est issu de l'adoption par le Sénat d'un amendement de Mme Pauline Martin et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste (n° 505) contre l'avis de la commission et du Gouvernement.

• Il abroge le 7° du II de l'article 291 du code général des impôts et met fin à l'exonération de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) pour les prothèses dentaires importées par les dentistes ou les prothésistes dentaires.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a supprimé cet article.
- En effet, trois difficultés majeures affectent son dispositif.

D'abord, sont peu opportunes les initiatives qui, pour régler un problème commercial, donc relevant du droit privé, utilisent l'outil fiscal.

Ensuite, la suppression de la franchise de TVA sur les prothèses dentaires importées aurait pour conséquence évidente un renchérissement aux dépens soit de l'assurance maladie, soit du reste à charge des patients.

Enfin et surtout, la circonstance qu'une fraction du produit de la TVA soit affectée, sur le fondement du 9° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, à la branche maladie d'une part et à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) au titre de compensations qu'elle verse aux régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires et à l'assurance chômage d'autre part, pour un pourcentage que le 1° du I de l'article 38 du projet de loi de finances (PLF) pour 2025 porte à 28,14 % avec une minoration de 3,35 milliards d'euros, est inopérante pour que la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) comporte des mesures relatives à cette imposition établie au profit de l'État. La loi organique relative aux LFSS ainsi que la jurisprudence du Conseil constitutionnel et des présidents successifs de la commission des finances de chaque assemblée sont sans ambiguïté sur le fait qu'une disposition sur la TVA dans sa matière même serait cavalière dans une loi de financement.

*
* * *

Article 9 bis
**Réforme du barème de la contribution
sur les boissons contenant des sucres ajoutés**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.
Sort au Sénat : modifié.

**1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture
à l'Assemblée nationale**

- L'article 9 bis résulte de l'adoption, à la faveur d'une seconde délibération demandée par la commission sur le fondement du premier alinéa de l'article 121-3 du Règlement de l'Assemblée nationale, d'un amendement de M. Jérôme Guedj (groupe Socialistes et apparentés) reprenant trois amendements identiques de M. Jérôme Guedj et des membres du groupe Socialistes et apparentés (n° 124), de M. Cyrille Isaac-Sibille et des membres du groupe Les Démocrates) (n° 1080) ainsi que de Mme Sabrina Sebaihi et des membres du groupe Écologiste et Social (n° 1736), lesquels avaient été rejettés, et un sous-amendement du rapporteur général (n° 2409), lui adopté.

- Bien connus, les dangers du sucre (obésité, maladies cardiovasculaires, etc.) peuvent être réduits par le levier fiscal : accentuer les effets de seuil permet d'une part de renchérir le coût des boissons sucrées pour le consommateur et le désinciter à les acheter et d'autre part d'encourager les producteurs à diminuer l'éducoration de leurs produits.

C'est pourquoi l'article 9 bis renforce le barème de la contribution prévue à l'article 1613 ter du code général des impôts sur les « *boissons et préparations*

liquides pour boissons destinées à la consommation humaine [...] contenant des sucres ajoutés [...] qui ne sont pas des boissons alcooliques au sens du 2° de l'article L. 111-4 du code des impositions sur les biens et services ».

Créée en 2012 par l’article 27 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 avec un tarif fixe de 7,31 euros par hectolitre, la « taxe sur les sodas » comme un usage malheureux la désigne le plus souvent⁽¹⁾ a vu évoluer ses paramètres chaque année depuis à l’exception de 2017, ce dont il faut retenir qu’elle est passée avec l’article 19 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 à un barème progressif de quinze tranches, corrélé à la teneur en sucres, exemptant les boissons contenant moins de 0,5 kilogramme de sucre par hectolitre.

Affecté à la branche maladie du régime des non-salariés agricoles sur le fondement de son V, son produit devrait atteindre 463 millions d’euros en 2024 puis 486 millions d’euros, toutes choses égales par ailleurs, en 2025, d’après l’annexe 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Toutefois, un rapport publié en mai 2024 par l’École des hautes études en santé publique (EHESP) a montré une incidence limitée, avec peu de reformulations et une baisse modeste de la consommation, inférieure aux résultats obtenus au Royaume-Uni, où le barème ne comprend que deux tranches.

Le 1° de l’article 9 bis ramène le barème à trois tranches, avec des tarifs augmentés : 3,50 euros par hectolitre pour le premier palier, lequel comprendrait les quantités de sucre inférieures à 5 kilogrammes par hectolitre, puis 21 euros jusqu’à 8 kilogrammes et 28 euros au-dessus. Contrairement au modèle britannique, tous les volumes feraient ainsi l’objet d’une taxation.

Son 2° supprime l’alinéa relatif aux quantités de sucres ajoutés supérieures à 15 kilogrammes du fait de son intégration de fait dans le nouveau tableau.

Son 3° fait une coordination.

Le Gouvernement a estimé le rendement de l’article 9 bis tel que transmis au Sénat en application de l’article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, à 150 millions d’euros à comportements inchangés.

(1) *Les sodas ne comprennent toutefois que les colas, boissons aux fruits, limonades, limes et tonics, alors que la contribution frappe aussi les boissons à base de lait (notamment le lait aromatisé ou chocolaté), de cacao, de café, de thé ou de sirop, celles 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, et enfin les jus de fruits ou de légumes dilués. En sont exonérés le lait, la crème de lait, les yaourts à boire et les smoothies.*

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• Sans avoir manqué de remarquer que les députés s'étaient inspirés des travaux du Sénat⁽¹⁾, ce dernier a adopté quatre modifications :

– un amendement de la rapporteure générale (n° 131) relevant de 3,50 euros à 4 euros par hectolitre le tarif de la première tranche de la taxe sur les sodas dans sa version réformée, le Gouvernement s'en étant remis à la sagesse du Sénat ;

– un amendement de la rapporteure générale (n° 132) rehaussant de 28 euros à 35 euros celui de sa dernière tranche, avec un avis favorable du Gouvernement ;

– un amendement de M. Laurent Duplomb et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste (n° 436) supprimant une règle d'arrondi à l'entier le plus proche qui dans la nouvelle mouture du barème aurait provoqué des basculements artificiels d'une tranche à l'autre, suivant l'avis de la commission et du Gouvernement ;

– un amendement de la rapporteure générale (n° 133) relevant de 3,34 euros à 4,5 euros par hectolitre le tarif d'une autre contribution, sur les boissons non alcooliques contenant des édulcorants de synthèse en application de l'article 1613 quater du code général des impôts, dans le cas où l'adjonction va jusqu'à 120 milligrammes par litre d'une part et créant un tarif de 6 euros au-deçà d'autre part, puis opérant des coordinations, contre l'avis du Gouvernement.

Le rapport de la commission des affaires sociales du Sénat note que la contribution sur les boissons édulcorées n'a pas été révisée depuis 2012 et qu'elle « conserve un caractère linéaire, son montant étant de 3,17 euros par hectolitre ».

Il indique aussi que « 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 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 ».

Dans un souci d'honnêteté, il convient néanmoins de citer la ministre de la santé et de l'accès aux soins : « il est vrai que les édulcorants ne sont pas bons pour la santé, mais je ne sais pas évaluer la quantité d'édulcorants dans un produit, les industriels n'étant pas tenus de l'indiquer ».

Cela pourrait justifier un report, modéré, de l'entrée en vigueur de ce seul élément de l'article 9 bis.

(1) Rapport n° 638 de Mes Élisabeth Doineau, rapporteure générale, et Cathy Apourceau-Poly, en conclusion des travaux d'une mission d'évaluation et de contrôle sur la fiscalité comportementale dans le domaine de la santé, enregistré à la présidence du Sénat le 29 mai 2024.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article, moyennant un ajustement rédactionnel et après avoir adopté une proposition de rédaction des rapporteurs pour différer au 1^{er} janvier 2026 l'entrée en vigueur du nouveau barème de la contribution sur les boissons édulcorées, lequel nécessite que la quantité d'édulcorants de synthèse dans les boissons soit plus précisément déclarée par les industriels qu'aujourd'hui.

*
* * *

Article 9 ter A (nouveau)
**Création d'une taxe sur les dépenses de publicité
en faveur des boissons alcooliques à La Réunion**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• L'article 9 *ter* A est issu de l'adoption par le Sénat d'un amendement de Mme Audrey Bélim et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain (n° 1262) contre l'avis de la commission et du Gouvernement.

• Son I complète le chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale par une section 4 comprenant un article L. 245-13 et instituant au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) le produit d'une taxe au taux de 1 % sur le montant hors taxe sur la valeur ajoutée (TVA) des frais d'achats d'espaces publicitaires de toute nature et forme ou liés à des événements publics en faveur d'une boisson alcoolique à La Réunion, dont seraient recevables les entreprises produisant, important ou distribuant ces biens en France et dont le chiffre d'affaires serait supérieur ou égal à 2 millions d'euros.

Son II prévoit une entrée en vigueur immédiate.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

• La commission mixte paritaire a adopté cet article dans la rédaction issue des travaux du Sénat.

• Il importe néanmoins au rapporteur général de rappeler les motifs substantiels et matériels qui font que l'article 9 *ter* A pourrait être pratiquement inapplicable.

En premier lieu, contrairement à ce qui est valable pour les tabacs ou pour d'autres denrées alimentaires, la fiscalité n'est pas un levier efficace contre la consommation excessive d'alcool.

Ainsi que l'a souligné la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat il y a quelques mois⁽¹⁾ :

– 10 % des personnes âgées de 18 à 75 ans consomment 58 % de l'alcool, de sorte qu'il faudrait donc une hausse brutale des accises ou de nouvelles taxes pour réduire massivement l'achat des boissons en question, mais cela n'est réaliste ni pour les agriculteurs qu'à l'inverse il faut soutenir, ni pour les consommateurs ;

– une solution alternative serait d'instaurer un prix minimum de vente par unité d'alcool pur, comme l'ont préconisé des études de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2010 ou de la Cour des comptes en 2016 et comme l'ont fait l'Écosse et l'Australie en 2018, le Pays de Galles en 2020 et l'Irlande en 2022.

En deuxième lieu, les problèmes liés à la violation des règles de publicité relatives à l'alcool, figurant pour l'essentiel au chapitre III du titre II du livre III de la troisième partie du code de la santé publique et résultant des modifications successives de la loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite « Évin », doivent trouver une solution dans leur plus grand contrôle par les services des directions générales de l'alimentation (DGAL), de la santé (DGS) et de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGGCRF), ainsi que par les forces de police et l'autorité judiciaire, mais il est inopportun de confondre les questions commerciales avec le financement de la sécurité sociale.

En troisième et dernier lieu, le dispositif de l'article additionnel comporte d'importantes fragilités juridiques :

– il ne définit pas les boissons alcooliques concernées, lesquelles peuvent être appréhendées sous le prisme du 2^o de l'article L. 111-4 du code des impositions sur les biens et services comme celles « *dont le titre alcoométrique volumique acquis excède 1,2 % vol ou, pour les bières de malt et mélanges de bières de malt et de boissons non alcooliques, 0,5 % vol* » mais ont d'autres acceptations suivant les 3^o à 5^o de l'article L. 3321-1 du code de la santé publique d'une part et la section 2 du chapitre IV ainsi que le chapitre V du titre IV du livre VI du code rural et de la pêche maritime d'autre part ;

– il ne précise pas si le fait génératrice de son assiette est la promotion faite à La Réunion ou celle faite pour une consommation à La Réunion ou celle faite en cumulant ces critères, ce qui pose au demeurant une difficulté pour la publicité utilisant d'autres supports que des affiches ou des médias locaux ;

(1) *Rapport n° 638 de Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale, et Cathy Apourceau-Poly, en conclusion des travaux d'une mission d'évaluation et de contrôle sur la fiscalité comportementale dans le domaine de la santé, enregistré à la présidence du Sénat le 29 mai 2024.*

– il renvoie les modalités de recouvrement à un décret, entachant *ipso facto* la mesure d'incompétence négative et l'exposant de manière certaine à la censure du juge constitutionnel ;

– il peut être lu comme provoquant une rupture d'égalité devant l'impôt, la différence de situation observée dans le seul département concerné avec le reste du territoire national n'étant, malgré son sérieux, pas étayée au point qu'elle formerait avec évidence un motif d'intérêt général suffisant.

Aucun de ces arguments de droit ne remet en cause le sérieux de l'alerte formulée en séance par l'auteure de l'amendement à l'origine de l'article 9 *ter A*: « *si l'on boit moins d'alcool à La Réunion que dans l'Hexagone, 10 % des usagers [y] consomment 69 % du volume d'alcool ; cette alcoolisation massive d'une frange de la population a des répercussions majeures : accidents, violences intrafamiliales, maladies chroniques, près de 600 morts prématurés par an, 5 000 passages aux urgences, des vies brisées à cause des troubles liés au syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) ; les entreprises qui incitent à la consommation d'alcool doivent participer à la prévention [...]*

*
* * *

Article 9 ter B (nouveau)
Renforcement de la fiscalité sur les jeux d'argent et de hasard

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Encadrés à raison de leurs dangers (*a*), les jeux font l'objet de plusieurs contributions sociales (*b*). L'article 9 *ter B*, introduit au Sénat par deux amendements identiques de la rapporteure générale (n° 134) ainsi que de Mme Annie Le Houerou et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain (n° 652), proches d'un amendement du Gouvernement rejeté à l'Assemblée nationale, et un sous-amendement de M. Michel Savin et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains (n° 1357), réforme celles des impositions sur les jeux qui sont affectées à la sécurité sociale en rehaussant cinq taux, en modifiant deux assiettes et en assujettissant certaines opérations.

a. Un secteur régulé

Le marché français des jeux d'argent et de hasard, dont le produit brut était de 13,4 milliards d'euros en 2023, soit une augmentation de 3,5 % par rapport à l'année précédente, est devenu concurrentiel en 2010 mais reste supervisé.

Le rapporteur général renvoie le lecteur au rapport public thématique publié par la Cour des comptes il y a un peu plus d'un an, dont il salue l'intérêt et dont le Sénat s'est d'ailleurs largement inspiré⁽¹⁾.

- Dès le dix-neuvième siècle, le législateur a circonscrit la liberté des jeux pour prévenir les troubles à l'ordre public et financier l'État, puis des tiers.

C'est ainsi qu'ont notamment été adoptées les lois du 21 mai 1836 portant prohibition des loteries, du 2 juin 1891 ayant pour objet de réglementer l'autorisation et le fonctionnement des courses de chevaux, du 15 juin 1907 relative aux casinos puis n° 83-628 du 12 juillet 1983 relative aux jeux de hasard⁽²⁾.

Quatre catégories doivent être distinguées parmi les « *opérations offertes au public, sous quelque dénomination que ce soit, pour faire naître l'espérance d'un gain qui serait dû, même partiellement, au hasard et pour lesquelles un sacrifice financier est exigé de la part des participants* » que mentionne le deuxième alinéa de l'article L. 320-1 du code de la sécurité intérieure :

– les jeux de tirage et de grattage, ou de loterie, dont la distribution physique comme en ligne est le monopole de La Française des jeux (FDJ), société anonyme au capital de laquelle l'État est majoritaire et dont le statut a été dernièrement précisé par l'article 137 de la loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises⁽³⁾ ;

– les paris sur le résultat d'événements sportifs, soumis au même monopole dans le premier cas mais concurrentiels dans le second ;

– les jeux hippiques, pour lesquels la loi du 2 juin 1891, précitée, a prévu un monopole aussi bien pour l'organisation des courses au galop et au trot, confié à des sociétés-mères, que pour celle du pari mutuel urbain (PMU) dans les hippodromes et hors de ceux-ci, assurée par un groupement d'intérêt économique (GIE) du même nom, mais dont la tenue en ligne est libre ;

(1) *Cour des comptes*, Les jeux d'argent et de hasard : un secteur en mutation, des enjeux de régulation (2023).

(2) À l'exception de la deuxième, elles ont été abrogées, aux fins de leur codification, par les 8^e, 9^e et 17^e de l'article 19 de l'ordonnance n° 2012-351 du 12 mars 2012, prise sur le fondement de l'habilitation votée au 1^{er} de l'article 102 de la loi n° 2011-267 du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (un projet de loi de ratification a été déposé au Sénat le 9 mai 2012).

(3) Sur le fondement de l'habilitation votée à cet article a été prise l'ordonnance n° 2019-1015 du 2 octobre 2019 (un projet de loi de ratification a été déposé à l'Assemblée nationale le 30 octobre 2019 puis retiré le 15 juin 2022 et déposé au Sénat le même jour).

– les jeux de casinos ou de clubs ⁽¹⁾ soumis à des monopoles locaux pour leur prestation physique – dans des « sites balnéaires, thermaux ou climatériques » sur le fondement de la loi de 1907, précitée, puis suivant des conditions assouplies par la loi n° 2023-1178 du 14 décembre 2023 visant à réduire les inégalités territoriales pour les ouvertures de casinos – et à un régime particulier en ligne, le poker étant libre et les autres jeux (« *black jack* », roulette, machines virtuelles, etc.), interdits.

Tout opérateur en ligne de paris hippiques ou sportifs ou de jeux de cercle doit obtenir un agrément de l’Autorité nationale des jeux (ANJ), ainsi que l’indiquent les articles 11, 12, 14 et 21 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l’ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d’argent et de hasard en ligne.

• Comme le note la commission des affaires sociales du Sénat, « *l’addiction aux jeux est [...] reconnue comme une pathologie ; [elle] 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.* ».

L’assurance maladie et l’Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), par exemple, produisent sur ce sujet des études inquiétantes.

b. Une fiscalité spécifique

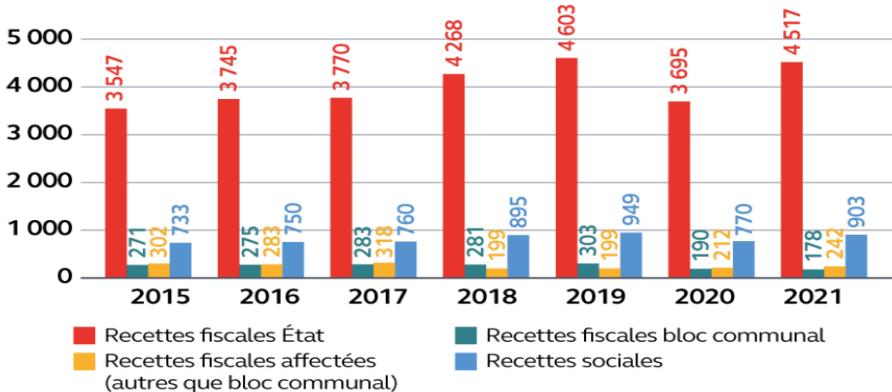
Outre ceux de droit commun – impôt sur les sociétés (IS), taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB), etc. –, s’appliquent aux jeux d’argent et de hasard des prélèvements *ad hoc* bénéficiant à chacun des trois sous-secteurs d’administrations publiques (APU), mais pour plus de 75 % au budget général de l’État.

Le rapport public thématique précité de la Cour des comptes fournit d’utiles informations pour les exercices 2015 à 2021.

(1) *Le statut de la capitale est particulier. Aux termes de l’article 82 de la loi du 31 juillet 1920 portant fixation du budget général pour 1921 dans sa rédaction initiale, « aucun casino ouvrant des salles de jeux ne pourra être exploité à moins de 100 kilomètres de Paris », mais l’article 24 de la loi du 31 mars 1931 portant fixation du budget général pour l’exercice 1931 a prévu une dérogation au profit des « casinos des stations thermales légalement reconnues », dont seul l’établissement d’Enghien-les-Bains bénéficie à ce jour. Se trouvaient également à Paris deux « cercles de jeux », relevant des articles 47 et 49 de la loi du 30 juin 1923 portant fixation du budget général de l’exercice 1923. Ils ont été supprimés par l’article 34 de la loi n° 2017-257 du 28 février 2017 relative au statut de Paris et à l’aménagement métropolitain et le II de l’article 34 de la loi n° 2017-1775 du 28 décembre 2017 de finances rectificative pour 2017, en contrepartie de la création à titre expérimental de « clubs de jeux », pour une durée de trois ans à partir du 1^{er} janvier 2018, durée portée à cinq ans par l’article 219 de la loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020 puis à sept ans par l’article 149 de la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022. L’article 28 du projet de loi de finances pour 2025 propose une prolongation d’un an dans sa version déposée sur le bureau de l’Assemblée nationale puis transmise ne varierait au Sénat, conformément à l’article 42 de la loi organique n° 2001-962 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, du fait du rejet de la première partie par la première.*

PRODUIT DES PRÉLÈVEMENTS SPÉCIFIQUES SUR LES JEUX DE 2015 À 2021

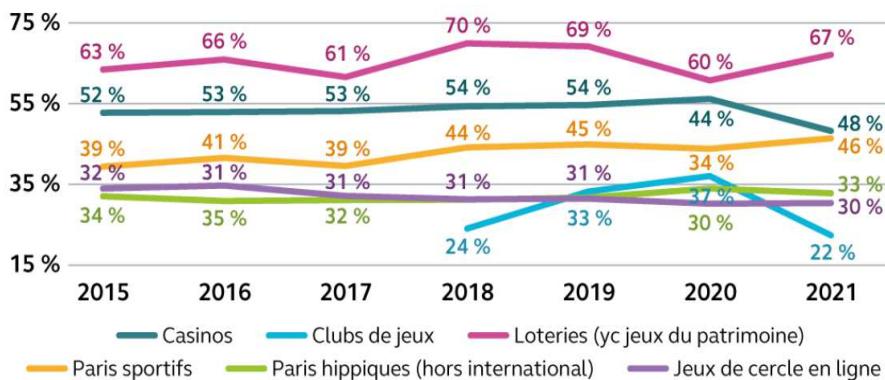
(en millions d'euros)



Source : Cour des comptes (septembre 2023).

TAUX AGRÉGÉ DES PRÉLÈVEMENTS SPÉCIFIQUES SUR LES JEUX DE 2015 À 2021

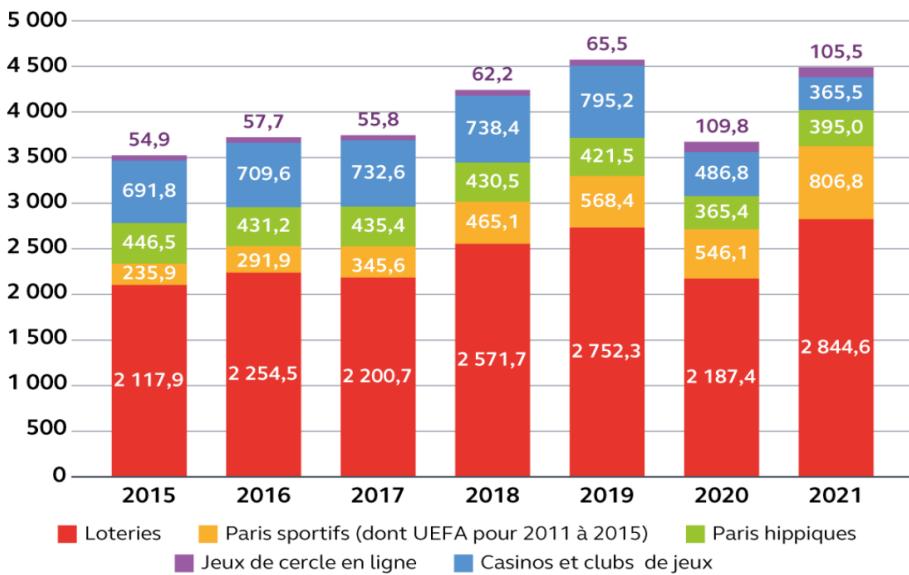
(en millions d'euros)



Source : Cour des comptes (septembre 2023).

**PRODUIT DES PRÉLÈVEMENTS SPÉCIFIQUES SUR LES JEUX DE 2015 À 2021
POUR L'ÉTAT**

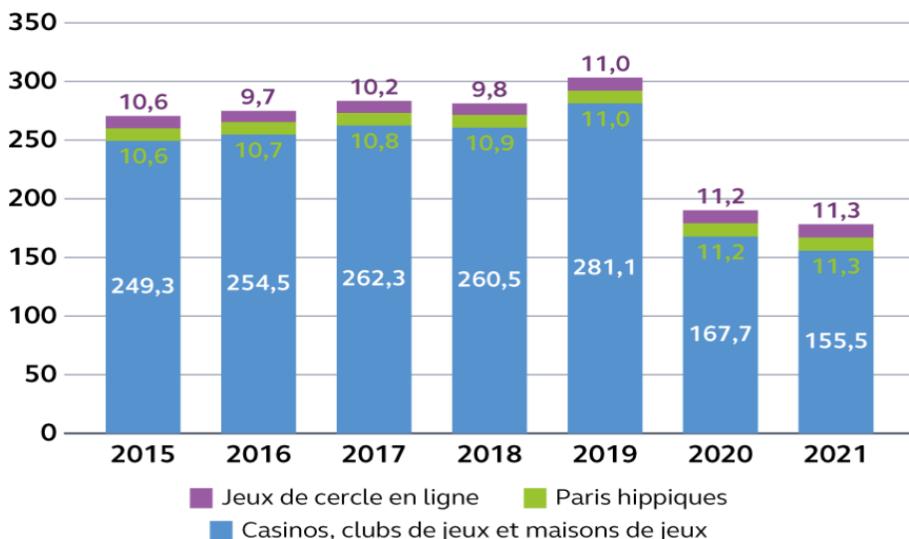
(en millions d'euros)



Source : Cour des comptes (septembre 2023).

**PRODUIT DES PRÉLÈVEMENTS SPÉCIFIQUES SUR LES JEUX DE 2015 À 2021
POUR LE BLOC COMMUNAL**

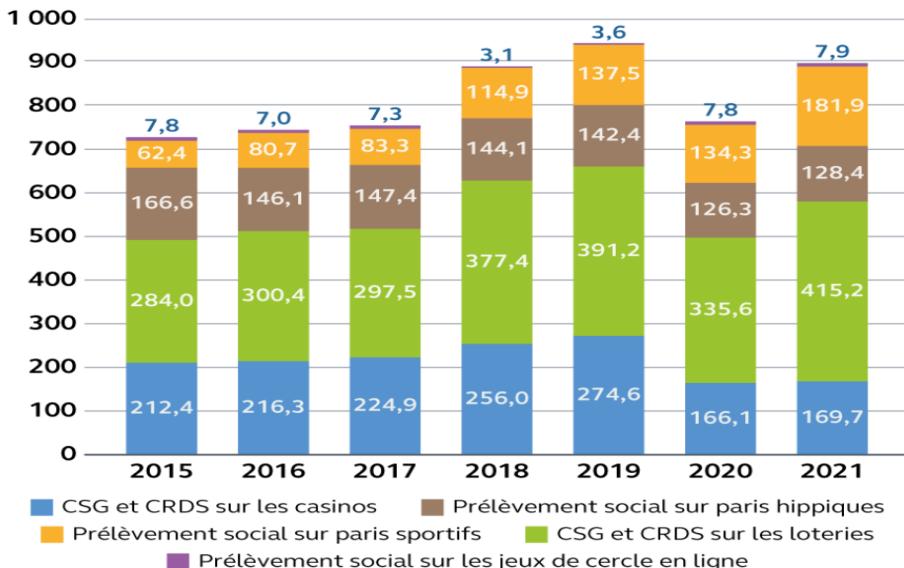
(en millions d'euros)



Source : Cour des comptes (septembre 2023).

**PRODUIT DES PRÉLÈVEMENTS SPÉCIFIQUES SUR LES JEUX DE 2015 À 2021
POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE**

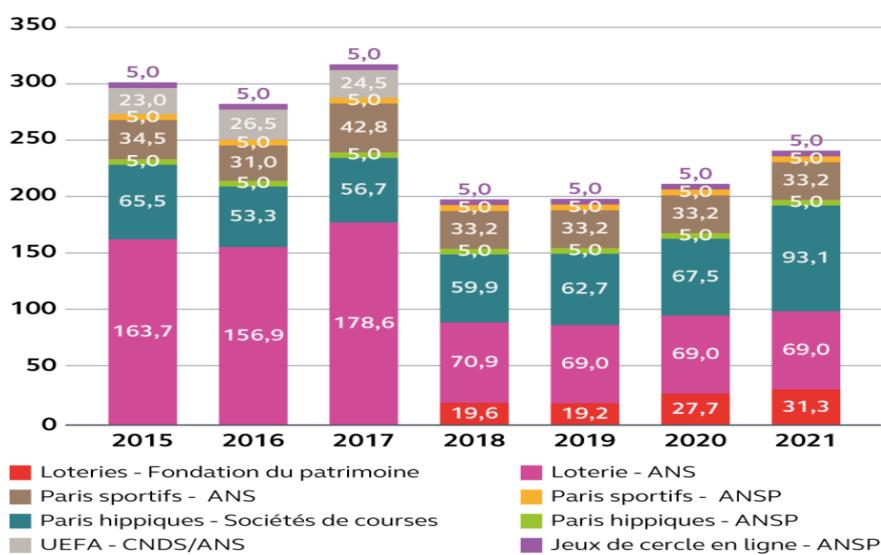
(en millions d'euros)



Source : Cour des comptes (septembre 2023).

**PRODUIT DES PRÉLÈVEMENTS SPÉCIFIQUES SUR LES JEUX DE 2015 À 2021
POUR LES AUTRES AFFECTATAIRES**

(en millions d'euros)



Source : Cour des comptes (septembre 2023).

Les organismes de sécurité sociale sont affectataires de trois impôts sur les jeux, dont les assiettes et les taux précis sont résumés dans le tableau *infra* :

– les I et III de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale sont relatifs à la contribution sociale généralisée (CSG) due à raison des jeux de loterie commercialisés en réseau physique et en ligne et des jeux dans les casinos ;

– les I et III de l'article 18 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale⁽¹⁾ assujettissent à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) les jeux de loterie commercialisés en réseau physique et en ligne, ainsi que les jeux dans les casinos, leur produit étant, conformément au 1^o de l'article 6 de la même ordonnance, l'une des ressources de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) ;

– aux termes de la section 11 du chapitre 7 du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, les paris hippiques et sportifs, ainsi que les jeux de cercle, en ligne et hors ligne, sont soumis à un prélèvement, institué par la loi de 2010 précitée, affecté à l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France) à concurrence de 5 % et sous un plafond annuel, fixé de longue date à 5 millions d'euros⁽²⁾, et à la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) pour le surplus, sur le fondement de l'article L. 137-24 du même code.

L'annexe 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025 indique que le rendement de ces trois impositions serait respectivement de 0,76 milliard d'euros, de 0,24 milliard d'euros et de 0,26 milliard d'euros, soit un total de 1,26 milliard d'euros.

c. Le dispositif proposé

Au cours de l'examen du projet de loi de financement en première lecture par l'Assemblée nationale, le Gouvernement avait défendu un amendement n° 2352 quasiment identique à l'article 9^{ter} B – à la différence notable que la version de

(1) *Prise sur le fondement de l'habilitation votée au 7^o de l'article 1^{er} de la loi n° 95-1348 du 30 décembre 1995.*

(2) *L'affectataire original était l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), dissous en 2016 et dont les attributions ont été reprises par Santé publique France. La limite de 5 millions d'euros relève, pour l'exercice en cours, de la vingt-troisième ligne du tableau figurant au second alinéa du I et la vingt-deuxième ligne du tableau figurant au second alinéa du II de l'article 156 de la loi n° 2023-1322 du 29 décembre 2023 de finances pour 2024. Avant l'entrée en vigueur du 3^o du I de l'article 15 de la loi organique n° 2021-1836 du 28 décembre 2021 relative à la modernisation de la gestion des finances publiques, ayant créé l'actuel 5^o bis du I de l'article 34 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, ce plafond pouvait être reconduit tacitement sur le fondement du tableau, désormais abrogé, figurant au second alinéa du I de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.*

l'exécutif frappait aussi les paris hippiques. Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, il avait été rejeté en séance⁽¹⁾.

Le **I** de l'article 9 *ter* B modifie le code de la sécurité sociale pour majorer des impositions existantes (**i**) et en instituer une nouvelle (**ii**), pour un **rendement estimé à 0,2 milliard d'euros** par la commission des affaires sociales du Sénat.

Il convient de préciser que son **II** abroge l'article L. 2333-57 du code général des collectivités territoriales – triplement obsolète car ses I à III ont déjà été abrogés ; car il n'existe concrètement plus de casinos flottants, c'est-à-dire « *installés à bord des navires de commerce transporteurs de passagers battant pavillon français* »⁽²⁾ ; car le surplus de ses IV et V est superfétatoire avec des mesures codifiées ailleurs – et que son **III** prévoit une application dès 2025.

i. Une revalorisation de la contribution sociale généralisée et du prélèvement au titre de la loi de 2010

Le **1°** du **I** porte, au deuxième alinéa du **III** de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, de 11,2 % à 11,9 % le taux de la CSG sur une fraction de 68 % du produit brut des jeux automatiques des casinos (soit un passage de 7,6 % à 8,1 % en termes réels), et laisse inchangé à 13,7 % celui applicable aux gains réglés en bons de paiement – « *jack-pots* » – d'une valeur égale ou supérieure à 1 500 euros.

Le **2°** rehausse de 6,2 % à 7,6 % le taux de la CSG sur le produit brut des jeux de loterie commercialisés en réseau physique de distribution et en ligne, lequel taux figure au **3°** du **I** de l'article L. 136-8 du même code et laquelle assiette est définie au **I** de l'article L. 136-7-1 dudit code.

Au dernier alinéa de l'article L. 137-21 du même code, le **3°** relève de 6,6 % à 7,6 % et de 10,6 % à 11,6 % le taux du prélèvement au titre de la loi de 2010 sur le produit brut des jeux tiré des paris sportifs commercialisés en réseau physique d'une part et en ligne d'autre part, avec un coefficient sur les mises faites outre-mer.

Le **4°** remplace le premier alinéa de l'article L. 137-22 dudit code par deux alinéas aux termes desquels le taux du prélèvement au titre de la loi de 2010 sur les jeux de cercle en ligne croîtrait de 0,2 % à 10 % en même temps que son assiette ne serait plus constituée des sommes engagées par les joueurs mais par le produit brut, augmenté de celles « *apportées par l'opérateur à titre gracieux* » en amont puis diminué de celles versées « *dans le cadre d'actions commerciales* » en aval.

(1) Cf. *le compte rendu de la deuxième séance publique du lundi 4 novembre 2024* : « M. Yannick Neuder, rapporteur général. – [...] Nous n'avons eu aucune information, alors que nous aurions aimé disposer d'une étude d'impact et d'éléments ressortant d'une consultation des acteurs. [...] Je ne suis pas opposé à ce qu'on lutte de la sorte contre les addictions, mais de telles dispositions semblent bien prématuées. [...] Enfin, on peut se demander si le relèvement de tous ces prélèvements ne va pas pousser un grand nombre de joueurs ou parieurs vers des jeux illégaux. [...] »

(2) *Premier alinéa du I de l'article L. 321-3 du code de la sécurité intérieure*.

Le **5°** modifie l'article L. 137-23, afférent lui aussi au prélèvement au titre de la loi de 2010. Son **a** supprime une précision sans objet. Son **b** substitue, à son deuxième alinéa relatif aux tournois, une assiette composée de la part retenue par l'opérateur sur les droits d'entrée et sur les gains à celle reposant en l'état sur le montant du droit d'entrée et, le cas échéant, du droit acquitté pour la poursuite du jeu après un échec. Son **c** supprime le dernier alinéa, lequel plafonnait à 0,10 euro par donne le prélèvement sur les jeux de cercle tenus sous une autre forme.

ii. Une nouvelle contribution

Le **6°** du I crée pour la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) une contribution supplémentaire.

• Ses redevables seraient les « *opérateurs se livrant à l'exploitation des activités mentionnées à l'article L. 320-6 du code de la sécurité intérieure* », soit :

- l'exploitation de jeux d'argent et de hasard par les casinos (1° du même article du code de la sécurité intérieure) ;
- l'exploitation de jeux de jeux d'argent par des personnes non-opérateurs dans les trois cas mentionnés par les articles L. 322-3, L. 322-4 et L. 322-5 du code de la sécurité intérieure (2°), à savoir :

* les loteries pour lesquelles le gain espéré est constitué d'objets mobiliers, destinés à des causes scientifiques, sociales, familiales, humanitaires, philanthropiques, éducatives, sportives ou culturelles ou à la protection des animaux ou de l'environnement lorsqu'elles ont été autorisées par le maire ;

* les lotos traditionnels dont la mise est inférieure à 20 euros, à propos desquels la loi cite les « *poules au gibier* », les « *rifles* » et les « *quines* » ;

- * les jeux d'argent et de hasard proposés lors des fêtes foraines (3°) ;
- l'exploitation des loteries soumises à un régime de droits exclusifs (4°) ;
- l'exploitation des paris sportifs en ligne et des jeux de cercle en ligne (6°).

Néanmoins, le même **6°** exempte trois opérations :

- l'exploitation de paris hippiques en réseau physique soumis à un régime de droits exclusifs (5° dudit article du code de la sécurité intérieure) ;
- l'exploitation des paris hippiques en ligne (début du 6°) ;
- les pratiques relevant de l'article L. 121-20 du code de la consommation, c'est-à-dire les promotions tendant à l'attribution d'un gain ou d'un avantage de toute nature par un tirage au sort ou par l'intervention d'un élément aléatoire (7°).

- Son taux serait de 15 %.

Son assiette comprendrait :

– d'une part, les « *frais de publication et des achats d'espaces publicitaires* » sur tout support et de toute forme, ou engagés pour « *promotion de l'opérateur* » ;

– d'autre part, les « *prestations externalisées de même nature* », les charges retenues étant celui du dernier exercice clos.

RÉCAPITULATION DES CHANGEMENTS DE L'ARTICLE 9 TER B

	Assiette		Taux	
	Droit existant	Droit proposé	Droit existant	Droit proposé
CSG sur les jeux de casinos	68 % du produit brut		11,2 %	11,9 %
CSG sur les « jack-pots »	Gains de plus de 1 500 euros			13,7 %
CSG sur les jeux de loterie	68 % du produit brut		6,2 %	7,6 %
Prélèvement de la loi de 2010 sur les paris sportifs physiques	Produit brut		6,6 %	7,6 %
Prélèvement de la loi de 2010 sur les paris sportifs en ligne			10,6 %	11,6 %
Prélèvement de la loi de 2010 sur les jeux de cercle en ligne	Sommes engagées	Produit brut corrigé	0,2 %	10,0 %
Prélèvement de la loi de 2010 sur les jeux de cercle en tournoi	Droits d'entrée et de poursuite	Part retenue sur les droits		
Publicité sur les jeux	s. o.	Frais d'achat	s. o.	15,0 %

Note : il est rappelé que la CRDS et la fiscalité des paris hippiques ne sont pas modifiés.

Source : commission des affaires sociales.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article, moyennant des ajustements rédactionnels, après avoir adopté quatre propositions de rédaction des rapporteurs pour :

– réduire l'écart de fiscalité entre les loteries et les paris sportifs en ligne, en tempérant la hausse pour les premières à 7,2 % au lieu de 7,6 % et en la renforçant pour les secondes à 15 % au lieu de 11,6 % ;

– exclure de la nouvelle contribution sur la publicité, et de fait plutôt sur les partenariats publicitaires entre elles et les opérateurs de jeux, les associations, ligues, sociétés et fédérations sportives ;

– préciser les conditions techniques dans lesquelles sera recouvrée par la direction générale des finances publiques (DGFiP) cette nouvelle contribution ;

– lever toute incertitude sur le fait qu'elle s'appliquera au titre des exercices clos à compter du 1^{er} janvier 2025.

*
* * *

Article 9 ter C (nouveau)

Encadrement commercial et fiscal des sachets de nicotine à usage oral

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• L'article 9 *ter* C est issu de l'adoption au Sénat d'amendements identiques de Mme Brigitte Devésa et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste (n° 352) ainsi que de M. Xavier Iacovelli et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants (n° 775), suivant l'avis de la commission mais contre l'avis du Gouvernement.

• Il crée un régime légal applicable aux sachets de nicotine à usage oral, tant pour leur vente que pour leur assujettissement fiscal et leur fabrication.

Son **I** rétablit un chapitre IV *bis* du titre III de la première partie du livre I^{er} du code général des impôts dont l'unique article 576 dispose que « *le monopole de vente au détail des sachets de nicotine à usage oral est confié à l'administration qui l'exerce [...] par l'intermédiaire des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article 568* », c'est-à-dire par les titulaires d'une licence de débit de tabac.

Son **II** modifie plusieurs dispositions, en l'état relatives au tabac, du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et les services pour soumettre les sachets de nicotine à usage oral – définis à cette occasion comme « *présentés en sachets-portions ou sachets poreux conditionnés pour la vente au détail, constitués en totalité ou partiellement de nicotine et ne contenant pas de tabac* » – à l'accise (cf. *infra* le commentaire de l'article 9 *ter* D) suivant un tarif de 22 euros pour 1 000 grammes à compter du 1^{er} mars 2025, puis de 44 euros et enfin de 66 euros en 2026 et 2027, après quoi serait prévue une indexation sur la base de l'inflation.

Son **III**, assurant à lui seul la recevabilité des amendements identiques dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale, complète l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale afin que le produit de la nouvelle composante de l'accise soit affecté à la branche maladie. Les auteurs de l'amendement avancent que les recettes pourraient atteindre « *près de 200 millions d'euros dans les prochaines années* », à partir d'hypothèses dont la vérification paraît malaisée.

Son **IV** insère deux chapitres III *bis* et III *ter* au titre I^{er} du livre V de la troisième partie du code de la santé publique dans le but d'interdire pour les mêmes sachets mais aussi les « *produits de la nicotine à usage oral présentés sous forme de perles ou de billes spécialement préparés pour être ingérés* » la fabrication, la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit, sauf lorsque les premiers ont moins

de 16,6 milligrammes de nicotine mais à l'attention des seuls majeurs, sous peine des amendes prévues pour les contraventions de la deuxième classe.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a supprimé cet article.
- C'est à raison que les auteurs des amendements identiques écrivent dans leur exposé que « *contrairement au snus, dont la vente est interdite sur le territoire de l'Union européenne, sauf en Suède, les sachets de nicotine ne contiennent pas de tabac et sont consommés sans combustion ; ils ne connaissent pas d'existence juridique et leur commercialisation n'est par conséquent pas encadrée*

Toutefois, leur initiative se place au moins autant sur le terrain de la santé et du commerce que sur celui de la fiscalité sociale, nonobstant le nombre respectif d'alinéas consacrés aux premiers ou au dernier de ces enjeux.

Les questions posées par les tabacs et les produits connexes, selon la terminologie de la directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014, sont trop complexes sur les plans juridique et médical pour être traitées par la voie d'un amendement qui par construction n'a pas été accompagné d'une étude d'impact et dont est inconnue l'analyse par les fort nombreuses administrations ou structures représentatives concernées, notamment les directions générales de la santé (DGS), des finances publiques (DGFiP), des douanes et des droits indirects (DGDDI), de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), la Haute Autorité de santé (HAS), les agences nationales de santé publique (Santé publique France) et de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), les instituts nationaux de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et du cancer (Inca), l'Académie nationale de médecine (ANM), les fédérations professionnelles, etc.

Une récente étude de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (Opecst)⁽¹⁾ invite également à être précautionneux.

M. Yannick Neuder, rapporteur général au cours de la première lecture, estimait que :

– pris globalement, les produits nicotinés soit sont des substituts au tabac, auquel cas leur consommation est utile tant qu'elle est accompagnée par un médecin ou un pharmacien, soit n'en sont pas, de sorte qu'ils doivent ou être autorisés dans tous les points de vente ou purement interdits, mais qu'il n'y a pas lieu d'en réservier le monopole à une catégorie particulière de commerçants et *a fortiori* à ceux dont l'existence même est liée à leur statut de préposé des douanes pour le tabac ;

(1) Note n° 1676 (Assemblée nationale) et n° 931 (Sénat) de Mme Catherine Procaccia, sénatrice, et M. Gérard Leseul, député, Nouveaux produits du tabac ou à base de nicotine : lever l'écran de fumée, enregistrée aux présidences de l'Assemblée nationale et du Sénat le 27 septembre 2023.

– en particulier, les sachets de nicotine à usage oral relèvent de la seconde branche et la ministre de la santé et de l'accès aux soins a déclaré à la fin du mois d'octobre 2024 que « *le Gouvernement [avait] décidé d'interdire ces produits, qu'il s'agisse des sachets contenant de la nicotine à placer dans la bouche, contre la gencive ou sous la langue, qu'on appelle "pouches", mais aussi des produits similaires qui sont tout aussi problématiques, sous la forme de gommes ou de billes [...], le marketing de ces produits est directement ciblé vers les jeunes* ».

En réponse à la présentation des amendements n°s 352 et 775, la même ministre a dit : « *face à la gravité de la situation, j'ai décidé l'interdiction pure et simple de ces produits pour tous, pas seulement pour les jeunes ; je préfère interdire un produit plutôt que de le taxer et le laisser vivoter* ».

Par conséquent, il semble préférable d'attendre un véhicule réglementaire distinct sur le fond.

*
* * *

Article 9 ter D (nouveau)
Augmentation de l'accise sur les produits du tabac

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Il convient de résumer le cadre fiscal des produits du tabac (*a*).

Cet article, introduit en séance au Sénat par un amendement la rapporteure générale (n° 135) contre l'avis du Gouvernement, majore pour 2025 à 2027 les taux, tarifs et minima de perception de l'accise sur les différentes catégories frappées et donne donc, pour la suite, une nouvelle base à leur formule d'indexation sur l'inflation, dans un objectif comportemental, donc de santé publique (*b*).

a. Le droit existant

Sur le plan biologique, le tabac désigne les feuilles de la plante *nicotiana tabacum*, originaire d'Amérique centrale et découverte au XVI^e siècle. Il est le plus souvent consommé en le brûlant aux fins d'en inhaler la fumée, voire d'avaler ce mélange cendré de gaz et de particules solides – au moyen de cigarettes dans des rouleaux préparés ou non (fine coupe), de cigares, de cigarillos, de pipes et de narguilés –, mais peut aussi l'être en le mâchant, le suçant ou l'aspirant.

Comme son nom savant l'indique, le tabac contient naturellement de la nicotine, à savoir un alcaloïde toxique (dérivé de l'azote) et au double effet addictif et psychotropique, donc altérant le fonctionnement du système nerveux, mais il faut

noter que les cigarettes et leurs dérivés comprennent d'autres substances néfastes sur lesquelles le présent rapport n'a pas à revenir, dont de l'acétone, de l'ammoniac, de l'arsenic, du goudron, du plomb, etc.

Pour sa part, le chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et les services dispose :

– à son article L. 314-3 que « *les produits du tabac s'entendent des produits qui contiennent l'une des substances suivantes : 1° du tabac ; 2° des substances mélangées au tabac et susceptibles d'être fumées, inhalées après avoir été chauffées, prisées ou mâchées avec le tabac ; 3° des substances autres que le tabac susceptibles d'être fumées et qui ne sont pas à usage médical* » ;

– à son article L. 314-4 qu'un « *produit est susceptible d'être inhalé après avoir été chauffé lorsqu'il répond aux conditions cumulatives suivantes : 1° il est coupé et fractionné ; 2° il est conditionné pour la vente au détail ; 3° il est spécialement préparé pour être chauffé au moyen d'un dispositif dédié afin de produire une émission susceptible d'être inhalée par le consommateur final*

 ».

Outre à ceux de droit commun – sur le bénéfice, le chiffre d'affaires, la valeur foncière, etc. – dont s'acquittent les metteurs sur le marché de tabac, les transactions afférentes aux divers produits en découlant sont soumises à un impôt *ad hoc* (*i*), que la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023 a déjà augmenté (*ii*).

i. Les principes de l'accise sur les tabacs

Un droit de consommation frappe les produits du tabac : versé par leurs vendeurs mais assumé par leurs acheteurs, donc présentant un contribuable distinct du redevable, cette accise est recouvrée mensuellement par la direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) – laquelle administration gérant le monopole de l'État sur la vente au détail du tabac, confié aux buralistes sur le fondement de l'article 568 du code général des impôts en contrepartie d'une licence, affectée à la branche maladie sur celui du 6^o de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale.

Les paramètres de l'accise sont déterminés par le chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Selon la catégorie fiscale, elle est composée d'un ou de trois éléments :

– pour les tabacs à priser et à mâcher, n'existe qu'un droit proportionnel, soit un taux appliqué au prix de vente ;

– sinon, l'article L. 314-21 du même code dispose que « *le montant [...] est égal au plus grand des deux montants suivants : 1° la somme des deux termes suivants : a) le produit du taux de l'accise par le prix de vente [...] ; b) le tarif de l'accise ; 2° le minimum de perception* », étant entendu que le tarif, c'est-à-dire le droit spécifique, est exprimé en valeur absolue par millier d'unités (cigarettes,

cigares et cigarillos) ou milliers de grammes (tabac à rouler et autres tabac à fumer) et que le prix de vente est lui-même défini par le 1^o de l'article L. 314-22 dudit code comme celui qui, en métropole, est homologué par arrêté dans les conditions prévues à l'article 572 du code général des impôts.

La loi fixe, pour une période unique ou pour plusieurs périodes successives, des tarifs, taux et *minima* de perception pour chaque catégorie, mais ils connaissent une revalorisation réglementaire annuelle (*cf. infra*).

Le produit de l'accise, soit 12,8 milliards d'euros en 2024 et, toutes choses égales par ailleurs, 12,7 milliards d'euros en 2025 d'après l'annexe 3 du projet de LFSS pour 2025, est affecté :

– s'agissant de la fraction perçue en métropole, pour 99,5 % à la branche maladie, sur le fondement du 1^o de l'article L. 314-37 du code des impositions sur les biens et services et du *a* du 7^o de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, et, pour le surplus, au régime d'allocations viagères des débitants de tabac ;

– s'agissant des fractions perçues dans les territoires d'outre-mer et en Corse, aux départements concernés, sur le fondement du 5^o du *b* de l'article L. 3332-1 et du 4^o *bis* de l'article L. 4425-22 du code général des collectivités territoriales.

S'ajoute à l'accise un taux de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) de 16,67 %, calculé « en dedans » : le taux normal de 20 %, fixé par l'article 279 du code général des impôts, est dans le prix ; lui est appliqué un coefficient de 100 / (100 + 20).

ii. La réforme de 2023

En cohérence avec les plans de mobilisation nationale contre le cancer pour les années 2003 à 2007 puis 2009 à 2023 (PMNC), le programme national de réduction du tabagisme pour les années 2014 à 2017 (PNRT), puis le programme national de lutte contre le tabac pour les années 2018 à 2022 (PNLT), l'article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 avait déjà rehaussé la fiscalité du tabac, donc le prix des cigarettes et produits connexes.

Cependant, une nouvelle étape était nécessaire car le rythme de baisse la prévalence s'affaiblissait et surtout car avec l'inflation alors observée, il existait un risque que le coût du tabac diminuât en termes réels comparativement au reste du panier, ce que le législateur a tenu pour un non-sens économique et sanitaire.

Une franche revalorisation de l'accise a par conséquent résulté de l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

D'abord, alors que son ancienne rédaction ⁽¹⁾ prévoyait une limite de 1,8 % pour l'indexation annuelle des tarifs et des *minima* de perception, la version actuelle

(1) Annexe de l'ordonnance n° 2021-1843 du 22 décembre 2021, prise sur le fondement de l'habilitation votée au 3^o du II de l'article 184 de la loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020 – abrogé par le 2^o du V de l'article 80 de la loi n° 2022-1726 du 30 décembre 2022 de finances pour 2023 –, ainsi que

est que cette indexation suit l'indice des prix à la consommation hors tabac (IPCHT) prévu pour l'année précédente sur la base du rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la nation (RESF) annexé au projet de loi de finances (PLF), sans limitation dans le cas des tarifs et dans celle de 3 % pour les *minima*.

Ensuite, une catégorie fiscale a été créée pour isoler les tabacs à chauffer des autres tabacs à fumer dont ils relevaient selon les quatorzième à dix-septième lignes du tableau du deuxième alinéa de l'article 575 A du code général des impôts⁽¹⁾.

L'annexe 9 du projet de loi de financement relevait alors « *une forte hausse depuis 2018 des volumes mis à la consommation pour les autres tabacs à fumer (+ 130 % entre 2018 et 2020)* », laquelle recouvre d'une part les produits destinés aux pipes, narguilés et chichas ou certaines feuilles et d'autre part le tabac à chauffer, « *dont le volume des ventes a été multiplié par vingt entre 2018 et 2020 et dépasse désormais 2,5 % des ventes totales [...] dans l'Union européenne (UE)* »⁽²⁾.

Enfin, ont été rehaussés la quasi-totalité des taux, tarifs et *minima* pour la nouvelle période de référence, à savoir du 1^{er} mars au 31 décembre 2023 dans le cas général et les deux nouvelles périodes du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024 puis du 1^{er} janvier au 31 décembre 2025 pour les tabacs de fine coupe et les deux mêmes périodes ainsi que celle du 1^{er} janvier au 31 décembre 2026 pour les tabacs à chauffer en bâtonnets⁽³⁾ ou sous un autre format.

Par ailleurs, les dispositions applicables en Corse ont été harmonisées, sans que le présent rapport ait vocation à en retracer le détail.

Le tableau *infra* consolide le barème de l'accise perçue en métropole.

du 3° et de l'avant-dernier alinéa du II de l'article 128 de la n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022 et ratifiée par le VI de l'article 80 de la loi n° 2022-1726 du 30 décembre 2022 précitée.

(1) Abrogé par le ad du 4^o de l'article 10 de l'ordonnance n° 2021-1843 du 22 décembre 2021 précitée.

(2) Commission européenne, rapport (n° COM-2022-279) d'application de la directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes et abrogeant la directive 2001/37/CE, 15 juin 2022.

(3) Les 2^o et 3^o de l'article L. 314-15-1 indiquent que les bâtonnets sont « d'une longueur qui n'excède pas 45 millimètres, filtre inclus, et d'un diamètre qui n'excède pas 7 millimètres » et dont la part du poids lié au tabac lui-même ne dépasse pas 265 grammes.

**TAUX, TARIF ET MINIMA DE PERCEPTION DE L'ACCISE SUR LES TABACS
PERÇUE EN MÉTROPOLE EN 2024**

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)	1 011,3
Autres tabacs à fumer ou à inhalaer 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.

Au regard du caractère contraint du prix de vente, la DGDDI a indiqué à la commission des affaires sociales du Sénat que pour un paquet de vingt cigarettes vendu à 11,51 euros en 2024, il fallait compter 1,92 euros de TVA, la somme de 6,33 euros et de 1,43 euro pour l'accise (, et s'agissant des metteurs sur le marché un chiffre d'affaires de 1,17 euro pour le buraliste (*cf. infra*) et une marge de 0,66 euro pour le fabricant.

b. Le dispositif proposé

Pour la commission des finances à l’Assemblée nationale⁽¹⁾ comme celle des affaires sociales au Sénat⁽²⁾, la fiscalité est le meilleur outil contre le tabagisme.

La cible du programme national de lutte contre le tabac pour les années 2023 à 2027 n’est que de 13 euros.

L’article 9 ter D résulte de l’adoption en séance de l’amendement n° 135 de la rapporteure générale de la commission des affaires sociales du Sénat.

• Son I modifie la sous-section 2 de la section 3 du chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Le 1^o prévoit une nouvelle rédaction de l’article L. 314-24 du même code, actuellement relatif à la fraction de l’accise perçue en métropole, pour n’y laisser que les troisième et quatrième alinéas portant sur la formule d’indexation.

Il rend de surcroît cette évolution applicable à tout le territoire.

Le 2^o crée un article L. 314-24-1 fixant pour l’accise perçue en métropole son barème en 2025, 2026 et 2027 ainsi que « *l’information de l’application de l’indexation [...] ou d’une absence d’évolution pour une année ultérieure* ».

Le nombre de chiffres modifiés appelle le rapporteur général à ne pas en faire un commentaire ligne à ligne mais à reproduire le tableau *infra*.

Il convient de noter dans l’exposé sommaire de l’amendement à l’origine de l’article 9 ter D l’ordre de grandeur suivant lequel « *en l’absence de cet amendement, le prix du paquet de cigarettes serait d’environ 12,30 euros en 2025 et 12,60 euros en 2027 ; avec [lui], le prix du paquet de cigarettes approcherait 12,70 euros dès 2025 et resterait à ce niveau en 2027 ; [...] cet amendement remplace une augmentation progressive du prix par une “marche” plus haute*

(1) *Rapport n° 4489 de M. le président Éric Woerth et Mme Zivka Park en conclusion des travaux d’une mission d’information relative à l’évolution de la consommation de tabac et du rendement de la fiscalité applicable aux produits du tabac pendant le confinement et aux enseignements pouvant en être tirés, enregistré à la présidence de l’Assemblée nationale le 29 septembre 2021.*

(2) *Rapport n° 638 de Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale, et Cathy Apourceau-Poly, en conclusion des travaux d’une mission d’évaluation et de contrôle sur la fiscalité comportementale dans le domaine de la santé, enregistré à la présidence du Sénat le 29 mai 2024.*

**TAUX, TARIF ET MINIMA DE PERCEPTION DE L'ACCISE SUR LES TABACS
PERÇUE EN MÉTROPOLE PROPOSÉS POUR 2025, 2026 ET 2027**

Catégorie fiscale	Paramètres	Montant				
		(1)	(2)	(3)	(4)	
Cigares et cigarillos	Taux (%)	36,3	36,6	Inchangé		
	Tarif (€/1 000 unités)	55,8	67,5	Indexation (article L. 314-24)		
	Minimum de perception (€/1 000 unités)	302,5	317			
Cigarettes	Taux (%)	55	55,5	Inchangé		
	Tarif (€/ 1000 unités)	72,7	73,4	Indexation (article L. 314-24)		
	Minimum de perception (€/1 000 unités)	379	392,5			
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	Taux (%)	49,1	50,1	Inchangé		
	Tarif (€/1 000 grammes)	104,2	106,6	110,6	Index.	
	Minimum de perception (€/1 000 grammes)	355,8	379	390,5	397,3	
Tabacs à chauffer commercialisés en bâtonnets	Taux (%)	51	52	53		
	Tarif (€/1 000 unités)	41,1	50,5	57,9	59,1	
	Minimum de perception (€/1 000 unités)	303,8	339,5	379,3	406,2	
Autres tabacs à chauffer	Taux (%)	51,4	52	53		
	Tarif (€/1 000 grammes)	155,2	192,3	220,1	224	
	Minimum de perception (€/1 000 grammes)	1 146,4	1 267,9	1 319,1	1 455	
Autres tabacs à fumer ou à inhaller après avoir été chauffés	Taux (%)	51	54	Inchangé		
	Tarif (€/1 000 grammes)	35,9	40	Indexation (article L. 314-24)		
	Minimum de perception (€/1 000 grammes)	152,5	186,3			
Tabacs à priser	Taux (%)	58,1	Inchangé			
Tabacs à mâcher	Taux (%)	40,7				

Note : (1) – du 1^{er} janvier au 28 février 2025 ; (2) – du 1^{er} mars au 31 décembre 2025 ; (3) – 2026 ; (4) – 2027.

Source : amendement n° 135 de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale.

Par exemple, la première revalorisation concernant les cigarettes atteindrait 1,96 % pour le tarif et 2,04 % pour le minimum.

Le 3^o remplace intégralement, dans l'article L. 314-25 dudit code où figure le barème pour l'accise perçue en Corse, le tableau du second alinéa, pour 2025.

Demeureraient les deux derniers alinéas de cet article, aux termes desquels :

– « [...] *le minimum de perception est nul* » ;

– « *pour les [...] cigarettes, [l'accise] s'applique aux seules 1 200 premières tonnes fournies chaque année civile* ».

Pour mémoire, l'article L. 314-26 dispose qu'outre-mer, le taux est limité car il est calculé sur un produit théorique, le tarif est nul et le minimum de perception n'existe que dans certains cas et pour une valeur elle aussi plafonnée.

**TAUX, TARIF ET MINIMA DE PERCEPTION DE L'ACCISE SUR LES TABACS
PERÇUE EN MÉTROPOLE PROPOSÉS POUR 2025, 2026 ET 2027**

Catégorie fiscale	Paramètres	Montant	
		(1)	(2)
Cigares et cigarillos	Taux (%)	34,3	35,5
	Tarif (€/1 000 unités)	53,7	61,8
Cigarettes	Taux (%)	53,9	54,7
	Tarif (€/ 1 000 unités)	67,9	72
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	Taux (%)	46,4	48,3
	Tarif (€/1 000 grammes)	95,4	104
Tabacs à chauffer commercialisés en bâtonnets	Taux (%)	49,4	48,2
	Tarif (€/1 000 unités)	32,2	45,8
Autres tabacs à chauffer	Taux (%)	49,4	51,2
	Tarif (€/1 000 grammes)	155	189,5
Autres tabacs à fumer ou à inhaller après avoir été chauffés	Taux (%)	49,4	51,7
	Tarif (€/1 000 grammes)	32,2	36,8
Tabacs à priser	Taux (%)	55,4	58,1
Tabacs à mâcher	Taux (%)	39	40,7

Note : (1) – du 1^{er} janvier au 28 février 2025 ; (2) – du 1^{er} mars au 31 décembre 2025.

Source : amendement n° 135 de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale.

• Le II de l'article 9 *ter* D prévoit son entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

• D'après le rapport de la commission des affaires sociales du Sénat :

– « *à comportements inchangés, le montant de l'accise serait accru d'environ 0,7 milliard d'euros en 2025* » ;

– « *toutefois, cet article n'a pas pour objet d'augmenter les recettes, mais bien d'infléchir les comportements [et] après prise en compte de la moindre consommation de cigarettes, le rendement serait d'environ 0,2 milliard d'euros* ».

Au demeurant, la remise fixée réglementairement est proportionnelle au prix de vente des cigarettes (elle est actuellement fixée à 10,19 %).

Il convient enfin de rappeler que les buralistes sont grandement accompagnés par l'État (aide à la transformation, indemnité de fin d'activité, etc.).

Le rapporteur général souhaite alerter sur la hausse de la contrebande dans les territoires transfrontaliers, par exemple avec le Luxembourg, corrélée à la hausse de la fiscalité sur le tabac, et sur la nécessité d'une harmonisation fiscale à l'échelle européenne, le plus rapidement possible.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a supprimé cet article.

* *

Article 9 ter

Étendre les remises aux médicaments biosimilaires et hybrides substituables

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 9 *ter* résulte de quatre amendements identiques de M. Thibault Bazin (Droite Républicaine) (n° 838), de Mme Justine Gruet et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine (n° 992), de M. Frédéric Valletoux et de plusieurs de ses collègues du groupe Horizons & Indépendants (n° 1740) ainsi que de M. Bertrand Bouyx (Horizons & Indépendants) (n° 1993). Cet article, inséré par l'Assemblée nationale et retenu par le Gouvernement dans le texte transmis au Sénat, vise à étendre aux exploitants de médicaments hybrides et biosimilaires substituables la possibilité de consentir aux pharmaciens d'officines des remises, ristournes et avantages commerciaux.

• Le 1^o de l'article 9 *ter* modifie l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale, relatif aux remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés consentis par les fournisseurs des officines en spécialités pharmaceutiques remboursables. Aux termes de cet article, le montant de ces remises ne peut excéder 2,5 % du prix des spécialités remboursables. Par dérogation, le plafond est porté à 50 % du prix fabricant hors taxes pour les spécialités génériques et les spécialités de référence dont le prix de vente au public est identique à celui des spécialités du groupe générique auquel elles appartiennent.

Le 2^o modifie l'article L. 138-9-1 du code de la sécurité sociale afin de renforcer en conséquence les obligations déclaratives des fournisseurs de médicaments hybrides et biosimilaires substituables à l'égard du Comité économique des produits de santé (Ceps). Aux termes de cet alinéa, ces fournisseurs sont tenus de déclarer au Ceps, chaque année et pour chaque spécialité, les remises, ristournes et avantages commerciaux consentis, ainsi que les chiffres d'affaires hors taxes associés à ces produits.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• Le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement (n° 1330), ayant reçu un avis favorable de la commission.

Cet amendement transpose le mécanisme des remises dérogatoires, au-delà de 2,5 %, autorisées pour les médicaments princeps commercialisés au même prix

que les génériques, à la catégorie des médicaments biologiques commercialisés au même prix que leur biosimilaire.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, modifié par une correction d'erreur matérielle.

*
* *

Article 9 quater **Taxe sur les publicités relatives aux prothèses auditives**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : suppression.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 9 *quater* résulte de l'adoption d'un amendement de Mme Stéphanie Rist (Ensemble pour la République) (n° 2157) contre l'avis de la commission et du Gouvernement, lequel l'a toutefois retenu dans le texte qu'il a transmis au Sénat en application de l'article 47, alinéa 2, de la Constitution.

• Cet article complète le chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale par une section 6 comprenant un article L. 245-13 et instaurant une taxe sur les dépenses de publicité relatives aux aides auditives, soit les dispositifs médicaux inscrits au chapitre III du titre II de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) prévue à l'article L. 165-1 du même code, sous une exception dont l'auteure avance qu'elle vise à protéger la communication encadrée par les professionnels de santé, en excluant les publicités ayant un objectif médical et informatif (*cf. infra* pour son analyse par le rapporteur général).

L'objectif de cette mesure est double : limiter la promotion commerciale excessive de ces dispositifs médicaux tout en renforçant le financement de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) à laquelle l'impôt serait affecté.

L'assiette de la taxe serait le montant hors taxe sur la valeur ajoutée (TVA) des frais d'achat d'espaces publicitaires, quels qu'en soient le support et la forme matérielle ou immatérielle, ainsi que des dépenses liées à des événements publics. Cela engloberait l'ensemble des stratégies publicitaires, y compris celles utilisant les nouveaux médias. Son taux standard de 40 % serait porté à 80 % lorsque la publicité mentionne une opération commerciale ou un avantage promotionnels.

Ce doublement a pour but de décourager des pratiques publicitaires excessives et trompeuses qui pourraient orienter les consommateurs vers des choix basés davantage sur des incitations que sur des critères médicaux.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté trois amendements identiques de la commission (n° 136), de M. Alain Milon (Les républicains) (n° 195) et de M. Vincent Louault (Les indépendants – République et territoires) (n° 241) supprimant l'article 9 *quater*, le Gouvernement s'en étant remis à la sagesse du Sénat.

Une publicité strictement encadrée

« En application de l'article L. 5213-3 du code de la santé publique, la réglementation autorise la publicité pour les dispositifs médicaux qui présentent un faible risque pour la santé humaine. L'arrêté du 21 décembre 2012 précise que la liste de ces dispositifs pouvant faire l'objet de publicité comprend ceux de classe I et de classe IIa, catégories auxquelles appartiennent les dispositifs d'aides auditives.

« Toutefois, cette publicité est strictement encadrée.

« Le code de la sécurité sociale, dans son article L. 165-8, prévoit que “la mention dans les publicités auprès du public que ces produits sont remboursés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie ou par un régime complémentaire est interdite”. L'information au consommateur sur les conditions de remboursement doit dès lors être fournie sur le lieu et au moment de la vente. Les infractions aux dispositions de cet article sont punies de 37 500 euros d'amende, dont le montant maximum peut être portée à 50 % des dépenses de publicité constituant l'infraction.

« Le code de la santé publique précise les modalités dans lesquelles la publicité autorisée peut s'exercer. Ainsi, les articles L. 5213-1 et suivants ainsi que les décrets pris pour leur application indiquent que la publicité ne doit pas faire mention du fait que le dispositif médical est pris en charge, en totalité ou partie, par les régimes obligatoires d'assurance maladie ou par un régime complémentaire, mais également que la publicité ne peut faire apparaître la consultation médicale ou l'intervention chirurgicale comme superflue. Toutefois, dans le cadre des dispositifs d'aides auditives de classe I ou IIa, sont autorisées des publicités comportant “des offres de primes, objets ou produits quelconques ou d'avantages matériels directs ou indirects de quelconque nature que ce soit” (article R. 5213-1 du même code).

Enfin, l'article L. 4361-7 dudit code précise que “la location, le colportage, les ventes itinérantes, les ventes dites de démonstration, les ventes par démarchage et par correspondance des appareils de prothèse auditive sont interdites”. »

Source : rapport n° 138 de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, enregistré à la présidence du Sénat le 13 novembre 2024.

La commission des affaires sociales du Sénat a fait valoir des arguments semblables à ceux que M. Yannick Neuder, rapporteur général au cours de la première lecture, avait donnés à l'Assemblée nationale.

À ses yeux, le constat formulé par l'auteure de l'amendement devenu article additionnel est juste : avec le « 100 % santé », le recours aux prothèses auditives a

crû, mais la libéralisation de la publicité doit y avoir au moins autant contribué que la mise à disposition d'un panier sans reste à charge, lequel n'a pas fait baisser les prix – comme si aucune concurrence ne jouait à cause d'un appel d'air.

Il jugeait donc utile d'agir, mais par la voie fiscale plutôt que commerciale.

Le dispositif lui semblait aussi imparfait techniquement et juridiquement :

– son taux de 40 % voire 80 % serait prohibitif, donc extrêmement néfaste aux assurés ou aux clients sur qui il serait répercuté, et la commission des affaires sociales du Sénat a noté avec justesse qu'aucune distinction ne serait faite quant au statut ou au chiffre d'affaires des entreprises assujetties ;

– l'exclusion qu'il prévoit dans le I du nouvel article codifié ne fonctionne pas dès lors qu'elle concerne la « *prestation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 4361-1 du code de la santé publique* », auquel il n'y a aucune prestation, sauf à la faveur d'une lecture alambiquée, de mauvaise méthode pour le législateur, suivant laquelle il s'agirait de la promotion par le prothésiste de sa propre activité d'appareillage, ce qui revient exactement à la même chose que l'assiette de départ, à savoir la publicité sur les dispositifs médicaux contre la déficience de l'ouïe.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a maintenu la suppression de cet article opérée au Sénat.

*
* * *

Article 9 quinquies (nouveau)

Mention sur l'avertissement ou la mise en demeure de la faculté de se faire assister d'un conseil

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

• L'article 9 *quinquies* résulte d'un amendement de Mme Pascale Gruny et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement.

Le cotisant qui ne s'est pas conformé aux prescriptions de la législation de sécurité sociale est poursuivi devant le tribunal judiciaire, soit à la requête du ministère public, éventuellement sur la demande du ministre chargé de la sécurité

sociale, soit à la requête de toute partie intéressée et, notamment, de tout organisme de sécurité sociale⁽¹⁾.

Toute action ou poursuite effectuée dans ce cadre est obligatoirement précédée, si elle a lieu à la requête du ministère public, d'un avertissement par lettre recommandée de l'autorité compétente de l'État invitant l'employeur ou le travailleur indépendant à régulariser sa situation dans le mois. Si la poursuite n'a pas lieu à la requête du ministère public, ledit avertissement est remplacé par une mise en demeure adressée par lettre recommandée ou par tout moyen donnant date certaine à sa réception par l'employeur ou le travailleur indépendant⁽²⁾.

- Le présent article prévoit que ces avertissements et mises en demeure mentionnent la possibilité, pour le cotisant, d'être assisté d'un conseil. L'absence d'une telle mention entraînerait la nullité de la procédure.

Une telle disposition pourrait entraîner la caducité de l'ensemble des procédures en cours jusqu'à ce que les organismes de recouvrement modifient les formulaires qu'ils utilisent dans leurs échanges avec les cotisants. L'intérêt de la garantie procédurale offerte aux cotisants serait, de surcroît, nécessairement limité, dans la mesure où le ministère d'avocat n'est pas obligatoire dans ce contentieux.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire.

- La commission mixte paritaire a supprimé cet article.

*
* * *

Article 9 sexies (nouveau)

Limitation à trois mois de la durée de suspension du délai de prescription des cotisations dans le cadre d'un contrôle

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

- Cet article résulte d'un amendement de Mme Pascale Gruny et plusieurs membres du groupe Les Républicains, adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement.
- Dans le cas d'un contrôle conduit par les unions de recouvrement des cotisations des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), le délai de prescription des cotisations et des contributions sociales ainsi que celui des

(1) Article L. 244-1 du code de la sécurité sociale.

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

majorations et des pénalités de retard – fixé à trois ans⁽¹⁾ – est suspendu durant la période contradictoire. Cette dernière court à compter de la réception par la personne contrôlée d'une lettre de l'agent de contrôle mentionnant, s'il y a lieu, les observations constatées⁽²⁾. Le cotisant dispose de trente jours pour y répondre. Ce délai peut être porté, à la demande de la personne contrôlée, à soixante jours. La période contradictoire prend fin, en l'absence de réponse de la personne contrôlée, au terme de ces délais ou à la date d'envoi de la réponse de l'agent chargé du contrôle⁽³⁾. Aucun avertissement ou mise en demeure ne peut intervenir avant l'expiration de ladite période contradictoire⁽⁴⁾.

Le présent article limite à trois mois la durée de la période au cours de laquelle la mise en œuvre de la procédure contradictoire suspend le délai de prescription des cotisations, des contributions, des majorations et des pénalités de retard. Il prévoit cependant une exception à cette limite en cas de prolongation de la période contradictoire à la demande de la personne contrôlée avant l'expiration du délai initial de trente jours ainsi qu'en cas d'obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents⁽⁵⁾.

- Le rapporteur général estime que ces modifications comporteraient, tant pour les cotisants que pour les organismes de contrôle, plus d'inconvénients que d'avantages. La limitation du délai de prescription inciterait les organismes de recouvrement à préférer la célérité des procédures à la poursuite d'échanges approfondis avec les personnes contrôlées. Or, il est dans l'intérêt des cotisants de bonne foi de disposer d'un temps suffisant pour faire valoir leurs observations auprès des contrôleurs au risque que ces derniers ne se livrent à une caractérisation inexacte, éventuellement défavorable aux personnes concernées, des faits soumis à leur contrôle.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- En vertu des arguments présentés ci-dessus, la commission mixte paritaire a supprimé cet article.

*

* * *

(1) Premier, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 244-3 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 243-7-1 A du code de la sécurité sociale.

(3) III de l'article R. 243-59 du code de la sécurité sociale.

(4) Article L. 243-7-1 A du code de la sécurité sociale.

(5) Aux termes de l'article L. 243-12-1 du code de la sécurité sociale, l'obstacle à contrôle est caractérisé par des actions ou omissions ayant pour objet de faire obstacle ou de se soustraire aux opérations de contrôle exercées par les agents, quel que soit leur cadre d'action, consistant notamment à refuser l'accès à des lieux professionnels, à refuser de communiquer une information formellement sollicitée, quel qu'en soit le support, y compris dématérialisé, à ne pas répondre ou à apporter une réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à ne pas répondre à une convocation, dès lors que la sollicitation, demande ou convocation est nécessaire à l'exercice du contrôle.

Article 9 septies (nouveau)

Mention, parmi les éléments obligatoires dans une contrainte, de l'information selon laquelle le cotisant peut se faire assister du conseil de son choix

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Cet article résulte d'un amendement de Mme Pascale Gruny et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, adopté suivant l'avis favorable de la commission mais contre l'avis du Gouvernement.

Il rend obligatoire la mention, dans les contraintes signifiées aux cotisants – lesquelles correspondent à des titres exécutoires de paiement –, de la possibilité, pour ceux-ci, de se faire assister du conseil de leur choix.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article moyennant plusieurs ajustements visant à conforter la sécurité juridique du dispositif.

Afin de permettre aux organismes de recouvrement de s'adapter à ces nouvelles dispositions – qui requièrent notamment d'eux qu'ils modifient les formulaires utilisés dans leurs échanges avec les cotisants –, la commission mixte a reporté au 1^{er} janvier 2026 l'entrée en vigueur du présent article.

En outre, la commission a prévu que les conditions de mise en œuvre de cette obligation soient définies par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

*
* * *

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

Article 10

Compensation par l'État des pertes de recettes pour la sécurité sociale

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- Cet article constitue une disposition obligatoire des lois de financement de la sécurité sociale, proposant au Parlement d'approuver le montant des compensations par l'État des exonérations, réductions et abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale. Cette compensation devait atteindre 6,45 milliards d'euros en 2025, contre 7,1 milliards d'euros l'année précédente.

Ce montant tenait compte des économies anticipées liées à la suppression ou au recentrage prévu à l'article 7 de plusieurs exonérations ciblées dont le coût donne lieu à une compensation à la sécurité sociale au moyen de crédits budgétaires.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

- Le Sénat a adopté cet article sans modification.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a adopté cet article sans modification. Un amendement visant à relever le montant de la compensation des pertes de recettes pour la sécurité sociale à hauteur de 6,72 milliards d'euros a ensuite été intégré au texte sur lequel le Premier ministre a engagé la responsabilité du Gouvernement en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, afin de mettre en conformité le montant prévu par le présent article avec les dispositions du projet de loi de finances pour 2025 et les autres dispositions du texte élaboré par la commission mixte paritaire.

*
* * *

Article 10 bis (nouveau)

Fixation en loi de financement de la sécurité sociale du montant de la minoration de la compensation des allégements généraux à l'Unedic

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• Cet article, introduit en séance au Sénat par un amendement de Mme Frédérique Puissat (Les Républicains), avec un avis favorable de la commission mais défavorable du Gouvernement, modifie les règles de fixation du montant de la minoration annuelle de la compensation des pertes de recettes pour l'Unedic résultant de l'application de la réduction générale dégressive aux contributions patronales dues au titre de l'assurance chômage.

• Depuis 2019, la réduction générale dégressive de cotisations sociales sur les salaires inférieurs à 1,6 fois le Smic prévue à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale s'applique aux contributions d'assurance chômage⁽¹⁾. Les pertes de recettes induites par ce dispositif pour l'Unedic sont compensées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss)⁽²⁾. En contrepartie de cette mission, l'État verse une fraction de TVA à l'Acoss.

Jusqu'en 2023, cette compensation était intégrale. Afin d'allouer de nouvelles ressources aux politiques de l'emploi menées par l'État, et dans un contexte où l'Unedic était fortement excédentaire, l'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a instauré une minoration de la compensation versée par l'Acoss à l'Unedic. La loi de finances pour 2024 a corrélativement prévu une réduction forfaitaire du montant de TVA versé chaque année à l'Acoss par l'État.

En application du 7° bis de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, le montant de cette minoration est fixé par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget. Un arrêté de décembre 2023 fixe la trajectoire actuelle de plafonnement des compensations au titre des années 2023 à 2026⁽³⁾.

(1) *En application de l'article 9 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.*

(2) 7° bis de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale.

(3) *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.*

**MONTANT REPRIS PAR L'ÉTAT AU TITRE DE LA COMPENSATION PARTIELLE DE LA
RÉDUCTION DÉGRESSIVE SUR LES COTISATIONS D'ASSURANCE CHÔMAGE**

	(en milliards d'euros)			
	2023	2024	2025	2026
Montants prévus dans le document de cadrage envoyé aux partenaires sociaux	2	Entre 2,5 et 2,7	Entre 3 et 3,2	Entre 3,5 et 4
Montants prévus à l'arrêté du 27 décembre 2023	2	2,6	3,35	4,1
Écart par rapport à la borne supérieure	0	0,1	0,15	0,1

Source : commission des affaires sociales à partir de l'arrêté du 27 décembre 2023 et du document de cadrage adressé aux partenaires sociaux chargés de négocier les règles de l'assurance chômage.

- Dans le but de renforcer le contrôle du Parlement sur la réalité de la compensation versée par l'Acoss à l'Unedic, le I de l'article 10 bis modifie le 7° bis de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que le montant de la minoration soit fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale.

Afin de préserver la trajectoire actuelle et réduire les incertitudes pour les opérateurs concernés, ce nouveau mécanisme de fixation s'appliquerait aux compensations dues au titre de l'année 2027 (II). Autrement dit, les ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget conserveraient leurs prérogatives jusqu'à la fin de l'année 2026 avant que celles-ci ne soient transmises au Parlement.

2. Les travaux de la commission mixte paritaire

- Le dispositif issu du Sénat présente l'écueil juridique de modifier le domaine des lois de financement de la sécurité sociale par une loi qui n'est pas organique. Or, ainsi qu'il ressort du vingtième alinéa de l'article 34 de la Constitution, seule une loi organique peut fixer le contenu de la loi de financement de la sécurité sociale ou de ses annexes⁽¹⁾. L'article 10 bis dans sa rédaction résultant du Sénat serait donc vraisemblablement jugé contraire à la Constitution par le Conseil constitutionnel.

Soucieuse de permettre au législateur de se prononcer à intervalles réguliers sur l'importante question du niveau de compensation, pour l'Unedic, des pertes de recettes induites par les exonérations de contributions d'assurance chômage, la commission mixte paritaire a adopté une proposition de rédaction globale des rapporteurs visant à supprimer toute référence à la loi de financement de la sécurité sociale. Le montant de la minoration serait donc fixé chaque année par la loi sans que l'article ne précise sa nature.

(1) *Décision n° 2010-620 DC du Conseil constitutionnel du 16 décembre 2010 sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, considérant n° 22.*

• Le rapporteur général précise toutefois que, tant pour des raisons pratiques que pour des raisons de fond, il apparaît logique que le montant de la compensation à l'Unedic soit fixé en loi de financement de la sécurité sociale. En effet, prévoir l'adoption annuelle d'une loi ordinaire, et donc une navette parlementaire complète, paraît peu compatible avec les contraintes pesant sur l'ordre du jour des assemblées à l'automne. Par ailleurs, le niveau de cette compensation a un effet évident sur l'équilibre financier de la sécurité sociale et de l'État. Dans la mesure où le montant de la minoration de la part de TVA que l'État verse à l'Acoss est fixé chaque année en loi de finances⁽¹⁾, il est tout à fait justifié que le montant de la minoration de la compensation que l'Acoss verse à l'Unedic soit lui-même fixé en loi de financement de la sécurité sociale.

*
* * *

Article 11

Approbation, pour l'année 2025, des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 11 répond à une obligation organique. Il porte approbation du tableau d'équilibre par branche de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale pour 2025 et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Au dépôt du texte, l'article 11 présentait un déficit des branches (FSV compris) à 16 milliards d'euros, en amélioration de 2 milliards d'euros par rapport au déficit initialement attendu pour 2024 (18 milliards d'euros).

• Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

• Suivant l'avis favorable de la commission, le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement tirant les conséquences sur les tableaux d'équilibre pour 2025 des votes intervenus lors de l'examen du texte.

(1) Voir l'article 38 du projet de loi de finances pour 2025.

**ÉVOLUTION DES PRÉVISIONS DE RECETTES, DE DÉPENSES ET DE SOLDE POUR
L'EXERCICE 2025 ENTRE L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET LE SÉNAT**

	Prévisions en PLFSS 2025 (Assemblée nationale)			Prévisions en PLFSS 2025 (Sénat)			Évolution		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	247,4	260,8	- 13,4	246,7	260	- 13,2	- 0,7	- 0,8	0,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,1	17	0,2	17,1	17	0,2	0	0	0
Vieillesse	297,1	300,2	- 3,1	296,3	300,7	- 4,4	- 0,8	0,5	- 1,3
Famille	59,7	59,7	0	59,7	59,7	0	0	0	0
Autonomie	42	42,4	- 0,4	44,5	42,7	1,8	2,5	0,3	2,2
Toutes branches*	644,4	661,1	- 16,7	645,5	661,2	- 15,7	1,1	0,1	1
Toutes branches* incluant le FSV	645,4	661,5	- 16	646,5	661,5	- 15	1,1	0	1

Note : en raison de l'arrondi, le solde indiqué peut être différent de la somme des éléments qui le composent.

* indépendamment des transferts entre branches.

Source : commission des affaires sociales.

Au total, le solde des branches (FSV compris) ressort à - 15 milliards d'euros en amélioration de 1 milliard d'euros par rapport aux prévisions initiales. Ce résultat s'explique par plusieurs mouvements.

- Le solde de la branche maladie a été révisé afin de tenir compte des conséquences de la baisse attendue des recettes en 2024, au titre des remises sur les médicaments⁽¹⁾. Afin de limiter les conséquences de ces moindres recettes, des efforts complémentaires sont prévus sur le secteur des médicaments (0,6 milliard d'euros), ainsi que des mesures portant sur les dispositifs médicaux et les transports sanitaires. Le solde de la branche maladie intègre également la hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales et les médicaments, et ressort ainsi sous le seul effet de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) en dégradation de - 0,3 milliard d'euros par rapport à la prévision initiale du projet de loi de financement de la sécurité sociale (**article 27**).

- Par ailleurs, la prévision de recettes est ajustée afin de tenir compte des modifications de la réforme des allégements généraux, qui porte désormais uniquement sur les réductions de cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales, dont les plafonds sont désormais fixés à respectivement 2,1 et 3,1 Smic, et non plus sur la réduction générale dégressive des cotisations sociales (**article 6**). Il en résulte un écart avec le solde du texte initial de - 1,1 milliard d'euros nets.

Par ailleurs, 2,5 milliards d'euros de recettes supplémentaires seront apportés par la contribution de solidarité pour l'autonomie, dont le taux sera porté de 0,3 % à 0,6 % au bénéfice de la branche autonomie, associée à une augmentation de sept heures de la durée annuelle de travail, pour un temps plein, des personnes en emploi (**article 7 bis B**).

(1) Voir notamment le commentaire des articles 1^{er} et 2.

● D'autres mouvements en recettes sont pris en compte qui se compensent globalement. Il s'agit notamment de :

– la hausse de la contribution patronale due sur les attributions gratuites d'actions : + 0,5 milliard d'euros (**article 6 bis**) ;

– l'étalement du rythme de hausse de taux de cotisation à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), qui passera ainsi de 4 points supplémentaires de cotisations par an entre 2025 et 2027 à 3 points supplémentaires par an jusqu'en 2028 : - 0,6 milliard d'euros (**réglementaire**) ;

– la révision de la mesure sur l'exonération de CSG des apprentis qui entrerait en vigueur progressivement : - 0,2 milliard d'euros (**article 7**) ;

– la hausse des droits de consommation sur les tabacs (**article 9 ter D**), l'effet de la mesure adoptée à l'Assemblée nationale concernant le changement du barème de la taxe sur les boissons sucrées (**article 9 bis**), et enfin la hausse du rendement des prélèvements sur les jeux (**article 9 ter B**) : + 0,5 milliard d'euros.

● S'agissant des dépenses, la rectification tient compte de la réécriture de l'**article 23**, lequel prévoit désormais 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. Cette mesure conduit à une dégradation du solde de la branche vieillesse de - 0,4 milliard d'euros (hors prise en compte des effets sur les pensions de la fonction publique de l'État) par rapport au projet initial.

Par ailleurs, est également intégrée la hausse des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de prestation de compensation du handicap (PCH) des départements (**article 20 ter**). Cela occasionne une dépense exceptionnelle supplémentaire de 0,2 milliard d'euros en 2025 à laquelle s'ajoutent 0,1 milliard d'euros de dépenses supplémentaires pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (**article 21 quater**).

● Enfin, le présent amendement tient compte des perspectives actualisées de rendement de la taxe sur la valeur ajoutée retenues en projet de loi de fin de gestion pour 2024 déposé le 6 novembre 2024, qui représentent une révision de + 0,2 milliard d'euros en 2025.

**ÉVOLUTION DES MESURES NOUVELLES POUR 2025
ENTRE L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET LE SÉNAT**

Mesures nouvelles	Assemblée nationale	Sénat	Solde
Recettes			
Hausse du taux de cotisation employeur de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	2,4	- 0,6	1,8
Rationalisation des exonérations sociales (contrats d'apprentissage, entreprises d'armement maritime, jeunes entreprises innovantes)	0,3	- 0,2	0,1
Hausse des taux de l'évaluation forfaitaire de l'avantage en nature relative aux véhicules de fonction	0,3	0,0	0,3
Accord sur les cotisations de retraite des travailleurs transfrontaliers	0,3	0,0	0,3
Réforme des allégements généraux de cotisations	5,1	- 1,1	4,0
Fusion des sections hors Ondam - recettes fiscales indéterminées	0,3	0,0	0,3
Relèvement du plafond d'exonération totale du dispositif « travailleurs occasionnels-demandeurs d'emploi » de 1,2 Smic à 1,25 Smic	0	0,0	0,0
<i>Contribution de solidarité par le travail</i>		2,5	2,5
<i>Renforcement de la fiscalité sur les actions gratuites</i>		0,5	0,5
<i>Renforcement de la fiscalité comportementale</i>		0,5	0,5
<i>Amélioration des recettes spontanées de TVA</i>		0,2	0,2
Total mesures recettes	8,6	1,8	10,4
Dépenses			
Vieillesse			
Revalorisation différenciée des pensions (hors effet retour sur les recettes de CSG portant sur les revenus de remplacement)	3,1	- 0,4	2,7
Maladie			
Mesures en économies dans le champ de l'Ondam	1,6	- 0,2	1,4
Autonomie			
Fusion des sections hors Ondam - concours article 43	- 0,1		- 0,1
Fusion des sections hors Ondam - baisse du concours APA 1	0,1		0,1
<i>Hausse de la couverture APA et PCH</i>		- 0,2	- 0,2
Total dépenses	4,9	- 0,8	4,1
Mesures de transfert			
Ajustement de la fraction de TVA	- 1		- 1,0
Total transfert	- 1		- 1,0
Effet total de ces mesures nouvelles	12,4	1,0	13,4

Note de lecture : les évolutions par rapport au texte initial sont matérialisées en gras et en italique.

Les évolutions de rendement des mesures sont des estimations basées sur des données à jour de l'examen du texte adopté par la commission mixte paritaire. La modification des hypothèses macroéconomiques intervenues entre le dépôt du texte et son examen en nouvelle lecture par la commission des affaires sociales et transmise au Haut Conseil des finances publiques est

susceptible d'avoir un effet sur ces prévisions. Le délai entre la publication de l'avis du Haut Conseil des finances publiques et le présent rapport n'a pas permis d'actualiser ces données.

Source : commission des affaires sociales.

3. Les travaux de la commission mixte paritaire

• La commission mixte paritaire a adopté cet article sans modification. L'on signalera toutefois qu'à l'occasion de l'examen des conclusions de la commission mixte paritaire en séance publique à l'Assemblée nationale, le Gouvernement a déposé un amendement tirant les conséquences des votes intervenus en commission mixte paritaire sur les tableaux d'équilibre.

Cet amendement faisait état d'une dégradation du solde des branches maladies (− 0,2 milliard d'euros), vieillesse (− 0,6 milliard d'euros) et autonomie (− 2,5 milliard d'euros) par rapport aux prévisions inscrites dans le texte adopté par le Sénat en première lecture, portant le déficit des Robss et du FSV à − 18,3 milliards d'euros. C'est un niveau en très légère amélioration par rapport aux prévisions pour 2024 mais sensiblement dégradé par rapport aux prévisions inscrites dans le projet de loi initial (− 16 milliards d'euros) et *a fortiori* par rapport aux prévisions actualisées dans le texte adopté par le Sénat (− 15 milliards d'euros).

ÉVOLUTION DES PRÉVISIONS DE RECETTES, DE DÉPENSES ET DE SOLDE POUR L'EXERCICE 2025 ENTRE LE SÉNAT ET LA CMP

	Prévisions en PLFSS 2025 (Sénat)			Prévisions en PLFSS 2025 (CMP)**			Évolution		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	246,7	260	− 13,2	245,9	259,3	− 13,4	− 0,8	− 0,7	− 0,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,1	17	0,2	17,1	17	0,2	0	0	0
Vieillesse	296,3	300,7	− 4,4	295,7	300,7	− 5	− 0,6	0	− 0,6
Famille	59,7	59,7	0	59,8	59,7	0	0,1	0	0
Autonomie	44,5	42,7	1,8	42	42,7	− 0,7	− 2,5	0	− 2,5
Toutes branches*	645,5	661,2	− 15,7	641,5	660,5	− 19	− 4	− 0,7	− 3,3
Toutes branches* incluant le FSV	646,5	661,5	− 15	642,6	660,9	− 18,3	− 3,9	− 0,6	− 3,3

Note : en raison de l'arrondi, le solde indiqué peut être différent de la somme des éléments qui le composent.

* indépendamment des transferts entre branches.

** Telles qu'estimées par la Gouvernement dans son amendement n° 3 déposé à l'Assemblée nationale sur le texte de la commission mixte paritaire.

Source : commission des affaires sociales.

En se fondant sur les différentes annexes du projet de loi de financement de la sécurité sociale et les estimations disponibles pour les mesures successivement créées, supprimées ou modifiées lors des différentes étapes de la navette parlementaire, le rapporteur général aboutit à des prévisions de solde légèrement

moins favorables que celles estimées par le Gouvernement – de l'ordre de 0,3 milliard d'euros.

ÉVOLUTION DES MESURES NOUVELLES POUR 2025 AU COURS DE LA NAVETTE PARLEMENTAIRE

Mesures nouvelles	Assemblée nationale	Sénat	Solde	CMP	Solde
Recettes					
<i>Hausse du taux de cotisation employeur de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales</i>	2,4	- 0,6	1,8	0,0	1,8
<i>Rationalisation des exonérations sociales (contrats d'apprentissage, entreprises d'armement maritime, jeunes entreprises innovantes)</i>	0,3	- 0,2	0,1	0,0	0,1
Hausse des taux de l'évaluation forfaitaire de l'avantage en nature relative aux véhicules de fonction	0,3	0,0	0,3	0,0	0,3
Accord sur les cotisations de retraite des travailleurs transfrontaliers	0,3	0,0	0,3	0,0	0,3
<i>Réforme des allégements généraux de cotisations (modifié en CMP)</i>	5,1	- 1,1	4,0	- 2,4	1,6
Fusion des sections hors Ondam – recettes fiscales indéterminées	0,3	0,0	0,3	0,0	0,3
Relèvement du plafond d'exonération totale du dispositif « travailleurs occasionnels– demandeurs d'emploi » de 1,2 Smic à 1,25 Smic	0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Application de la Lodeom au secteur du BTP (supprimé en CMP)</i>		0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Contribution de solidarité par le travail (supprimé en CMP)</i>		2,5	2,5	- 2,5	0,0
<i>Renforcement de la fiscalité sur les actions gratuites</i>		0,5	0,5	0,0	0,5
<i>Renforcement de la fiscalité comportementale (modifié en CMP)</i>		0,5	0,5	- 0,2	0,3
<i>Amélioration des recettes spontanées de TVA</i>		0,2	0,2	0,0	0,2
<i>Mesures niches sociales réglementaires (annexe)</i>				0,2	0,2
<i>Relèvement du montant Z de 2,25 à 2,26 milliards d'euros</i>				0,0	0,0
Total mesures recettes	8,6	1,8	10,4	- 4,9	5,6
Dépenses					
Vieillesse					
<i>Revalorisation des retraites</i>	3,1	- 0,4	2,7	0,0	2,7
Maladie					
<i>Mesures en économies dans le champ de l'Ondam</i>	1,6	- 0,2	1,4	0,6	2,0
<i>Mesures d'efficience gestion des organismes de sécurité sociale (annexe)</i>				0,1	0,1
Autonomie					
Fusion des sections Hors Ondam – concours article 43	- 0,1	0,0	- 0,1	0,0	- 0,1
Fusion des sections Hors Ondam – baisse du concours APA 1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2

<i>Aide exceptionnelle pour les Ehpad</i>		- 0,1	- 0,1	0,0	- 0,1
<i>Hausse de la couverture APA et PCH</i>		- 0,2	- 0,2	0,0	- 0,2
Total mesures dépenses	4,9	- 0,9	4,0	0,7	4,6
Mesures de transfert					
Ajustement de la fraction de TVA	- 1,0	0,0	- 1,0	0,6	- 0,4
Total transfert	- 1,0	0,0	- 1,0	0,6	- 0,4
Effet total de ces mesures nouvelles	12,4	0,9	13,4	- 3,7	9,8
Solde Robss + FSV (28,4 milliards d'euros en 2025 sans mesures nouvelles)	16,0		15,0		18,6

Note de lecture : les évolutions par rapport au texte initial sont matérialisées en gras et sont distinguées selon qu'elles sont intervenues au Sénat (italique) ou en CMP (souligné).

Les évolutions de rendement des mesures sont des estimations basées sur des données à jour de l'examen du texte adopté par la commission mixte paritaire. La modification des hypothèses macroéconomiques intervenues entre le dépôt du texte et son examen en nouvelle lecture par la commission des affaires sociales et transmises au Haut Conseil des finances publiques est susceptible d'avoir un effet sur ces prévisions. Le délai entre la publication de l'avis du Haut Conseil des finances publiques et le présent rapport n'a pas permis d'actualiser ces données.

Source : commission des affaires sociales.

*
* * *

Article 12

Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du Fonds de réserve pour les retraites et du Fonds de solidarité vieillesse

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 12 répond à une obligation organique. Il fixe à 16,28 milliards d'euros pour 2025 l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale. Comme chaque année depuis 2011, il prévoit un montant nul de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse.

• Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté l'article 12 sans modification.

3. Les travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article sans modification.

*
* * *

Article 13

Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes et allongement de la durée des ressources non permanentes auxquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut recourir

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- L'article 13 poursuit deux finalités distinctes :

– d'une part, conformément au *e* du 2° de l'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale, il arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement autorisés à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources. Comme en 2024, les organismes concernés par cette habilitation sont l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), à hauteur de 65 milliards d'euros ; la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF), pour 300 millions d'euros ; la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM), à raison de 450 millions d'euros ; et la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), pour 13,2 milliards d'euros.

– d'autre part, il prévoit de relever de douze à vingt-quatre mois la durée maximale des emprunts souscrits par l'Acoss, tout en limitant à douze mois la durée moyenne annuelle pondérée de ces emprunts.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

- Le Sénat a adopté cet article sans modification.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 14
Approbation de l'annexe pluriannuelle

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 14 porte approbation du « rapport figurant en annexe A », qui présente les trajectoires, sur les quatre années à venir, des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que, mécaniquement, leurs soldes.

Ce rapport intègre, comme l'impose le cadre organique issu de la loi organique du 14 mars 2022, un « compteur des écarts » en dépenses permettant de vérifier la tenue des engagements pris dans la loi de programmation pour les finances publiques. Il présente enfin la trajectoire pluriannuelle prévisionnelle, également pour quatre ans, de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

• Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

• Suivant l'avis favorable de la commission, le Sénat a adopté un amendement de rédaction globale de l'annexe déposé par le Gouvernement qui tire les conséquences des votes intervenus au Sénat sur la trajectoire financière pluriannuelle. Les mesures modifiant cette trajectoire font l'objet d'une présentation détaillée au commentaire de l'article 11.

L'ensemble des mesures améliorant le solde ont l'avantage d'être pérennes, qu'il s'agisse de la contribution de solidarité⁽¹⁾, des mesures de fiscalité comportementale, portant notamment sur la taxe « sodas » et sur le tabac⁽²⁾, et du relèvement du taux de la contribution patronale sur les attributions gratuites d'actions⁽³⁾.

(1) Article 7 bis B du présent projet de loi de financement.

(2) Articles 9 bis et 9 ter D du présent projet de loi de financement.

(3) Article 6 bis du présent projet de loi de financement.

L'on peut toutefois distinguer, parmi les mesures qui dégradent le solde :

– celles qui ont un effet temporaire : l'aménagement de la réforme des allégements généraux entraînerait des moindres recettes de 1,1 milliard d'euros en 2025 mais un surcroît de recettes de 0,5 milliard d'euros dès 2026⁽¹⁾ ; l'étalement de la hausse du taux de cotisation à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales dégraderait certes le solde de 0,6 milliard d'euros en 2025 mais serait neutre à horizon 2028, date de la fin de montée en charge de la mesure (contre 2027 dans le projet initial) ; l'aide exceptionnelle pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes⁽²⁾ ;

– celles qui ont un effet pérenne : la revalorisation différenciée des pensions de retraites⁽³⁾ ; l'augmentation des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) versées par les départements⁽⁴⁾.

Cette distinction entre mesures temporaires et mesures pérennes explique la nette amélioration observée dans les prévisions et retracée dans le tableau ci-dessous.

ÉCART DE TRAJECTOIRE PLURIANUELLE ENTRE LE TEXTE ISSU DE L'EXAMEN À L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET CELUI ADOPTÉ PAR LE SÉNAT (ROBSS + FSV)

(en milliards d'euros)

Assemblée nationale	2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)
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
Sénat	2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)
Recettes	600	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	– 15,6	– 15,4	– 16
Écart de solde	0	– 0,5	+ 1	+ 2,1	+ 1,8	+ 3,9

Source : commission des affaires sociales.

3. Les travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a adopté cet article moyennant l'adoption de quatre propositions de rédaction des rapporteurs :

(1) Article 6 du présent projet de loi de financement.

(2) Article 21 quater du présent projet de loi de financement.

(3) Article 23 du présent projet de loi de financement.

(4) Article 20 ter du présent projet de loi de financement.

– une proposition reprenant un amendement présenté par la rapporteure générale de la commission des affaires sociales du Sénat en séance publique – mais tombé en raison de l’adoption de l’amendement de rédaction globale déposé par le Gouvernement – permettant de préciser en introduction à l’annexe que la trajectoire présentée constitue une simple prévision à droit constant et non un objectif à poursuivre année après année ;

– une proposition intégrant 600 millions d’euros d’économies supplémentaires au titre de mesures complémentaires d’efficience et de maîtrise des dépenses d’assurance maladie ;

– une proposition intégrant 50 millions d’euros d’économies portant sur des efforts supplémentaires effectués avec les organismes chargés de la gestion des régimes de sécurité sociale ;

– une proposition intégrant 0,2 milliard d’euros de recettes supplémentaires induite par des mesures complémentaires visant à élargir l’assiette soumise à cotisation et à écrêter les niches sociales.

Ces trois dernières propositions reflètent des annonces faites par le Gouvernement sans que leur détail en ait été précisé.

● Dans le texte sur lequel il engagea sa responsabilité devant l’Assemblée nationale en application de l’article 49, alinéa 3, de la Constitution, le Gouvernement avait retenu un amendement modifiant la trajectoire pluriannuelle des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour tenir compte des votes intervenus en commission mixte paritaire.

Outre les mesures réglementaires évoquées ci-dessus, la trajectoire pluriannuelle intégrait donc l’impact financier des votes intervenus sur les articles du projet de loi de financement, notamment la suppression de la contribution de solidarité, l’aménagement de la réforme des allégements généraux de cotisations ou les évolutions apportées aux dispositions relatives à la fiscalité comportementale. Les modifications apportées en commission mixte paritaire concernant des mesures pérennes pour l’essentiel, il est logique qu’elles aient des répercussions sur les soldes prévisionnels jusqu’à la fin de l’exercice de prévision.

Le tableau ci-après récapitule l’état des prévisions aux différentes étapes de la navette parlementaire.

**ÉCART DE TRAJECTOIRE PLURIANUELLE AUX DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA NAVETTE
(ROBSS + FSV)**

(en milliards d'euros)

Assemblée nationale (1)	2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)
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
Sénat (2)	2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)
Recettes	600	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	- 15,6	- 15,4	- 16
Écart (2 - 1)	0	- 0,5	+ 1	+ 2,1	+ 1,8	+ 3,9
CMP (3)	2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)
Recettes	600	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
Écart entre le texte de la CMP et le texte issu du Sénat (3 - 2)	0	0	- 3,3	- 4,7	- 5,1	- 5,5
Écart entre le texte de la CMP et le texte issu de l'Assemblée nationale (3-1)	0	- 0,5	- 2,3	- 2,6	- 3,3	- 1,6

Source : commission des affaires sociales.

*

* *

TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2025

TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Article 15

Réguler les dépenses dans le champ conventionnel

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- L'article 15 pose un cadre légal contraignant pour les négociations conventionnelles avec les biologistes médicaux et les radiologues, en vue de conclure des protocoles de maîtrise des dépenses.

Il y a un enjeu particulier à maîtriser l'évolution de ces dépenses qui pèsent dans les remboursements d'assurance maladie en ville et sont spontanément orientées à la hausse, principalement en raison d'un effet volume.

Les dépenses de biologie médicale ont été dans l'ensemble bien contenues depuis 2014 grâce à l'application d'accords prix-volume conclus avec la profession, prévoyant des enveloppes financières de dépenses annuelles fixes, dont l'évolution d'une année sur l'autre était contenue à + 0,25 % en moyenne entre 2014 et 2019. La crise sanitaire a cependant marqué une rupture et a fortement perturbé la mise en œuvre du troisième protocole : à cette occasion, les objectifs de régulation ont été laissés de côté, tandis que les dépenses d'assurance maladie « hors protocole » ont crû très fortement, jusqu'à représenter 50 % des dépenses de biologie médicale. Ces dépenses atteignaient 3,639 milliards d'euros en 2023, en nette réduction par rapport à 2022 (5,064 milliards d'euros) en raison de la disparition des dépenses liées au covid-19. Le protocole 2024-2026 définit une trajectoire de progression des dépenses limitée à 0,4 % par an entre 2024 et 2026.

Quant aux dépenses d'imagerie médicale, leur croissance s'accélère depuis 2021, sans qu'aucun protocole ait pu être négocié. Les remboursements d'assurance maladie du régime général pour les activités d'imagerie médicale du secteur libéral relevant de la classification commune des actes médicaux (CCAM) se sont ainsi élevés à 3,4 milliards d'euros en 2023, dont 1,4 milliard d'euros de forfaits techniques. La Cnam précise également qu'au premier trimestre 2024, la croissance

des dépenses d'imagerie médicale a contribué pour 53 % à la croissance des dépenses des activités relevant de la CCAM. Les forfaits techniques d'imagerie médicale maintiennent une croissance annuelle de 8 % par an entre 2019 et 2023 (contre 6 % entre 2015 et 2019).

● Dans le but de mieux maîtriser l'évolution de ces dépenses, l'article 15 prévoit de nouveaux outils à destination de l'assurance maladie et du Gouvernement, lesquels ont une double finalité :

– responsabiliser les radiologues et les biologistes, et les rendant acteurs de la maîtrise des dépenses, *via* la conclusion d'accords de maîtrise des dépenses ;

– prévoir un cadre temporel contraignant pour les négociations tarifaires prévues dans le cadre conventionnel. Il permettra au Gouvernement et à l'assurance maladie de pratiquer des baisses de tarifs unilatérales si cette négociation n'a pas abouti en temps voulu ou si les objectifs qu'elle a fixés ne sont pas atteints.

S'agissant de l'imagerie médicale, ces baisses tarifaires pourront avoir lieu dès 2025, à hauteur de 300 millions d'euros, faute d'accord suffisamment ambitieux conclu avant le 30 avril prochain.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Neuf amendements ont été adoptés par le Sénat et apportent des modifications de fond :

– un amendement du Gouvernement, sous-amendé par la commission, qui élargit le champ de l'article 15 aux transports sanitaires et impose un accord de régulation des dépenses dans ce secteur avant le 30 juin 2025, sur le modèle de ce qui est prévu pour l'imagerie (*cf. infra*) ;

– deux amendements identiques de la commission et de M. Bernard Jomier et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, adoptés avec un avis favorable du Gouvernement, qui visent à inclure, parmi les éléments définis par les accords de maîtrise des dépenses, 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 ;

– deux amendements identiques de la commission et de Mme Véronique Guillotin et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, adoptés avec un avis défavorable du Gouvernement, qui suppriment les alinéas donnant une autorisation pérenne à l'assurance maladie ou au ministre pour baisser unilatéralement les tarifs en cas d'échec des négociations conventionnelles avec les radiologues et les biologistes médicaux ;

- un amendement de la commission, adopté avec un avis défavorable du Gouvernement, qui vise à laisser plus de temps pour la négociation d'un accord de maîtrise des dépenses dans le champ de l'imagerie médicale en 2025 (report du 30 avril au 30 juin) ;
- un amendement de la commission, adopté avec un avis favorable du Gouvernement, qui précise que le suivi des accords de maîtrise des dépenses prévu à l'article 15 est réalisé par les partenaires conventionnels ;
- un amendement présenté par M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, adopté avec un avis favorable du Gouvernement, qui vise à inclure les fédérations représentatives d'établissements de santé concernées dans le cadre d'une négociation en vue de la conclusion d'un accord de maîtrise de dépenses qui leur sera appliquée.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, modifié par quelques ajustements rédactionnels.

Le rapporteur estime qu'au regard du retard pris pour l'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, il sera nécessaire de reporter encore la date butoir des accords de maîtrise des dépenses attendus dans le champ de l'imagerie médicale et des transports sanitaires, pour permettre le dialogue entre les représentants de ces secteurs et l'assurance maladie.

Il souligne en outre que l'imagerie médicale participe à la politique de prévention. La maîtrise des dépenses souhaitée ne devra donc pas aller à l'encontre des objectifs de dépistage. Par ailleurs, on observe une financiarisation excessive de ce secteur dans certains territoires, qui ne permet plus d'assurer la pertinence et la qualité des soins. Le rapporteur tient à souligner que réguler cette financiarisation contribuerait à une meilleure maîtrise des dépenses.

*
* * *

Article 15 bis A (nouveau)

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

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

- Le présent article résulte de l'adoption de l'amendement n° 1181 de M. Bernard Jomier et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, avec un avis favorable de la commission et un avis de sagesse du Gouvernement.

Il vise à inclure, parmi les objectifs légaux des conventions professionnelles conclues entre les syndicats représentatifs de professionnels de santé et l'assurance maladie, la définition d'engagements et d'objectifs quantitatifs ou qualitatifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance des professionnels de santé.

• Le contenu de ces conventions est actuellement défini à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, qui englobe à la fois les conventions conclues par l'assurance maladie avec les médecins généralistes et spécialistes, avec les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, avec les infirmiers, avec les masseurs-kinésithérapeutes, avec les laboratoires d'analyse médicale et avec les entreprises de transport sanitaire.

Cet article prévoit que les conventions, conclues pour une durée maximale de cinq ans, définissent toute une série de paramètres : différents tarifs applicables, engagements réciproques sur l'évolution de l'activité, dispositifs d'aide à l'installation dans les zones sous-denses, éventuelles prises en charge de cotisations par l'assurance maladie, modulations possibles de la rémunération en cas d'exercice coordonné, conditions éventuelles du conventionnement...

• Le présent article 15 bis A vise à insérer un nouveau paramètre devant être défini par les conventions en application de cet article L. 162-14-1 : des « *engagements des signataires et 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* », ainsi que les modalités de suivi du respect de ces engagements et objectifs.

Il convient de noter qu'un paramètre similaire a été ajouté au sein de l'article 15, dans le cadre des accords de maîtrise de dépenses conclus avec les représentants des secteurs du transport sanitaire, de la radiologie et de l'imagerie

médicale. Concrètement, il s’agissait de faire en sorte que la question des tarifs ne soit pas abordée indépendamment de la question de la structuration territoriale de l’offre de soins. En effet, il apparaît que la réduction des tarifs de la biologie médicale a encouragé la concentration du secteur, laquelle a probablement induit – au-delà du maintien apparent du réseau – une réduction de la capacité analytique de proximité.

Le présent article vise également à répondre à cette préoccupation, ainsi qu’à celle du maintien de l’indépendance des professionnels de santé dans un contexte de financiarisation croissante de la santé. Il prévoit que ces engagements et objectifs seront pris en considération, non plus seulement dans le champ de la biologie et de l’imagerie médicale, mais sur l’ensemble du champ conventionnel.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, modifié par une proposition de rédaction visant à étendre le champ d’application de l’article aux conventions conclues entre l’assurance maladie et les pharmaciens d’officine. La commission mixte paritaire a en effet estimé que ces derniers sont pleinement concernés par les enjeux territoriaux de répartition de l’offre de soins et de protection de l’indépendance des professionnels de santé.

À cette fin, la proposition de rédaction adoptée en commission mixte paritaire a inséré au sein de l’article 15 bis A deux alinéas complétant les dispositions de l’article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, lequel régit la convention nationale entre l’assurance maladie et les pharmaciens d’officine. Ce dernier comporte ainsi désormais un 9^e bis relatif aux objectifs quantitatifs ou qualitatifs en matière de répartition territoriale des officines et de protection de l’indépendance des pharmaciens.

*
* *

Article 15 bis B (nouveau)

Lutter contre la fraude aux audioprothèses en renforçant les contrôles pesant sur le respect de leurs obligations par les audioprothésistes conventionnés

Origine de l’article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l’examen en première lecture au Sénat

- L’article 15 bis B est issu d’un amendement déposé le Gouvernement en séance publique au Sénat.

- Cet article durcit les conditions de prise en charge des audioprothèses dans le but de lutter contre la fraude.

L'article 15 bis B crée un article L. 165-6-1 dans le code de la sécurité sociale, qui instaure des règles de prise en charge dérogatoires et plus restrictives que le droit commun pour les audioprothèses, à compter du 1^{er} septembre 2025, afin de lutter contre la fraude dans ce secteur spécifique.

À cette fin, l'article subordonne d'une part le remboursement des audioprothèses inscrites sur la liste des produits et prestations remboursables mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, et d'autre part l'adhésion des distributeurs au détail d'audioprothèses à des conventions tarifaires mentionnées au I de l'article L. 165-6 entre les distributeurs, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les mutuelles et institutions de prévoyance⁽¹⁾ au respect par le distributeur :

- de critères d'exercice et d'installation prévus par les articles L. 4361-1 à L. 4361-11 du code de la santé publique pour exercer la profession d'audioprothésiste ;
- de conditions prévues pour la distribution des audioprothèses lors de leur inscription sur la liste des produits et prestations.

L'article 15 bis B précise que ces conditions sont vérifiées lors de la première demande d'adhésion et au moins une fois tous les cinq ans par l'organisme local d'assurance maladie et qu'à défaut, les effets de l'adhésion sont suspendus ou retirés par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, modifié par quelques ajustements rédactionnels.

(1) Ces conventions déterminent les niveaux de prix maximum, la qualité des produits et les modalités prévues pour la mise en œuvre du tiers payant.

*
* * *

Article 15 bis
Régulation des centres de soins non programmés

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.
Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- L'article 15 *bis* résulte de deux amendements identiques déposés par le Gouvernement ainsi que par M. Jean-François Rousset et les membres du groupe Ensemble pour la République. Il vise à reconnaître et encadrer les structures de soins non programmés.

- Les structures de soins non programmés se sont développées ces dernières années sur un modèle de cabinets médicaux accessibles sans rendez-vous.

Ces structures ne sont pas précisément répertoriées à l'échelle nationale, leur ouverture n'étant pas soumise à une demande d'autorisation préalable. Les agences régionales de santé ont néanmoins entrepris, de manière plus ou moins exhaustive, de recenser les différents acteurs du soin non programmé sur leur territoire. Il peut s'agir tout à la fois de cabinets médicaux, de centres de santé, de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou d'établissements de santé accueillant des soins non programmés en journée, voire d'associations *ad hoc* entre professionnels médicaux et paramédicaux, constituées sous la forme de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa)⁽¹⁾.

Il convient de noter que le soin non programmé recouvre à la fois une activité régulée, dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS) et de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)⁽²⁾, mais aussi une activité non régulée, qui se concrétise par la possibilité pour les patients de consulter directement un médecin directement et sans rendez-vous.

- Si cette offre de soins peut s'avérer utile sur certains territoires, pour décharger les services d'urgence des patients dont la prise en charge ne nécessite par la mobilisation des moyens des services hospitaliers, ces structures seraient parfois, dans certaines régions, implantées au détriment de l'accès à un médecin

(1) Définie à l'article L. 4041-1 du code de la santé publique, la Sisa a été créée en 2021 pour permettre aux structures d'exercice coordonné pluriprofessionnelles de percevoir collectivement des subventions visant à rémunérer les activités réalisées en commun par les professionnels de santé y exerçant.

(2) La PDSA est l'organisation qui assure la continuité de l'accès aux soins, en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux (les dimanches et jours fériés, et entre 20 heures et 8 heures du lundi au vendredi).

tritant pour les assurés du territoire ou en puisant dans les ressources des services d'urgences alors même que ces derniers peinent à recruter.

Ainsi, l'assurance maladie note, depuis quelques années, la prolifération de structures de soins non programmés parfois animées d'un objectif lucratif manifeste, et qui ne permettent pas, de par leurs pratiques, une prise en charge adaptée et coordonnée des patients vus en consultation.

Pour contrer ces pratiques, la convention médicale signée en juin 2024 cherche à renforcer l'accueil des patients en amont de la PDSA et à privilégier, sur les horaires de la PDSA, la prise en charge dans un cadre régulé. En particulier, elle acte l'instauration, à compter du 1^{er} janvier 2025, d'une majoration tarifaire unique de 5 euros pour les prises en charge non régulées aux horaires de la PDSA, qui se substitue aux majorations préexistantes, nettement plus avantageuses.

En outre, dans son rapport dit « Charges et produits » pour l'année 2025, l'assurance maladie a estimé qu'il était nécessaire de « *stabiliser le cadre de régulation des centres de soins non programmés à travers la diffusion d'un cahier des charges national* »⁽¹⁾.

- C'est l'objet du présent article, qui vise ainsi :
 - à reconnaître et définir les structures de soins non programmés ;
 - à leur imposer le respect de critères relatifs à leur organisation, leur accessibilité, aux activités qu'elles assurent et aux modalités d'orientation de leurs patients, qui seront déterminés dans un cahier des charges défini par décret ;
 - à prévoir une obligation de déclaration de ces structures à l'agence régionale de santé, ainsi que de participation au SAS et à la PDSA ;
 - à prévoir que le bénéfice de certains financements et actes remboursables peut être réservé à ces structures.

Il convient de noter que les modalités d'application de l'article 15 bis sont essentiellement renvoyées à un décret.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

- Le Sénat a adopté quatre amendements qui apportent des modifications de fond :

– un amendement de la commission, adopté avec un avis favorable du Gouvernement, qui précise que les MSP pouvant être reconnues comme centres de soins non programmés (CNSP) peuvent « *être constituées sous forme de Sisa* ».

(1) « *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, proposition de l'assurance maladie pour 2025* », Cnam, juillet 2024.

– un amendement de la commission, adopté avec un avis favorable du Gouvernement, qui précise que l'activité de soins non programmés est définie à partir du ratio entre le nombre d'assurés ayant déclaré un médecin exerçant dans la structure comme médecin traitant et le nombre d'assurés pris en charge par ces derniers ;

– un amendement de la commission, adopté avec un avis favorable du Gouvernement qui apporte des précisions au sujet des cahiers des charges :

- ceux-ci peuvent être adoptés par arrêté, comme c'est habituellement le cas, et non par décret ;
- ils doivent indiquer les délais de prise en charge des patients ;
- les projets de santé des centres de santé et des maisons de santé doivent leur être conformes ;

– un amendement de la commission, adopté avec un avis favorable du Gouvernement, qui prévoit que le décret d'application précisera les conditions de participation des professionnels des CSNP au SAS et à la PDSA.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, modifié par trois propositions de rédaction :

– la première propose une reformulation de la première phrase du premier alinéa, afin d'inclure dans la liste des structures pouvant constituer un CSNP les Sisa qui ne sont pas des MSP. Il s'agit ici de prendre en compte la situation de certains cabinets médico-infirmiers, qui sont également des acteurs du soin non programmé ;

– la deuxième proposition de rédaction adoptée a pour effet de supprimer la définition donnée des soins non programmés à partir d'un ratio entre la patientèle « médecin traitant » et la patientèle totale, insérée à l'initiative du Sénat. Cette définition a été considérée comme peu éclairante, étant sans lien avec ce qui fait l'essence du soin non programmé, et de nature à rigidifier l'application du dispositif ;

– la troisième proposition de rédaction adoptée prévoit d'associer la Fédération française des centres de soins non programmés à la rédaction du cahier des charges des CSNP, afin que les critères définis soient bien adaptés aux réalités des territoires. Le rapporteur estime qu'il conviendra de bien veiller à assurer une juste représentation des différents acteurs du soin programmé.

*
* * *

Article 15 ter

Avancer la date d'entrée en vigueur de la réforme du financement au forfait de la radiothérapie

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 15 *ter* résulte d'un amendement déposé par M. Yannick Neuder, rapporteur général, et sous-amendé par M. Paul-André Colombani (groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires). Il vise à avancer l'entrée en vigueur de la réforme du financement des activités de radiothérapie et de dialyse au 1^{er} octobre 2025.

● Après de longues années d'attente, et alors que plusieurs expérimentations et études, conduites dès 2013, ont prouvé tout l'intérêt qu'il y avait à basculer vers un financement au forfait des activités de radiothérapie, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a finalement posé le principe de ce financement au forfait⁽¹⁾. Elle a néanmoins fixé une échéance lointaine : le 1^{er} janvier 2026.

Ce délai apparaît non nécessaire et préjudiciable au bon usage des ressources publiques et à une prise en charge des patients selon les meilleurs standards internationaux.

En effet, notre pays fait face à un retard du développement des techniques de radiothérapie innovantes, qui incombe principalement à un mode de rémunération peu adapté. Les nouvelles techniques permettent de réduire le nombre de séances de radiothérapie, notamment au moyen de l'hypofractionnement, ce qui est bénéfique pour les patients. Mais cela induit une moindre rémunération pour les structures qui les mettent en œuvre, ce qui constitue un frein au déploiement de ces techniques.

Prenant acte de la nécessité de faire évoluer ce modèle de financement, de nombreux travaux ont été conduits depuis plusieurs années ; ils ont identifié des forfaits correspondant aux techniques de radiothérapie utilisées et aux caractéristiques des patients. En première lecture, le rapporteur général a estimé qu'il importait de ne plus différer leur mise en place.

● L'intention initiale du rapporteur général était donc d'avancer la réforme du financement de la radiothérapie au 1^{er} janvier 2025. Cependant, le

(1) Cf. article 49 de la loi n° 2023-1350 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Gouvernement et certains acteurs de terrain l'ont alerté sur le fait que ce délai serait difficile à tenir, certains travaux techniques n'étant pas achevés.

Le rapporteur général a donc donné, en première lecture, un avis favorable au sous-amendement de M. Paul-André Colombani visant à ramener ce délai au 1^{er} octobre 2025. L'article 15 *ter* doit ainsi permettre d'accroître la pression sur le Gouvernement, de façon à garantir que cette réforme trop longtemps différée entrera bien en vigueur au plus tôt, dès que les derniers travaux techniques auront été conduits.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

L'article 15 *ter* a été adopté par le Sénat sans modification.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*
* * *

Article 15 quater **Rapport sur le financement des actes innovants de biologie**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.
Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 15 *quater* résulte d'un amendement déposé par le rapporteur général. Il vise à demander au Gouvernement un rapport évaluant le financement des actes innovants de biologie et d'anatomopathologie.

• L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023⁽¹⁾ a consacré l'existence du référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN). Mis en place dès 2015, le RIHN vise à permettre la prise en charge des actes innovants de biologie et d'anatomopathologie qui ne sont pas encore inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) et admis au remboursement de la sécurité sociale, dès lors qu'ils présentent un bénéfice clinique ou médico-économique pour les patients.

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

En principe, l'inscription pour une prise en charge sur le RIHN a lieu pour trois ans, en contrepartie du recueil de données cliniques, lesquelles doivent permettre l'évaluation de l'acte par la Haute Autorité de santé (HAS) en vue de son inscription sur la NABM.

Cependant, l'évaluation et l'inscription des actes en sortie du RIHN sont insuffisamment dynamiques, ce qui génère une accumulation d'actes pas toujours innovants au sein du RIHN.

Or, le RIHN est financé par une enveloppe limitative, qui ne peut ainsi prendre en charge qu'une partie du remboursement de ces actes. D'après les données fournies par la direction de la sécurité sociale, la dotation fournie dans ce cadre aux établissements de santé en 2021 n'a permis de couvrir que 51 % des coûts effectivement supportés pour la réalisation de ces examens.

- Cette limitation est source d'inégalités dans l'accès aux soins, tous les établissements et laboratoires de ville n'ayant pas la même capacité à financer des examens dont le remboursement n'est que partiel. Cette situation est préjudiciable pour les patients, en particulier au sein des laboratoires de biologie médicale de ville. Singulièrement, de nombreux patients atteints de cancers ne peuvent bénéficier d'un séquençage génomique qui permettrait pourtant d'identifier plus précisément le cancer dont ils sont atteints et d'adapter les traitements. Cela induit donc de véritables pertes de chances pour les patients.

Il importe d'objectiver cette situation au moyen d'un rapport, qui pourra être le prélude à la mise en place d'un financement complémentaire, notamment pour les tests génomiques.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté deux amendements identiques de la commission et de Mme Vanina Paoli-Gagin et plusieurs de ses collègues du groupe Les Indépendants - République et Territoires, avec un avis de sagesse du Gouvernement, qui visent à étendre le champ de la demande de rapport pour inclure aussi les actes financés sur le RIHN dans sa version antérieure à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, et à obtenir le rapport dans un délai de six mois.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*
* * *

Article 15 quinques
Rapport sur l'indexation des tarifs des actes infirmiers sur l'inflation

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.
Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 15 *quinques* résulte d'un amendement proposé par M. Hendrik Davi et les membres du groupe Écogiste et Social. Il vise à demander au Gouvernement un rapport sur trois sujets relatifs à la profession d'infirmier, dont l'opportunité d'une indexation des tarifs des actes infirmiers sur l'inflation.

• Depuis quinze ans, la lettre clé servant de base à la cotation de l'ensemble des actes de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) n'a pas été revalorisée et les actes infirmiers en libéral ne l'ont été que très faiblement.

La profession a été très éprouvée par la pandémie de covid-19, pendant laquelle les infirmiers libéraux ont été très sollicités. Pour autant, la centralité de leurs missions n'a jamais été reconnue. Si le corps médical a été revalorisé (passage à 30 euros pour la consultation de médecine générale), cela n'a pas été le cas pour les infirmiers.

Ainsi, l'injection – un acte infirmier de base mais vital pour les patients – reste valorisée à 4,5 euros bruts sans déplacement et 7,25 euros bruts avec déplacement. Les infirmiers libéraux sont en outre confrontés à la dégressivité des tarifs, dès lors qu'ils exécutent plusieurs actes au cours d'un même déplacement.

De plus, l'inflation a considérablement alourdi leurs charges. En effet, de 2018 à 2023, le coût de l'essence a augmenté de 34 %, celui du logiciel infirmier de 14 %, la prévoyance de 60 % et l'électricité de 25 %.

• L’article 15 *quinquies* vise ainsi à demander au Gouvernement un rapport sur trois sujets distincts relatifs à la profession d’infirmier et à son exercice. Ce rapport doit ainsi :

– évaluer l’opportunité de la mise en place d’un mécanisme d’indexation automatique du tarif des actes infirmiers sur l’inflation et les possibles financements de cette mesure ;

– dresser le bilan de l’expérimentation de l’autorisation des infirmiers à signer des certificats de décès, prévue par l’article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023⁽¹⁾ ;

– dresser le bilan de l’extension de la compétence d’administration et de prescription des vaccins par les infirmiers, mais aussi par les sages-femmes et les pharmaciens, prévue par l’article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023⁽²⁾.

2. Les dispositions résultant de l’examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté un amendement de la commission, avec un avis favorable du Gouvernement, qui exclut de la demande de rapport l’article relatif aux certificats de décès, ce sujet devenant sans objet avec l’adoption de l’article 16 bis. En outre, cet amendement élargit le champ de la demande de rapport au-delà de la question des tarifs, afin d’en faire un travail préparatoire à une grande loi infirmière.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*
* * *

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

(2) Ibid.

Article 16

Étendre le champ de l'accompagnement à la pertinence des prescriptions

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- L'article 16 prévoit l'extension aux transports sanitaires et à certains examens de biologie et d'imagerie médicales d'un dispositif d'accompagnement à la pertinence des prescriptions issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 et actuellement déployé⁽¹⁾ pour la prescription de certains médicaments.

Ce mécanisme repose sur un logiciel d'aide à la prescription permettant au prescripteur de vérifier la conformité de celle-ci aux indications thérapeutiques remboursables et, le cas échéant, de délivrer un document l'attestant au patient, condition incontournable pour que ce dernier puisse obtenir le remboursement de son médicament par l'assurance maladie.

• Ce dispositif serait étendu à court terme à des examens de biologie médicale présentant un mésusage et un impact financier importants – dosage de vitamine D, de taux de thyréostimuline (TSH), examens cytobactériologiques des urines – ainsi qu'aux transports sanitaires, afin que soit systématiquement prescrit le transport le moins onéreux au regard de l'état du patient. À cet égard, le rapporteur estime qu'il importera de prendre en compte les réalités territoriales. En effet, il ne sera pas possible de prescrire systématiquement le même type de transports aux patients dont l'état de santé est similaire ; cela dépendra nécessairement des distances et temps de trajets impliqués, ainsi que de l'offre de transports disponible sur le territoire concerné.

Dans un second temps, ce dispositif pourrait être appliqué pour certaines demandes d'examen d'imagerie médicale, ainsi que pour la prescription de certains dispositifs médicaux.

Les économies induites par cette mesure sont estimées à 66 millions d'euros en 2025, sur le champ de la biologie médicale et du transport sanitaire.

- Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

(1) Cf. décret n° 2024-968 du 30 octobre 2023 relatif au document destiné à renforcer la pertinence des prescriptions.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

- Le Sénat a adopté six amendements apportant des modifications de fond :
 - deux amendements identiques de la commission et du Gouvernement, qui précisent que le dispositif de l'article 16 a vocation à s'appliquer lorsque l'acte ou la prestation remboursé est « particulièrement coûteux » pour l'assurance maladie, et pas seulement lorsqu'il a « un impact financier » ;
 - un amendement de la commission, adopté avec un avis de sagesse du Gouvernement, qui fait de la consultation préalable du dossier médical partagé (DMP) du patient par le prescripteur un nouveau paramètre pour l'obtention du formulaire ;
 - un amendement de la commission, adopté avec un avis défavorable du Gouvernement, qui supprime la référence aux recommandations de la Haute Autorité de santé, au motif qu'elles sont dépourvues de caractère contraignant ;
 - un amendement de la commission, adopté avec un avis favorable du Gouvernement, qui impose la mise à disposition d'un téléservice pour la production du formulaire ;
 - un amendement de Mme Marie-Do Aeschlimann et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, adopté avec un avis de sagesse du Gouvernement, qui vise à associer, par le biais d'une consultation, les professionnels de santé et les représentants d'usagers à la fixation de la liste des actes et prestations concernés par ce dispositif.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, modifiée par une proposition de rédaction et plusieurs ajustements rédactionnels. La proposition de rédaction adoptée a pour effet de différer l'extension du dispositif hors du champ des produits de santé au 1^{er} janvier 2026, afin que le dispositif mis en place ait pu être éprouvé auparavant dans le domaine des médicaments où il est d'ores et déjà applicable et que le téléservice attendu soit pleinement opérationnel.

*
* * *

Article 16 bis A (nouveau)

**Échanges de données entre l'assurance maladie obligatoire
et l'assurance maladie complémentaire**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• Cet article est issu de l'adoption par le Sénat des amendements identiques de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour la branche maladie (n° 154), de M. Xavier Iacovelli et plusieurs de ses collègues du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants (n° 349) et du Gouvernement (n° 1337), suivant l'avis favorable, par construction, de la commission et de ce second.

• Il modifie la section 2 du chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, portant sur les contrôles et la lutte contre la fraude.

Son 1^o modifie l'article L. 114-9 du même code, afférent aux obligations des « *directeurs des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale [et] des organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale* » lorsqu'ils ont « *connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude* » – à savoir procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires et le cas échéant informer l'organisme complémentaire d'assurance maladie (Ocam) de l'assuré puis porter plainte en se constituant partie civile (*cf. supra* le commentaire de l'article 8 *septies*) pour :

– supprimer le deuxième alinéa, dans le but que l'information de l'Ocam soit systématique au lieu d'être subordonnée à l'identification de celui-ci ;

– ajouter un alinéa, afin que la plainte déposée par la caisse nationale ou locale s'accompagne d'une communication au procureur de la République des coordonnées des Ocam concernés et des préjudices qui pourraient leur être causés.

Son 2^o crée un nouvel article L. 114-9-1 dudit code pour développer mais aussi encadrer les échanges de données entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC) – mutuelles, assurances et institutions de prévoyance⁽¹⁾ – dans un schéma que la commission des affaires sociales du Sénat a parfaitement décrit⁽²⁾ et pour lequel est prévue une consultation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) :

– « *un partage de données de l'AMO serait possible lorsque les investigations [...] 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) En 2022, l'AMO voyait 397 entreprises se partager un marché de 40,5 milliards d'euros.

(2) Tome II du rapport n° 138 de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, enregistré à la Présidence du Sénat le 13 novembre 2024.

– « *seules les informations strictement nécessaires à l'identification de l'auteur ou de la nature des faits de fraude suspectés pourront être communiquées 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'appliqueront 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 [...]* » ;

– « *les données échangées, qui transiteront par un intermédiaire présentant un haut niveau de sécurité, ne pourront être utilisées qu'à des fins de lutte contre la fraude sous peine de sanctions pénales et devront 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* ».

- Les montants avancés comme indûment versés par Malakoff Humanis et Harmonie mutuelle chaque année sont de 52 et 45 millions d'euros, ce qui corrobore l'analyse du Sénat, du Gouvernement et de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) sur le véritable « *angle mort* » qu'est la coopération sur la lutte contre la fraude entre l'AMO et l'AMC.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article, moyennant une douzaine d'ajustements rédactionnels ou de coordinations.

*
* * *

Article 16 bis B (nouveau)

Généralisation de la carte Vitale sécurisée et incitation financière des professionnels de santé acceptant la carte Vitale dématérialisée

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

- L'article 16 bis B est issu d'un amendement déposé par Mme Corinne Imbert, rapporteure, au nom de la commission des affaires sociales en séance publique au Sénat.

● Cet article complète les dispositions de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, relatif au moyen d'indentification électronique interrégimes, aussi appelé carte Vitale, afin de préciser qu'il s'agit d'un moyen d'identification sécurisé. L'article complète par ailleurs les dispositions de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale pour permettre une incitation financière à destination des professionnels de santé qui acceptent la carte Vitale dématérialisée.

Le II de l'article 16 bis B précise qu'avant le 1^{er} juillet 2025, les organismes locaux d'assurance maladie doivent mettre à disposition des assurés la carte Vitale numérique sous forme d'une application sécurisée à installer sur un équipement mobile.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

● La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, modifié par une proposition de rédaction substituant à l'alinéa 8 le mot « octobre » au mot « juillet », permettant ainsi un report de six mois de l'entrée en vigueur de l'obligation pour les organismes locaux d'assurance maladie, de mettre à disposition des assurés la carte Vitale dématérialisée.

La commission mixte paritaire a également procédé à plusieurs ajustements rédactionnels aux alinéas 5, 7 et 8 de l'article.

*
* *

Article 16 bis C (nouveau)

Réorganisation du service du contrôle médical du réseau de la branche maladie du régime général et des régimes agricoles

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Il paraît utile de résumer la situation en vigueur (a).

Cet article, introduit en au Sénat par un amendement du Gouvernement (n° 1332) analogue à une version qui avait été rejetée à l'Assemblée nationale, rattache les personnels du service du contrôle médical de la branche maladie du régime général aux cent deux caisses primaires d'assurance maladie (Cpam), alors qu'ils relèvent en l'état de la caisse nationale (Cnam). Sont prévues des adaptations quant au droit du travail des agents concernés (b).

a. Le droit existant

En plus des agents des caisses, la branche maladie du régime général dispose de praticiens-conseils formant son service du contrôle médical (*i*). Des travaux sont conduits depuis le début de 2024 pour réformer ce service (*ii*).

i. Le service du contrôle médical

Piloté par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), le régime général dispose pour les branches maladie, maternité, invalidité et décès d'une part et accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) d'autre part d'un réseau composé de près de 250 entités :

– seize caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat), partagées avec la branche vieillesse, celle de l'Île-de-France ayant conservé son nom de caisse régionale d'assurance maladie (Cramif) quand bien même elle n'exerce plus les attributions de ces établissements supprimés il y a quinze ans⁽¹⁾ ;

– cent deux caisses primaires d'assurance maladie, soit au moins une dans chaque département de l'Hexagone, à l'exception du Nord, du Pas-de-Calais et des Pyrénées-Atlantiques qui en comptent respectivement quatre, deux et deux⁽²⁾, étant entendu que la caisse commune de sécurité sociale (CCSS) de Lozère est une Cramif, mais qui assume aussi les compétences d'une caisse d'allocations familiales (CAF) et d'une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), tandis que l'on trouve outre-mer, sans distinction de régimes, des caisses générales (CGSS) – celle de Mayotte ayant encore un statut dérogatoire ;

– seize directions régionales du service médical (DRSM), qui regroupent un échelon régional (ERSM) et dans chaque département un échelon local (ELSM).

• À la fin de 2022, le service du contrôle médical comptait 6 828 équivalents temps plein travaillé (ETPT), répartis entre 1 547 praticiens-conseils, qu'ils soient médecins, pharmaciens ou chirurgiens-dentistes, et 5 281 personnels administratifs, placés sous l'autorité des premiers et comprenant par convention les infirmiers.

Il existe auprès du directeur général de la Cnam un médecin-conseil national, mais celui-ci n'est pas le chef du service du contrôle médical : cette fonction revient au directeur délégué aux opérations.

Le dernier alinéa de l'article L. 224-7 du code de la sécurité sociale dispose que « *les praticiens-conseils du service du contrôle médical sont des agents de la caisse nationale de l'assurance maladie* », même si naturellement tous ne sont pas affectés à Montreuil (Seine-Saint-Denis), où l'établissement se situe.

(1) La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST ») a transféré l'essentiel des missions des caisses régionales d'assurance maladie (Cram) aux nouvelles agences régionales de santé (ARS) et leur surplus aux structures départementales.

(2) Lille-Douai, Roubaix-Tourcoing, Flandres et Hainaut ; Artois et Côte d'Opale ; Pau-Pyrénées et Bayonne.

• D'après le I de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, « *le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie [...] ainsi que de celles prises en charge en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles* ».

Il s'agit de l'aide médicale de l'État (AME) et des « *soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé [des] étrangers résidant en France [de manière irrégulière] et [des] demandeurs d'asile [...]* ».

Les II à IV bis de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale précisent que le service du contrôle médical :

– « *constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations* », de sorte que dans le deuxième cas « *demande à la caisse de suspendre les indemnités journalières* » ;

– « *procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé [...]* », notamment au regard de la règle d'inscription sur une liste des actes ou prestations dont est sollicité le remboursement par l'assurance maladie ou à celui des « *conventions qui régissent les relations [des professionnels de santé] avec les organismes d'assurance maladie* » ;

– « *procède auprès des établissements de santé, des pharmaciens et des distributeurs [...], aux contrôles en matière de délivrance et de facturation de médicaments, produits ou prestations donnant lieu à remboursement* ».

Cette description dans la loi n'épuise pas celle, plus concrète, que l'on peut lire sur le site internet de la Cnam et aux termes de laquelle le service « *conseille les assurés et les professionnels de santé sur la réglementation médico-sociale et sur le bon usage des soins [ainsi que] pour améliorer la prise en charge des affections de longue durée (ALD)* », « *contrôle la bonne application de la réglementation et des pratiques médicales* » et « *participe à la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie* ».

ii. Une transformation souvent remise sur le métier

Le service du contrôle médical a connu de nombreuses réformes, en 1960, en 1968, en 2004, en 2010, en 2015 et encore en 2022, mais la technicité de certaines d'entre elles et le caractère plus anecdotique des autres excluent des développements à l'échelle du présent rapport de nouvelle lecture.

• Deux missions de contrôle ont récemment été effectuées sur le service du contrôle médical (SCM) de la branche maladie du régime général.

Le 22 février 2023, M. François Braun, alors ministre de la santé et de la prévention, chargeait l'inspection générale des affaires sociales (Igas) d'évaluer son

efficacité. S'il n'a toujours pas été rendu public à l'heure où le rapporteur général commente l'article 16 bis C du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, il a tout de même été remis au Gouvernement en janvier 2024, puis à la Cnam en avril et aux partenaires sociaux en mai – ce sont d'ailleurs ces derniers qui permettent au lecteur d'en prendre connaissance.

D'abord, ce rapport formule un double constat : « *au sein de chaque processus, le droit comme la nature des missions offrent des marges de manœuvre dans l'utilisation de la compétence médicale* » et « *des latitudes existent en matière d'organisation d'ensemble [car] l'indépendance des praticiens-conseils, garantie par les codes de déontologie des professions concernées, n'implique pas l'existence d'un réseau médical distinct* ».

Ensuite, l'Igas décrit les difficultés du SCM, dont la plus lourde « *relève des ressources humaines, avec un déficit d'attractivité touchant en particulier les médecins [dont] entre 2018 et 2022 [le] nombre a diminué de 12,15 %, contre 4,47 % pour l'ensemble des personnels de l'assurance maladie, principalement du fait des départs à la retraite* », tandis qu'une entre échelons est nécessaire à cause du manque de pharmaciens ou de chirurgiens-dentistes.

Sont recommandés un plus grand recrutement d'agents paramédicaux et le recours à la téléconsultation.

Par ailleurs, le rapport d'inspection note que « *le contrôle des indemnités journalières, tout en étant la principale activité du SCM en termes d'ETP mobilisés, présente des rendements modestes* », que « *la lutte contre la fraude est limitée* » puisque « *la contribution du SCM concerne en 2022 [...] 4,8 % des dossiers et 11 % du préjudice financier* » et que « *l'accompagnement des offreurs de soins repose essentiellement sur les entretiens confraternels* », mais que « *peut se poser la question de la valeur ajoutée de l'accompagnement par un praticien-conseil* ».

Enfin, le rapport donne quatre *scenarii* pour faire évoluer le SCM :

- un premier jeu conserve deux réseaux administratif et médical, avec une variante quant à un renforcement des compétences du chef de l'échelon local malgré un recentrement de ses compétences ou à un maintien du seul échelon régional ;
- un second jeu prévoit une intégration du SCM dans les Cpam uniquement pour ses missions d'avis sur les prestations et d'accompagnement des prescripteurs, voire de façon intégrale en supprimant le caractère national du service pour en faire naître autant qu'il y a de Cpam.

**SYNTHÈSE DES SCENARIOS D'ÉVOLUTION DU SERVICE DU CONTRÔLE MÉDICAL
DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE
ENVISAGÉS PAR L'INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES**

Scénario	Hypothèse 1 : maintien des réseaux administratif et médical		Hypothèse 2 : fusion des réseaux administratif et médical	
Description succincte	Statu quo aménagé	Régionalisation	Fusion partielle	Fusion totale
- ELSM maintenus et centrés sur UTAA et UTF - Transfert de la LCF à l'ERSM		Disparition des ELSM	- Intégration des UTAA et UTF des ELSM au sein des CPAM - Maintien des DRSM rentrées sur LCF, RCT, santé publique	Les personnels du SCM sont intégrés dans les CPAM, à l'exception d'une fraction reversée à la CNAM (missions spécifiques mutualisables nationalement)
Mutualisations envisageables	Aucune	Taille critique atteinte pour constituer une armature administrative de la DRSM	Ressources administratives de la CPAM au service du SCM	- 250 ETP potentiellement redéployables - Probable extension de TRAM au domaine médical - Plus de coordination entre les deux réseaux à organiser
Impact RH	Repositionnement du chef d'échelon	Attractivité positionnement améliorée (diversité des métiers et fonctions offerts plus grande en DRSM)	- 2/3 des effectifs du SCM passent aux CPAM avec impact social associé - CPAM en concurrence pour le recrutement de PC	Conséquences sociales (droit du travail) liées au changement d'employeur
Modifications juridiques	- CSS, art. R. 315-9 - Quelques éléments de la partie réglementaire du CSS	- CSS, art. R. 315-4 - Quelques éléments de la partie réglementaire du CSS	- CSS, art. L. 224-7 a minima - Partie réglementaire du CSS - CCN des PC	- CSS, art. L. 224-7 a minima - Partie réglementaire du CSS - CCN des PC
Points d'attention	- Accompagnement RH des chefs d'échelon - Relations CPAM/ELSM	Prise en compte des relations CPAM/DRSM	Cadre légal et réglementaire d'accès aux données de santé et médicales	Cadre légal et réglementaire d'accès aux données de santé et médicales
Synergie médico-administrative	Pas améliorée	Pas améliorée – nécessite de renforcer la coordination	Améliorée mais coordination entre les deux réseaux à maintenir	Embarquée dans le scénario

Source : rapport (non-public) de l'Inspection générale des affaires sociales (janvier 2024).

Le 2 mai 2024, la Cour des comptes faisait à l'inverse montrer de transparence en mettant en ligne ses observations définitives intitulées *La Cnam : examen de la gouvernance et de certaines fonctions de gestion*⁽¹⁾.

Selon la juridiction :

– « la spécificité et la force du SCM [...] réside[nt] dans son exclusivité en matière d'accès à la donnée médicale nominative et de réalisation d'examens médicaux des assurés, sur convocation » ;

– « dans le contexte de raréfaction de la ressource humaine, la direction déléguée aux opérations de la Cnam [...] a engagé des évolutions [qui] sont encore insuffisantes comme le montrent les résultats obtenus en matière de contrôle des dépenses », de sorte que « les contrôles exercés par les praticiens-conseils devraient être plus résolument orientés sur les prescripteurs » ;

– certes sous l'angle de son contrôle financier plutôt que sous celui de ses missions, des « ambiguïtés » se font jour dans l'organisation du SCM et les vider implique un choix entre « soit rattacher de manière plus claire les DRSM à la Cnam, soit préciser le contenu de leur autonomie de gestion ».

- Dans une note transmise au rapporteur général lors de l'examen du projet de loi de financement en première lecture par l'Assemblée nationale, la Cnam fait valoir que sur la base du rapport de l'Igas, elle a « entrepris la construction d'un projet visant à renforcer la capacité du service médical à porter ses missions et à

(1) Cour des comptes, Observations (n° S-2024-0677) sur les exercices 2017 à 2022 de la Cnam.

en préserver la pérennité », dans le sens d'une « intégration des collaborateurs du service du contrôle médical au sein des CPAM, qui s'opérera progressivement sur deux années », en précisant que « le maintien des rémunérations et des compétences ainsi que l'absence de mobilité géographique sont des garanties fortes ».

Ce projet a été présenté aux instances représentatives en octobre 2024.

• Le réseau commun aux régimes des exploitants et des salariés agricoles montre qu'une telle intégration fonctionne :

– l'article D. 723-132 du code rural et de la pêche maritime dispose que « *dans chaque caisse de mutualité sociale agricole, le service du contrôle médical des régimes agricoles de protection sociale est placé [...] sous la responsabilité d'un médecin-conseil, chef de service ; les praticiens-conseils, médecins-conseils et chirurgiens-dentistes-conseils exercent leurs missions sous l'autorité du directeur de l'organisme, dans le respect des orientations et des objectifs fixés par le conseil d'administration ainsi que de l'indépendance technique des praticiens* » ;

– ce système ⁽¹⁾ avait fait l'objet par le syndicat des praticiens de la MSA d'une demande d'annulation devant le juge administratif, lequel avait rejeté la requête au motif que les dispositions attaquées « *répondent au seul besoin de permettre au directeur de l'organisme d'assurer la coordination des missions conduites par les praticiens-conseils dans le cadre des orientations et objectifs définis par le conseil d'administration, ne comportent pas d'incidence sur l'action individuelle des praticiens-conseils, n'ont pas pour objet et ne sauraient d'ailleurs avoir légalement pour effet d'autoriser le directeur de l'organisme à modifier la nature et la portée du contrôle médical [...]* » ⁽²⁾.

b. Le dispositif proposé

Au cours de l'examen du projet de loi de financement en première lecture par l'Assemblée nationale, le Gouvernement avait défendu un amendement n° 2233 quasiment analogue à l'article 16 bis C. Il avait été rejeté en séance, le rapporteur général s'en étant remis à la sagesse de ses collègues ⁽³⁾.

(1) L'article 2 du décret n° 98-1127 du 14 décembre 1998 relatif au service du contrôle médical des régimes agricoles de protection sociale a été abrogé par le 111^e de l'article 3 du décret n° 2005-368 du 19 avril 2005 relatif à la partie réglementaire du livre VII du code rural, à la seule fin de sa codification dans une rédaction quasiment identique.

(2) Conseil d'État, 1^{re} et 2^{ème} SSR, 22 novembre 2000, req. n° 203.989, concl. Mme Sophie Boissard.

(3) Cf. le compte rendu de la deuxième séance publique du mardi 5 novembre 2024 : « M. Yannick Neuder, rapporteur général. – [répondant à la ministre de la santé et de l'accès aux soins] J'entends parfaitement votre souci d'efficience et votre souhait d'intégrer les personnels concernés [...], afin de garantir une meilleure efficacité dans les territoires et d'éviter la remontée de données à Montreuil. [...] Le deuxième sujet concerne l'indépendance médicale vis-à-vis d'un directeur de CPAM. Je ne doute pas du bien-fondé de votre amendement ; néanmoins, tant sur la forme que sur le fond, vous voudriez instiller le doute que vous ne vous y prendriez pas autrement ! [...] Toutefois, j'attends de votre part un engagement de revoyure ou d'expertise, au nom de l'ensemble des médecins de l'assurance maladie. Il y a aussi un enjeu d'attractivité [...]. »

L'article ouvre la possibilité de rattacher les personnels médicaux du service du contrôle médical aux organismes locaux (*i*). Cela générerait une économie de plusieurs dizaines de millions d'euros (*ii*).

i. Une intégration dans les caisses primaires

Il convient de noter que cet article ne représente que le volet législatif de la réforme évoquée *supra*.

Dans sa note précitée, la Cnam souligne la nécessité de « *lever des verrous* » pour « *s'affranchir des lourdeurs de coordination aujourd'hui observées entre les deux réseaux et installer toutes les conditions d'un service médical plus fort et plus efficient dans l'exercice de ses missions de contrôle des prestations, de gestion du risque et de lutte contre la fraude, nécessaires à la bonne maîtrise [...] de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2025* ».

Selon la caisse, une meilleure synergie médico-administrative sera autant favorable aux assurés sociaux qu'aux professionnels de santé et aux agents médicaux du service, « *ce qui pourra constituer un levier d'attractivité et de fidélisation* ».

- Le I modifie le code de la sécurité sociale.

Le 1° supprime, à l'article L. 123-2-1, la mention, pour ceux « *exerçant dans le service du contrôle médical* », que « *les conditions de travail des praticiens-conseils [...] du régime général font l'objet de conventions collectives spéciales* ».

Le 2° remplace, au 5° de l'article L. 221-1, la prérogative pour la Cnam « *d'organiser et de diriger le contrôle médical* » par celle « *de définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de contrôle médical [et de] veille[r] au respect de l'indépendance technique des praticiens conseils exerçant dans son réseau* ».

Le rapporteur général salue cette formulation et espère que le Gouvernement comme la Cnam y voient autre chose qu'une idée « creuse ».

Le 3° complète le dernier alinéa de l'article L. 224-7 du code de la sécurité sociale, lequel dispose actuellement que « *les praticiens-conseils du service du contrôle médical sont des agents de la caisse nationale de l'assurance maladie* », afin de permettre leur emploi dans les caisses locales. Ainsi, l'article 16 bis C prévoit la possibilité de rattacher des praticiens-conseils aux caisses locales, mais n'interdit pas à la Cnam de continuer à en employer.

Dans l'exposé de l'amendement n° 2233 déposé à l'Assemblée nationale puis de l'amendement n° 1332 déposé au Sénat, le Gouvernement avance que :

– « *les agents du service du contrôle médical seraient, dans un premier temps, intégrés aux CPAM, les personnels exerçant les fonctions relevant du contrôle médical étant placés dans un service dédié, sous l'autorité d'un directeur médical* » ;

– « la seconde phase de transformation pourrait voir une intégration plus importante au sein de la CPAM, avec toujours un directeur médical auprès du directeur de la CPAM en charge [sic] de la supervision des praticiens-conseils et des sujets en lien avec [leur] indépendance technique et le secret médical » ;

– « à l'issue de la réforme, les personnels administratifs seraient désormais employés par les CPAM [mais] les praticiens-conseils pourraient être employés par la Cnam ou les organismes locaux, selon des conditions définies par décret ».

Les **a** et **b** du 4° apportent une coordination et une précision, respectivement à la première phrase du VIII et dans un nouveau IX de l'article L. 315-1.

• Le **II** modifie le premier alinéa de l'article L. 2122-6 du code du travail, relatif à la mesure de la représentativité des organisations syndicales à partir de 8 % des suffrages exprimés, conformément au 3° de l'article L. 2122-5 du même code.

Le 1° élargit cette règle aux élections auxquelles sont appelés les praticiens-conseils des deux régimes agricoles ; le 2° y procède pour le régime général.

• Le **III** prévoit, sans la codifier, une « *période de transition don le terme ne peut excéder le 31 janvier 2027* » pendant laquelle la Cnam, les Cpam et les CGSS « *préparent le transfert des contrats de travail des personnels administratifs et, le cas échéant, conformément à la nouvelle organisation du service du contrôle médical prévue par décret, des praticiens-conseils des échelons locaux et des directions régionales du service médical* » aux caisses locales.

• Le **IV** charge les entités concernées de mener des négociations avec les organisations représentatives en vue de signer des accords anticipés de transition d'une durée maximale de trois ans après le transfert des salariés.

Ces accords sont prévus par l'article L. 2261-14-2 du code du travail, lequel indique qu'ils peuvent être négociés « *dès lors qu'est envisagée une fusion, une cession, une scission ou toute autre modification juridique qui aurait pour effet la mise en cause d'une convention ou d'un accord* ».

ii. Une incidence financière positive, quoique modeste

Dans l'exposé sommaire de son amendement, le Gouvernement estime que la mesure fera économiser 23 millions d'euros dès 2025 puis 114 millions d'euros en vitesse de croisière.

Dans sa note précitée, la Cnam précise que « *sont attendus [...] des gains d'efficience sur des processus impliquant aujourd'hui l'action conjointe des CPAM et des directions du service médical* », ainsi que des « *redéploiements d'effectifs* ».

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans la rédaction issue des travaux du Sénat, moyennant deux ajustements rédactionnels.

*
* * *

Article 16 bis D (nouveau)

Instauration d'une « taxe lapin » sanctionnant les rendez-vous médicaux non-honorés

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• Le présent article résulte de l'adoption d'un amendement de la commission, à l'initiative de sa rapporteure, Mme Corinne Imbert. Il vise à sanctionner les rendez-vous médicaux non honorés, dans le but de responsabiliser les assurés et de dédommager les praticiens concernés.

• Les rendez-vous médicaux non honorés recouvrent à la fois les rendez-vous annulés en dernière minute, pour lesquels le créneau ne peut être proposé à un autre patient, et ceux auxquels le patient ne se présente pas, sans avoir prévenu.

Si l'Académie nationale de médecine et le Conseil national de l'ordre des médecins avaient, dans un communiqué paru en 2023⁽¹⁾, alerté sur l'ampleur de ce phénomène, estimant que 6 à 10 % des patients ne se présentaient pas à leur rendez-vous, il n'existe pas de chiffres consolidés à ce sujet.

Si l'on est en mesure de chiffrer précisément les rendez-vous auxquels le patient ne se présente pas lorsqu'ils ont été réservés sur des plateformes de rendez-vous telles que Doctolib, ces données ne recouvrent qu'une partie du phénomène et comportent un biais, dans la mesure où ce ne sont pas les mêmes patients qui réservent leur rendez-vous sur ces plateformes ou qui téléphonent directement au cabinet. Doctolib fait ainsi état de 3,3 % de rendez-vous non honorés en juin 2024, un chiffre qui s'élève à 5,4 % pour les nouveaux patients.

• L'ancien Premier ministre Gabriel Attal avait, en avril 2024, marqué son intention d'introduire une « taxe lapin » d'un montant de 5 euros, visant à responsabiliser les assurés. Cette pénalité financière aurait été appliquée par les plateformes de rendez-vous en ligne pour tout rendez-vous non honoré ou annulé moins de 24 heures avant, et reversée au médecin concerné.

(1) « Rendez-vous non honorés », communiqué commun de l'Académie nationale de médecine et du Conseil national de l'ordre des médecins, 27 janvier 2023.

Cette formule présentait cependant une difficulté, car elle introduisait une inégalité entre les patients selon le mode de réservation du rendez-vous. Seuls ceux ayant réservé sur Internet auraient été sanctionnés.

• Le présent article prévoit d'instaurer une nouvelle forme de « taxe lapin ». Cette fois, en vertu d'un nouvel article L. 162-1-13-1 du code de la sécurité sociale, les rendez-vous non honorés pourraient se voir sanctionnés par l'imposition d'une « somme forfaitaire » définie par décret et collectée par l'organisme d'assurance maladie.

Par ailleurs, l'article L. 162-14-1, relatif aux conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, est complété pour prévoir que ces conventions peuvent définir « *les modalités et les conditions d'indemnisation du professionnel de santé au titre d'un rendez-vous non honoré* ». Il s'agit ici de prévoir le versement de la somme qui aurait été collectée par l'assurance maladie au professionnel concerné.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté l'article 16 bis D, moyennant une rédaction globale de l'article. Cette nouvelle rédaction vise à rendre le dispositif de « taxe lapin » plus opérationnel tout en garantissant que les patients ne pourront pas se voir trop systématiquement sanctionnés.

• L'article 16 bis D ainsi modifié crée, au sein du code de la santé publique, un nouvel article L. 1111-3-4-1 qui prévoit que les établissements de santé, services de santé, centres de santé et professionnels de santé libéraux peuvent exiger du patient « le paiement d'une pénalité » lorsqu'il ne se présente pas à son rendez-vous ou l'annule sans respecter un « délai raisonnable » avant la consultation. À cette fin, la prise de rendez-vous pourra être subordonnée à une préautorisation bancaire.

Il convient de noter que la version de l'article 16 bis D adoptée par le Sénat introduisait cette disposition au sein du code de la sécurité sociale et non du code de la santé publique. Cette différence s'explique par le fait que le nouvel article ne fait plus intervenir les organismes de sécurité sociale dans la collecte de cette pénalité. Cette évolution tient compte des critiques qui avaient été émises quant au caractère très difficilement applicable de ce dispositif.

Ainsi, c'est désormais le professionnel ou l'institution concerné qui collectera, s'il le souhaite, cette pénalité. Dans la mesure où cette décision n'aura aucun impact direct sur les finances de la sécurité sociale, on peut s'interroger, au regard des dispositions organiques du code de la sécurité sociale, sur la place de cet article au sein d'une loi de financement de la sécurité sociale.

• Par ailleurs, l'article 16 bis D prévoit des garde-fous destinés à protéger le patient contre une application trop systématique de cette pénalité. Pour pouvoir la réclamer, le professionnel ou l'institution concerné devra donc avoir

préalablement informé le patient de cette possibilité, au moment de la prise de rendez-vous, et effectué au moins un rappel de la consultation.

En outre, la pénalité ne sera pas applicable si le patient justifie d'un motif légitime, qui pourra être « *un motif impérieux d'ordre personnel, familial ou professionnel ou un motif de santé* ».

Un décret doit définir plus précisément ces motifs et préciser les modalités d'application du présent article.

*
* * *

Article 16 bis E (nouveau)

Inciter à une plus grande utilisation du dossier médical partagé

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• Le présent article résulte de l'adoption, avec l'avis favorable du Gouvernement, d'un amendement de la commission, à l'initiative de sa rapporteure, Mme Corinne Imbert. Il vise à inciter les professionnels de santé à faire davantage usage du dossier médical partagé (DMP) du patient.

• Tel que déployé depuis 2022, le dossier médical partagé est, en vertu de la loi dite « OTSS » de 2019⁽¹⁾, adossé à l'espace numérique en santé (« Mon espace santé »), créé automatiquement pour chaque patient, sauf s'il s'y oppose expressément.

En vertu de l'article L. 1111-14 du code de la santé publique, « *l'adhésion aux conventions nationales régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé [...] et son maintien sont subordonnés à la consultation ou à la mise à jour du dossier médical partagé de la personne prise en charge par le médecin* ». Les professionnels de santé ont donc, en principe, l'obligation conventionnelle de consulter et d'alimenter le DMP dès lors qu'il est actif.

En outre, l'article L. 1111-5 précise que les professionnels de santé sont tenus de reporter dans le DMP « *les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge* » (comptes rendus d'examens de biologie, d'imagerie, prescriptions de produits de santé ou d'examens), ainsi qu'une synthèse médicale réalisée par le médecin traitant au moins une fois par an.

(1) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

● En dépit de ces obligations légales et conventionnelles, un récent rapport de la Cour des comptes⁽¹⁾ note que les progrès dans l'utilisation du DMP restent très en deçà des objectifs fixés : 148 millions de documents avaient été chargés à la fin 2023, pour un objectif de 250 millions, et le nombre de consultations demeure faible, en ville comme à l'hôpital. Ainsi, le DMP apparaît comme un outil de coordination et de pertinence des soins et des prescriptions encore trop faiblement déployé.

● Dans le but d'accélérer ce déploiement, le présent article met en œuvre deux recommandations émises à cet effet, respectivement par la commission des affaires sociales du Sénat⁽²⁾ et par la Cour des comptes dans son rapport précité :

– le 1° modifie l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, relatif aux conventions régissant les rapports entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux, pour prévoir que celles-ci fixent également « *les conditions de rémunération à la hausse ou à la baisse des professionnels de santé en fonction de la consultation et du renseignement* » du DMP.

– le 2°ajoute « *le développement du numérique, la consultation et le renseignement* » du DMP parmi les critères de calcul du dispositif d'incitation financière à la qualité (Ifaq) bénéficiant aux établissements de santé.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, moyennant quelques ajustements rédactionnels.

*
* * *

(1) Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre X : « Mon espace santé, des conditions de réussite encore à réunir », mai 2024.*

(2) *Rapport d'information n° 873 de Mme Catherine Deroche, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, sur les données de santé, déposé le 12 juillet 2023.*

Article 16 bis F (nouveau)

Restriction de la prescription d'arrêts de travail en télémédecine

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• Cet article est issu de l'adoption par le Sénat des amendements identiques de Mme Corinne Bourcier et plusieurs des membres du groupe Les Indépendants - République et Territoires (n° 1133) ainsi que de Mme Marie-Do Aeschlimann et de plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste (n° 1251), avec l'avis favorable de la commission, le Gouvernement s'en étant remis à la sagesse du Sénat.

• Il insère deux nouveaux alinéas dans l'article L. 6316-1 du code de la santé publique aux termes desquels « *aucun fournisseur de services en ligne ne peut mettre en place une plateforme internet visant à fournir à titre principal, explicitement ou implicitement, des actes de télémédecine prescrivant ou renouvelant un arrêt de travail ; lors d'un acte de télémédecine effectué par un professionnel de santé exerçant son activité à titre principal à l'étranger, celui-ci ne peut prescrire ou renouveler un arrêt de travail quelle qu'en soit sa durée*

 ».

La télémédecine est définie par les deux premiers alinéas du même article comme une « *forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication [qui] met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient [et] permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients*

 ».

L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale dispose que « *l'assurance maladie assure le versement d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin [...] de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle*

 ».

Cependant, les professionnels de santé doivent pour dresser un tel constat respecter les règles du 1° de l'article L. 162-4-1 du même code et du troisième alinéa de l'article L. 6316-1, précité, du code de la santé publique, c'est-à-dire en donner les justifications et, pour la télémédecine, s'en tenir à ce que « *la prescription ou le renouvellement d'un arrêt de travail ne peut porter sur plus de trois jours ni [...] porter à plus de trois jours un arrêt [...] déjà en cours*

 » sauf « *impossibilité, dûment justifiée par le patient, de consulter un professionnel* » de manière classique.

- Pour la branche maladie du seul régime général, le coût des indemnités journalières à raison d'arrêts de travail est passé de 7,7 milliards d'euros en 2017 à 12 milliards d'euros en 2022, soit une hausse de 56,1 %, d'après le rapport remis en mai 2024 par la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (Ralfss).

Leur maîtrise est donc un enjeu. Une des solutions est la lutte contre les sites internet qui – à la grande différence des plateformes bien connues permettant à tout médecin que le patient a l'habitude de fréquenter dans son cabinet, où le premier réalise la quasi-totalité de son activité, d'obtenir un conseil ou une ordonnance avec rapidité lorsqu'un déplacement n'est pas possible –, se développent sous l'impulsion de professionnels peu scrupuleux, délivrant au cours de brefs échanges naturellement facturés à l'assurance maladie des arrêts de travail sans se donner la peine d'interroger et évidemment d'ausculter le (prétendu) malade.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans la rédaction issue des travaux du Sénat, moyennant deux ajustements rédactionnels.

*
* * *

Article 16 bis G (nouveau)

Remise d'un rapport sur la réforme du financement des établissements médecine, chirurgie et obstétrique et la question des coefficients géographiques

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le présent article résulte de l'adoption, avec l'avis défavorable de la commission et du Gouvernement, de l'amendement n° 1277 rect. de Mme Solanges Nadille et plusieurs de ses collègues du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants. Il vise à demander au Gouvernement un rapport sur l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024⁽¹⁾, en élargissant à la question des modalités de calcul des coefficients géographiques.

● L'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 engage une réforme du mode de financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements de santé, pour diminuer la part de tarification à l'activité.

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

Par ailleurs, il prévoit également la fixation par l'État du coefficient géographique s'appliquant aux tarifs nationaux, pour les établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient le prix de revient de certaines prestations.

Actuellement, l'Île-de-France, les territoires ultramarins et la Corse sont concernés par les coefficients géographiques, qui viennent ainsi revaloriser certains tarifs. À titre d'exemple, ces coefficients viennent majorer les tarifs à hauteur de :

- 27 % en Guadeloupe et en Martinique ;
- 29 % en Guyane ;
- 31 % à La Réunion et à Mayotte ;
- 11 % en Corse.

Certains territoires ont bénéficié cette année d'une revalorisation de leur coefficient géographique – c'est le cas de Guyane par exemple, dont le coefficient a été rehaussé à 31,05 %. Cette évolution faisait suite à la publication, par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), d'une nouvelle méthodologie de calcul des coefficients géographiques⁽¹⁾. Le scénario de chiffrage jugé central dans cette méthode conduisait à déterminer un coefficient géographique supérieur au niveau actuel en Guyane, à La Réunion et à Mayotte, mais, au contraire, inférieur au niveau actuel en Corse, en Martinique et en Guadeloupe.

• Se fondant sur le constat que la stagnation des coefficients géographiques dans plusieurs collectivités ne permet pas de prendre en compte la réalité des surcoûts auxquels sont confrontés ces territoires, le présent article demande au Gouvernement un rapport devant :

- évaluer la méthode utilisée pour fixer ces coefficients, en formulant des propositions pour l'améliorer ;
- et étudier l'opportunité de réviser plus régulièrement ces coefficients géographiques et de les revaloriser, notamment pour les territoires ultramarins et insulaires qui font face à des surcoûts structurels.

(1) « Actualisation des coefficients géographiques des départements d'Outre-mer et de Corse », Drees méthodes, n° 14, novembre 2023.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, contre l'avis des rapporteurs généraux qui avaient appelé à sa suppression. Tout en reconnaissant les difficultés très importantes auxquelles se trouvent confrontés les hôpitaux ultramarins, les rapporteurs ont estimé que les différences de coûts avaient déjà été documentées de diverses manières, notamment dans le cadre de l'étude de la Drees susmentionnée, et qu'en conséquence, une demande de rapport n'apparaissait pas utile.

*
* * *

Article 16 bis

Généralisation de l'expérimentation permettant aux infirmiers de signer des certificats de décès

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 16 *bis* résulte d'un amendement proposé par Mme Nicole Dubré-Chirat et les membres du groupe Ensemble pour la République. Il vise à pérenniser la possibilité pour les infirmiers de signer des certificats de décès.

• Permettre aux infirmiers de certifier des décès dans le cadre de leurs compétences est une nécessité à l'heure où, dans de nombreux territoires français, les médecins en mesure de certifier des décès sont peu nombreux. Les familles sont alors confrontées à des délais d'attente importants, avant de pouvoir procéder aux démarches funéraires.

• L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023⁽¹⁾ a autorisé les infirmiers à signer les certificats de décès à titre expérimental, pour une durée d'un an, dans six régions au plus. Cette expérimentation a ensuite été étendue à l'ensemble du territoire par l'article 3 de la « loi Valletoux » du 27 décembre 2023⁽²⁾.

Les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation ont été prévues par le décret n° 2023-1146 du 6 décembre 2023, modifié par le décret n° 2024-375 du 23 avril 2024. Ces décrets prévoient notamment que seuls seront sollicités les

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

(2) Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

infirmiers volontaires ayant bénéficié 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.

L'expérimentation a finalement pu être mise en œuvre à compter du 24 avril 2024 et prendra fin le 25 avril 2025. Selon les chiffres fournis par la direction générale de la santé, près de 2 500 certificats de décès ont été établis par des infirmiers au 1^{er} octobre 2024, et près de 6 200 infirmiers ont été formés pour certifier des décès.

- L'article 16 *bis* entend donc pérenniser la possibilité pour les infirmiers de signer des certificats de décès au terme de l'expérimentation en modifiant à cette fin l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales. Un décret pris après avis du Conseil national de l'Ordre des infirmiers précisera les conditions d'intervention des infirmiers dans ce cadre.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

- Le Sénat a adopté deux amendements identiques de la commission et du Gouvernement qui réécrivent l'article 16 *bis* pour :

- préciser que seuls les infirmiers volontaires seront concernés ;

- et autoriser des modalités de financement dérogatoires pour la rémunération des frais relatifs à l'établissement des certificats de décès par les infirmiers.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, sous réserve de quelques modifications rédactionnelles.

*
* * *

Article 16 ter

Établir une liste annuelle de mesures pour améliorer la pertinence des soins et remettre un rapport sur les travaux du Haut Conseil des nomenclatures

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 16 *ter* résulte d'un amendement proposé par le président Frédéric Valletoux et les membres du groupe Horizons & Indépendants. Il vise à demander au Gouvernement :

– d'établir une liste annuelle de mesures prioritaires pour améliorer la pertinence des soins ;

– de remettre au Parlement, avant le 15 juillet 2025, un rapport sur les travaux du Haut Conseil des nomenclatures.

• La pertinence des soins est un enjeu prioritaire, dans une optique de santé publique et de bon usage des ressources publiques. La Haute Autorité de santé la définit comme « *la bonne intervention de santé, au bon endroit, pour le bon patient* »⁽¹⁾.

Selon l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE), 20% des actes médicaux réalisés ne sont pas pertinents, et près d'un cinquième des dépenses de santé apportent ainsi une contribution « *nulle, ou très limitée* » à l'amélioration de l'état de santé de la population⁽²⁾.

Dans notre système de santé, les effets cumulés de soins ou de traitements dont la pertinence n'est pas toujours avérée sont loin d'être neutres. La revue de dépenses relative aux affections de longue durée (ALD) publiée le 19 septembre 2024⁽³⁾ relève par exemple que les patients en affection de longue durée, plus souvent polymédiqués, sont plus exposés au risque d'iatrogénie médicamenteuse⁽⁴⁾. Une personne sur deux âgées de plus de 65 ans serait concernée, et le risque augmenterait pour les patients en ALD. Or, l'iatrogénie médicamenteuse est responsable de 20 % des hospitalisations des patients de plus de 80 ans – des hospitalisations pourtant évitables, qui représentent jusqu'à 500 millions d'euros de dépenses annuelles.

(1) Site Internet de la HAS.

(2) « *Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé* », OCDE, janvier 2017.

(3) « *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée : pour un dispositif plus efficient et équitable* », Inspection générale des affaires sociales, septembre 2024.

(4) Définie comme l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments.

● La pertinence des soins n'est pas sans lien avec les nomenclatures d'actes et de prestations remboursées par la sécurité sociale : ces nomenclatures déterminent une hiérarchisation et ainsi, un niveau de prise en charge des actes et prestations par la sécurité sociale, au regard des bénéfices cliniques attendus. Les nomenclatures jouent ainsi un rôle central dans le choix des soins qui sont dispensés aux assurés sociaux. Lorsqu'une nomenclature comporte des actes obsolètes et, à l'inverse, ne comporte pas certains actes plus innovants et plus pertinents, elle incite les acteurs du système de santé à prodiguer des soins qui ne sont pas les plus pertinents.

Or, il s'avère que la classification commune des actes médicaux (CCAM), qui a vocation à décrire l'ensemble des actes médicaux réalisés par les médecins et remboursés par la sécurité sociale, n'a pas été révisée depuis 2004. C'est la raison pour laquelle l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020⁽¹⁾ a mis en place un Haut Conseil des nomenclatures, chargé de réviser, dans un délai de cinq ans, soit d'ici la fin 2025, l'ensemble des 13 000 actes inscrits sur la CCAM.

● Le présent article vise ainsi à établir une véritable feuille de route politique, concertée entre le Gouvernement et le Parlement, en faveur de la pertinence des soins, en prévoyant que :

– avant le 15 septembre de chaque année, le Gouvernement transmet au Parlement une liste de mesures prioritaires destinées à améliorer la pertinence des soins, laquelle comporte des objectifs chiffrés, assortis d'indicateurs, ainsi qu'un bilan des mesures de pertinence décidées de l'année précédente ;

– avant le 15 juillet 2025, le Gouvernement remet au Parlement un rapport qui rend compte des travaux réalisés par le Haut Conseil des nomenclatures et émet des propositions pour améliorer la réactivité des travaux du Haut Conseil.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté un amendement rédactionnel de la commission, ainsi qu'un amendement de la commission, adopté avec un avis défavorable du Gouvernement, qui supprime la demande de rapport sur les travaux du Haut Conseil des nomenclatures.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, moyennant quelques ajustements rédactionnels.

*

* * *

(1) Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Article 16 quater (nouveau)

Possibilité pour les ordres des professions de santé de solliciter la Haute Autorité de santé pour réaliser l'évaluation d'actes ou de prestation

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• Le présent article résulte de l'adoption de l'amendement n° 25 rect. de Mme Nadia Sollogoub et plusieurs de ses collègues des groupes Union Centriste, Les Républicains et du Rassemblement Démocratique et Social Européen. Il vise à élargir aux ordres des professions de santé la possibilité actuellement prévue pour certains acteurs de solliciter directement une évaluation d'actes par la Haute Autorité de santé (HAS), en vue de leur inscription dans les nomenclatures existantes.

• À l'heure actuelle, selon les termes de l'article L. 4021-3 du code de la santé publique, les conseils nationaux professionnels et les associations d'usagers agréées au titre de l'article L. 1114-1 du même code sont habilités à solliciter directement l'évaluation d'un acte par la HAS en vue de son inscription dans les nomenclatures existantes.

Dans la mesure où les ordres disposent d'une expertise approfondie sur les pratiques médicales et paramédicales et sur les réalités du terrain, ils sont en capacité d'identifier un besoin d'évaluation d'un acte médical et paramédical. Il s'agit ainsi de favoriser des inscriptions sur les nomenclatures qui soient mieux adaptées aux évolutions des pratiques et des compétences des professionnels de santé.

L'élargissement aux ordres de la possibilité de solliciter l'évaluation d'un acte apparaît d'autant plus justifiée que les usagers y sont habilités. Mais dans la mesure où cet élargissement pourrait engendrer un surcroît de travail pour la HAS, laquelle est déjà fortement sollicitée, il importera de faire évoluer en conséquence les moyens humains dont elle dispose pour mener à bien ces évaluations.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

* * *

Article 17

Établir un cadre conventionnel destiné à réguler les dépenses de transport sanitaire en taxi

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- L'article 17 vise à renforcer la maîtrise des dépenses de transport sanitaire de l'assurance maladie, dans un contexte où celles-ci ne cessent de croître depuis dix ans, culminant à 6,3 milliards d'euros en 2023, avec une accélération depuis la fin de la crise sanitaire.

Ces dépenses croissent en raison d'un effet volume (de plus en plus de patients en affection de longue durée transportés) et d'un effet prix. Cet effet prix résulte d'évolutions conventionnelles et de l'augmentation des charges d'exploitation des transporteurs, mais aussi d'un transfert du transport sanitaire vers les taxis, en moyenne plus coûteux. En effet, selon les données de l'assurance maladie, le coût moyen d'un transport sanitaire en taxi s'élevait à 61 euros en 2023, contre 35 euros pour un véhicule sanitaire léger (VSL).

Dans un contexte où les taxis effectuent désormais 48 % des transports, il apparaît nécessaire de mieux réguler leurs tarifs et leur répartition territoriale.

- C'est l'objet de l'article 17, qui réforme le cadre légal du conventionnement des taxis, prévu à l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, dans le but d'engager une rénovation du modèle tarifaire et des règles de conventionnement.

Désormais, les conventions liant les entreprises de taxi aux caisses locales d'assurance maladie, conclues pour une durée de cinq ans, devront être conformes à une convention-cadre établie par l'assurance maladie à l'échelle nationale, qui déterminera les conditions de réalisation des transports et de dispense de l'avance de frais, les conditions subordonnant l'accès et au conventionnement, les différents éléments tarifaires pouvant être facturés, les règles de facturation et de tarification des transports partagés et, le cas échéant, les dispositifs d'aide à l'équipement des taxis conventionnés.

L'annexe 9 au présent projet de loi de financement estime que cet effort de régulation devrait permettre, à l'horizon 2027, une économie de l'ordre de 132 millions d'euros par an.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu un amendement rédactionnel du rapporteur général.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le Sénat a adopté deux amendements rédactionnels de la commission, ainsi que quatre amendements qui apportent des modifications de fond :

– un amendement de la commission, adopté avec un avis favorable du Gouvernement, permet à la convention-cadre nationale de définir des dispositifs d'intéressement pour valoriser la participation des taxis aux efforts de maîtrise des dépenses et de lutte contre la fraude ;

– deux amendements identiques de la commission et de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste), adoptés avec un avis favorable du Gouvernement, prévoient la possibilité de verser des aides à l'équipement des taxis en vue de l'acquisition d'outils de géolocalisation ;

– un amendement de la commission, adopté avec un avis défavorable du Gouvernement, insère les dispositions relatives au conventionnement des taxis au sein d'un article distinct du code de la sécurité sociale.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, modifié par une proposition de rédaction ainsi que plusieurs adaptations rédactionnelles.

La proposition de rédaction adoptée a pour effet de revenir sur l'insertion des dispositions relatives au transport sanitaire des taxis dans un article distinct du code de la sécurité sociale, dans la mesure où cela impliquerait d'effectuer de très nombreuses coordinations réglementaires. À l'occasion d'échanges avec le Gouvernement, il est apparu que ces coordinations ne pourraient pas être réalisées dans des délais garantissant la continuité des droits pour les assurés.

Le rapporteur estime que, pour la suite de l'examen de l'article 17 et dans sa mise en application, une attention particulière devra être portée aux territoires peu denses.

*

* * *

Article 17 bis A (nouveau)

Obligation pour les entreprises de transport sanitaire d'équiper l'ensemble de leurs véhicules d'un dispositif de géolocalisation certifié par l'assurance maladie et d'un système électronique de facturation intégré

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• Le présent article résulte de l'adoption de l'amendement n° 1397, non soutenu par son auteur mais repris par la commission lors de l'examen en séance publique, avec un avis favorable du Gouvernement.

• Il pose l'obligation pour les entreprises de transport sanitaire d'équiper l'ensemble de leurs véhicules d'un dispositif de géolocalisation certifié par l'assurance maladie et d'un système électronique de facturation intégré. Ces deux dispositifs ont vocation à fiabiliser les données facturées par les transporteurs à l'assurance maladie, dans l'objectif d'améliorer les informations détenues par cette dernière, mais également de lutter contre la fraude.

Si l'avenant n° 11 à la convention régissant les rapports entre l'assurance maladie et les entreprises de transport sanitaire⁽¹⁾ comportait déjà des incitations pour les entreprises à se doter de ce type de dispositifs, cela demeurait optionnel. Le présent article en fait une obligation.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, avec des modifications rédactionnelles.

*
* * *

(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.

Article 17 bis B (nouveau)

Dérogation au cadre juridique du transport sanitaire pour les entreprises proposant uniquement une offre de transport pour les personnes à mobilité réduite

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• Le présent article résulte de l'adoption d'amendements identiques du Gouvernement ainsi que de Mme Florence Lassarade et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, sous-amendés par deux sous-amendements identiques de M. Dominique Théophile et plusieurs de ses collègues des groupes Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants ainsi que de M. Victorin Lurel et Mme Audrey Bélim.

Il prévoit une dérogation au cadre juridique du transport sanitaire et à sa prise en charge par l'assurance maladie pour les entreprises proposant uniquement une offre de transport pour les personnes à mobilité réduite (TPMR).

Concrètement, il s'agit de permettre à ces entreprises de déroger à l'obligation de participer au transport de malades au titre de l'aide médicale urgente, qui nécessite des véhicules et des professionnels *ad hoc* dont elles ne disposent pas nécessairement.

Cet article vise à répondre à la situation observée dans certaines zones, notamment en Gironde, où l'offre d'ambulances et de taxis est insuffisante pour permettre aux patients en fauteuil roulant de se rendre à leurs consultations. Ils ont alors fréquemment recours à des entreprises de TPMR. Il s'agit ici de permettre le recours à ces entreprises, en dérogeant au cadre juridique de droit commun du transport sanitaire.

Cette activité sera financée selon les règles de droit commun du transport de malade en véhicule sanitaire léger.

Les sous-amendements adoptés prévoient une adaptation possible de l'article 17 *bis* B, selon des modalités définies par décret, dans les territoires régis par l'article 73 de la Constitution.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté l'article 17 *bis* B dans sa rédaction issue du Sénat, assortie de modifications rédactionnelles.

*
* * *

Article 17 bis C (nouveau)

Demande de rapport sur la prise en charge anonymisée, en cas de violence intrafamiliale, des frais de transport pour un avortement

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• Le présent article résulte de l'adoption de l'amendement n° 386 rect. *bis* de M. Patrice Joly et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain. Il vise à demander au Gouvernement un rapport évaluant le coût pour la sécurité sociale de la prise en charge anonymisée des frais de transport pour une mineure ou une femme en situation de violence intrafamiliale voulant pratiquer un avortement.

• La loi permet actuellement à une mineure ou une femme en situation de violence intrafamiliale étant ayant droit d'un assuré qui en fait la demande, de bénéficier de l'anonymat total pour pratiquer un avortement et ce, quel que soit le lieu de réalisation de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) choisi⁽¹⁾.

Une circulaire du 24 mars 2003 est d'ailleurs venue préciser les conditions de l'« avortement anonyme », c'est à dire la mesure de confidentialité des IVG qui expose les procédures à mettre en œuvre pour préserver l'anonymat des assurées. Ainsi, la circulaire précise : « *en tout état de cause, aucune identification de l'assurée ne doit être possible et aucun décompte ne doit être adressé à l'ouvrant droit* ».

Or, l'anonymisation porte exclusivement sur les deux consultations préalables à l'IVG, les examens complémentaires (analyses sanguines, échographie etc.), la consultation d'anesthésie dans le cadre d'une IVG chirurgicale, l'hospitalisation dans le cadre d'une IVG chirurgicale, les deux consultations de remise des médicaments et la consultation de contrôle dans le cadre d'une IVG médicamenteuse en cabinet de ville ou en établissement de santé.

Le principe de l'avortement anonyme est également imposé aux organismes de sécurité sociale, en vertu de l'article D. 132-5 du code de sécurité sociale. Cependant, dans le cas d'une prise en charge anonymisée et gratuite des frais de transports lors de la pratique de l'IVG pour une mineure ou une femme en situation de violence intrafamiliale étant ayant droit d'un assuré, il existe une lacune. En effet, les ambulanciers lui demandent la carte Vitale et une carte de mutuelle pour lui permettre de bénéficier du remboursement des frais de transport. Ainsi, le décompte du remboursement du transport apparaît dans les documents envoyés à son ayant droit (souvent les parents ou le conjoint violent).

(1) Voir notamment l'article L. 2212-7 du code de la santé publique.

Le présent article vise donc à demander au Gouvernement un rapport évaluant le coût pour la sécurité sociale de la prise en charge anonymisée des frais de transport entre leur domicile et les établissements de santé, pour une mineure ou une femme en situation de violence intrafamiliale qui voudrait pratiquer une IVG et qui aurait le statut d'ayant droit d'un autre assuré.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a supprimé cet article, considérant qu'une demande de rapport sur ce sujet n'était pas nécessaire.

*
* * *

Article 17 bis D (nouveau)

Définition des conditions dans lesquelles un assuré retrouve ses droits à la sécurité sociale à son retour sur le territoire français

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

• L'article 17 bis D résulte d'un amendement déposé par Mme Mélanie Vogel et les membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires, adopté suivant l'avis favorable de la commission. Cet amendement vise à améliorer la continuité de la prise en charge des frais de santé des personnes qui viennent se réinstaller en France, après avoir vécu à l'étranger.

L'exposé sommaire de celui-ci fait valoir qu'en l'état du droit, la continuité de la prise en charge des frais médicaux des anciens assurés à leur retour sur le territoire national ne serait pas garantie puisque le bénéfice de l'assurance maladie est conditionné à la résidence « *stable et régulière* » en France⁽¹⁾. Cette condition a pour conséquence que les personnes qui déménagent à l'étranger perdent, sauf cas particulier, leur couverture par l'assurance maladie. La réouverture des droits d'affiliation est conditionnée à une résidence stable et régulière de trois mois en France ou à l'exercice d'une activité professionnelle.

• Le Gouvernement a émis un avis défavorable à cet amendement au motif que les dispositifs existants permettent déjà de répondre à l'objectif visé par cet amendement.

En effet, la prise en charge des frais de santé de toute personne travaillant en France ou y résidant ou depuis au moins trois mois est garantie depuis l'entrée en vigueur de la protection maladie universelle (Puma) le 1^{er} janvier 2016. Pour

(1) Deuxième alinéa de l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale.

justifier de la stabilité de sa résidence en France, une personne n'exerçant pas d'activité professionnelle et souhaitant s'affilier à l'assurance maladie française doit produire un justificatif démontrant qu'elle réside en France de manière ininterrompue depuis au moins trois mois.

Certaines catégories de personnes énumérées au II de l'article D. 160-2 du code de la sécurité sociale n'ont pas à justifier de cette durée de résidence. Bien que les anciens assurés ne soient pas mentionnés à cet article, ils sont susceptibles de relever de plusieurs des catégories qui y sont énumérées, notamment les personnes de retour en France après avoir accompli un volontariat international à l'étranger, les membres de la famille d'un assuré social ou encore les personnes inscrites dans un établissement d'enseignement⁽¹⁾.

En outre, lorsque l'ancien assuré exerce une activité professionnelle à son retour en France, son affiliation à la caisse primaire d'assurance maladie du ressort de son lieu de résidence prend effet dès le début de son activité professionnelle.

Le délai de carence de trois mois est par ailleurs couvert par l'assurance maladie du ressort de l'État dont l'ancien assuré était résident avant son retour en France dès lors qu'il s'agit d'un État membre de l'Union européenne, ce qui évite les ruptures de couverture pour ces personnes. À cet effet, les anciens assurés peuvent utiliser leur carte européenne d'assurance maladie pendant les trois premiers mois de résidence.

Au surplus, si la personne s'est affiliée le temps de son expatriation à la Caisse des français de l'étranger (CFE), les droits d'affiliation sont maintenus lors du retour en France jusqu'à la réouverture des droits.

Enfin, pour les personnes qui ne conservent pas de droits d'affiliation de leur précédent pays de résidence et ne travaillant pas en France dans les trois premiers mois de leur retour, elles ont la possibilité de souscrire une assurance volontaire le temps nécessaire à la réouverture de leurs droits.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a supprimé cet article.

*

* * *

(1) 2°, 3° et 5° du II de l'article D. 160-2 du code de la sécurité sociale.

Article 17 bis
Généralisation du dispositif « Handigynéco »

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 17 *bis* résulte d'amendements identiques du Gouvernement ainsi que de Mme Brigitte Liso et des membres du groupe Ensemble pour la République. Il vise à permettre l'inscription dans le droit commun du dispositif « Handigynéco ».

• Le programme « Handigynéco » a été mis en œuvre de manière expérimentale en Île-de-France à compter de 2018, puis en Bretagne et en Normandie, en 2022, avant d'être progressivement étendu à toutes les régions en 2023 et 2024, grâce à un financement du fonds d'intervention régional (FIR).

Il a pour ambition de faciliter l'accès aux soins gynécologiques des femmes en situation de handicap, en les informant sur la nécessité d'un suivi gynécologique régulier et en organisant, le cas échéant, un parcours de soins coordonné, notamment grâce à l'intervention de sages-femmes, préalablement formées, au sein des établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées – essentiellement des foyers d'accueil médicalisés (FAM) et des maisons d'accueil spécialisées (MAS).

Il permet aussi d'informer et former les professionnels de ces établissements afin de renforcer l'implication de tous sur ces problématiques, dans un contexte où l'accès des femmes en situation de handicap au suivi gynécologique apparaît limité – seules un tiers des femmes handicapées en établissement bénéficiait d'un suivi gynécologique en 2016-2017.

Enfin, le programme Handigynéco tend à promouvoir un accompagnement à la vie affective et sexuelle, intégrant la prévention des violences faites aux femmes, pour l'ensemble des usagers de ces établissements.

• Le présent article entend ainsi inscrire le programme Handigynéco dans le droit commun des actes et prestations pris en charge par la sécurité sociale :

– il prévoit, au sein d'un nouvel article L. 1411-6-4 du code de la santé publique, la réalisation de consultations longues de gynécologie médicale au bénéfice des femmes en situation de handicap accueillies dans les établissements susmentionnés, ainsi que la mise en place, au sein des mêmes établissements, de séances d'éducation à la vie sexuelle et affective, cette fois au bénéfice de toutes les personnes résidentes ou accueillies. Le coût de cette mesure est évalué à 2,8 millions

d'euros par an, pour la prise en charge à 70% d'une consultation longue rémunérée 52 euros, avec l'hypothèse d'un taux de recours de 60 % ;

– il insère les consultations longues susmentionnées au sein des articles L. 160-8 et L. 160-13 du code de la sécurité sociale, afin de prévoir leur prise en charge par la sécurité sociale dans les conditions de droit commun, c'est-à-dire à hauteur de 70 % par l'assurance maladie obligatoire.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, un amendement de clarification rédactionnelle de la commission visant à préciser que les frais pris en charge à 100 % dans le cadre du programme Handigynéco couvrent l'ensemble des consultations et séances susmentionnées.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*
* * *

Article 17 ter

Révision de la périodicité des examens de prévention bucco-dentaires

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 17 *ter* résulte d'amendements identiques du Gouvernement ainsi que de M. Cyrille Isaac-Sibille et des membres du groupe Les Démocrates. Il vise à annualiser les examens de prévention bucco-dentaire, aujourd'hui prévus tous les trois ans de 3 à 24 ans.

• Le remboursement intégral par la sécurité sociale d'examens de prévention bucco-dentaire a été introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005⁽¹⁾ au travers du dispositif « M'T Dents ». Ces rendez-vous préventifs peuvent aboutir à la réalisation d'un acte de soin ou à la proposition d'un ou plusieurs rendez-vous complémentaires si cela est estimé nécessaire. À noter que la réalisation de ces examens de prévention bucco-dentaire est obligatoire pour les mineurs.

(1) Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Cependant, il existe un important non-recours au dispositif « M'T Dents » malgré la prise en charge à 100 % des rendez-vous et leur caractère obligatoire. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) estime le taux de recours à seulement 51,6 % en 2022 (stable par rapport à 2021, malgré une diminution de 5 points au lendemain de la crise sanitaire).

● Dans le même temps, le rapport « Charges et produits » publié par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) en juillet 2023⁽¹⁾ faisait état des résultats particulièrement peu satisfaisants de la France en matière de santé bucco-dentaire, au regard de la situation observée dans de nombreux autres pays européens : « *L'indice carieux à 12 ans s'élève à 1,12 en France, contre 0,5 en Allemagne, 0,7 en Suède et 0,6 aux Pays-Bas. La part d'enfants sans aucune carie est par ailleurs très inférieure en France (56 %) à celle constatée en Allemagne (81 %). Dans le même temps, le volume des soins conservateurs est particulièrement faible en France (47 % du total des soins, contre 75 % en Allemagne), de même que le taux de recours annuel aux chirurgiens-dentistes pour les adultes (43 % en France, contre plus de 70 % en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas).* »

En outre, le recours aux soins prothétiques s'est très fortement accru, du fait de cette mauvaise bucco-dentaire mais aussi avec la mise en place de la réforme du 100% santé, qui permet l'accès à certaines prothèses dentaires sans reste à charge pour tous les assurés qui disposent d'un contrat complémentaire santé responsable.

Selon les données publiées par la Drees le 10 juillet dernier, le nombre de personnes ayant eu recours à une prothèse dentaire a augmenté de 17 % entre 2019 et 2021, soit 5,5 millions d'individus par an au total. En conséquence, les dépenses en prothèses dentaires ont nettement augmenté (+ 25 %) et représentent en 2022 plus de la moitié des dépenses de soins dentaires (51 %), suivies par les dépenses en soins conservateurs (18 %) et en orthodontie (9 %).

● C'est dans ce contexte qu'un virage préventif est apparu souhaitable dans le domaine des soins dentaires. L'objectif d'une « Génération sans carie » a ainsi été fixé, qui s'est traduit dans la signature, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam) et les syndicats représentatifs de chirurgiens-dentistes libéraux, le 21 juillet 2023, d'une nouvelle convention dentaire.

Celle-ci prévoit l'annualisation des examens de prévention bucco-dentaire pour les jeunes de 3 à 24 ans, mais aussi une forte revalorisation des consultations dentaires réalisées auprès des jeunes, ainsi que des soins conservateurs (à hauteur de + 30%).

(1) « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2024 », Caisse nationale de l'assurance maladie, juillet 2024.

• L'article 17 *ter* propose ainsi que la périodicité des examens de prévention bucco-dentaire devienne annuelle, conformément aux dispositions conventionnelles susmentionnées, de façon à concentrer l'investissement réalisé par l'assurance maladie obligatoire en matière de prévention sur les jeunes générations.

En parallèle, l'article dispose que ces examens ne sont plus intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, mais font désormais l'objet d'un ticket modérateur de 40 %, lequel a vocation à être pris en charge par les complémentaires santé.

Toutefois, afin de s'assurer du recours annuel à ces examens et aux soins complémentaires, l'article garantit la dispense d'avance de frais (tiers payant) pour éviter les renoncements aux soins. Le Gouvernement a également annoncé son intention d'inscrire cette prise en charge dans les garanties obligatoires des contrats complémentaires santé responsables.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• Le Sénat a adopté trois amendements apportant des modifications de fond :

– un amendement de la commission, adopté avec un avis de sagesse du Gouvernement, qui précise que la dispense de l'avance de frais couvre à la fois les parts prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire ;

– deux amendements identiques de la commission ainsi que de Mme Annie Le Houerou et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, adoptés avec un avis de sagesse du Gouvernement, qui imposent la prise en charge intégrale du ticket modérateur relatif aux examens de prévention bucco-dentaire dans le cadre du contrat complémentaire solidaire et responsable.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.



Article 17 quater

Généralisation de l'expérimentation de centres de santé sexuelle d'approche communautaire

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 17 *quater* résulte d'amendements identiques du Gouvernement et de Mme Stéphanie Rist (groupe Ensemble pour la République). Il vise à généraliser l'expérimentation de centres de santé sexuelle d'approche communautaire.

• Cet article s'inscrit dans un contexte où l'incidence des infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes est en augmentation régulière depuis plusieurs années. Le nombre de nouveaux cas de personnes déclarées séropositives VIH est en constante augmentation depuis 2020, atteignant 5 000 nouvelles personnes en 2023. Une majorité de ces cas est découverte à un stade tardif voire avancé de l'infection (respectivement 43 % et 27 % des cas).

• Pour contrer cette tendance, depuis le 1^{er} septembre 2024, quatre nouvelles IST sont prises en compte dans le cadre du dispositif VIH-Test, qui permet, depuis le 1^{er} janvier 2022, la réalisation d'un dépistage gratuit, sans ordonnance et sans rendez-vous, afin de favoriser l'accès au dépistage et, ainsi, de limiter la propagation des IST. Ce dispositif est pris en charge à 100 % pour les moins de 26 ans et à 60 % pour le reste de la population.

• C'est dans ce contexte que l'expérimentation de centres de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC) a été conduite dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018⁽¹⁾.

Quatre centres ont été déployés à Paris, Lyon, Marseille et Montpellier, en raison de la prévalence de l'épidémie de VIH dans ces zones. Ces centres visent ainsi à améliorer l'offre globale de santé sexuelle pour des populations cibles spécifiquement identifiées comme à risque. Ils assurent des missions d'accueil, de prévention, de dépistage et d'accès aux soins en premier recours, en s'appuyant sur la médiation sanitaire, afin de favoriser l'adhésion des populations. Trois associations ont été sélectionnées pour porter ces centres : Aides, Virages Santé et le Groupe SOS.

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

L'expérimentation s'est étendue sur une période totale de deux ans et demi, se concluant le 30 septembre 2023. L'évaluation de l'expérimentation réalisée par les Hospices civils de Lyon a mis en évidence la pertinence de ces centres pour atteindre le public cible et pour le développement d'une offre structurée en santé sexuelle et de santé publique, actuellement insuffisante.

- L'article 17 *quater* propose une entrée dans le droit commun de ces centres sous la dénomination de centres de santé et de médiation en santé sexuelle (CSMSS).

La liste des régions d'implantation et le nombre de CSMSS par région sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé. Le Gouvernement a indiqué son intention de pérenniser les quatre structures existantes, et d'en déployer deux nouvelles en 2026, puis une en 2027 et encore deux en 2028.

Les CSMSS devront répondre à un cahier des charges précis défini par arrêté ministériel ; ils ne pourront être ouverts que sur décision du directeur général de l'agence régionale de santé. Les critères épidémiologiques et populationnels décrits dans le futur cahier des charges limiteront les CSMSS aux grandes aires urbaines où une prévalence importante du VIH et des autres IST est constatée.

Le financement des centres se fonde sur un modèle économique, retravaillé à l'issue de la période d'expérimentation afin de tenir compte des résultats de l'évaluation et des données d'activité sur l'année 2023, composé de forfaits adossés à l'activité et de dotations. Ce financement, dérogatoire au financement des centres de santé, sera fixé par la voie réglementaire. Le coût annuel d'un centre est estimé, au terme de la période d'amorçage, à 1,8 million d'euros.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté deux amendements rédactionnels de la commission.

3. Les modifications apportées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, sous réserve d'ajustements rédactionnels.

*
* * *

Article 17 quinque

Campagne de vaccination contre les infections à méningocoque dans les établissements scolaires

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 17 *quinquies* résulte d'un amendement du Gouvernement. Il vise à organiser une campagne de vaccination combinée pour les infections à papillomavirus et à méningocoques dans les établissements scolaires.

• Les données épidémiologiques récentes montrent une reprise de la circulation des méningocoques en France et simultanément une évolution des souches, avec 560 cas en 2023. Ces maladies touchent en majorité les jeunes de 11 à 24 ans et s'avèrent fatales dans environ 10 % des cas ; elles peuvent en outre laisser des séquelles sur le long terme. Dans ce contexte, la Haute Autorité de santé (HAS) a émis de nouvelles recommandations en matière de vaccination, concernant notamment les enfants de 11 à 14 ans.

• Or, l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024⁽¹⁾ a prévu la mise en place, auprès de cette même classe d'âge, d'une campagne de vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) au sein des établissements scolaires.

Ainsi, dès l'année scolaire 2023-2024, les élèves de cinquième ont pu bénéficier d'une vaccination (optionnelle) contre le HPV intégralement prise en charge par la sécurité sociale. Cette campagne s'est traduite par une augmentation de 17 % du taux de vaccination chez les jeunes de 11 ans, aujourd'hui vaccinés à 50 %.

• Afin d'augmenter le taux de couverture vaccinale et ainsi de protéger les populations cibles contre les infections à méningocoque, l'article 17 *quinquies* propose ainsi de capitaliser sur la campagne de vaccination HPV en incluant également, dans le cadre de la campagne de vaccination, les vaccins contre les infections invasives à méningocoques A, C, W, Y, dès l'année scolaire 2025-2026. Les vaccinations anti-HPV et méningocoques pourront être réalisées de manière simultanée puisque la co-administration de ces vaccins est possible.

L'article 17 *quinquies* prévoit par ailleurs les modalités de rémunération des professionnels engagés dans ces campagnes de vaccination, qui peuvent être des libéraux disposant de compétences vaccinales (médecins, sages-femmes, infirmiers,

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

pharmaciens), ceux exerçant en centre de santé, des salariés, des retraités et agents publics, ainsi que des étudiants de troisième cycle en médecine et en pharmacie. Ils seront indemnisés directement par l'assurance maladie, sous forme de vacations.

L'article 17 *quinquies* prévoit enfin, comme pour la vaccination anti-HPV, la prise en charge intégrale du coût des vaccins par l'assurance maladie.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

L'article 17 *quinquies* a été adopté par le Sénat sans modification.

3. Les modifications apportées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*
* * *

Article 17 sexies

Suppression de la condition d'adressage médical dans le cadre du dispositif Mon soutien psy

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.
Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 17 *sexies* résulte d'amendements identiques déposés par le Gouvernement, le président Frédéric Valletoux et les membres du groupe Horizons & Indépendants, Mme Stéphanie Rist et les membres du groupe Ensemble pour la République ainsi que par M. Cyrille Isaac-Sibille et les membres du groupe Les Démocrates.

Il vise à simplifier et développer le recours au dispositif Mon soutien psy en supprimant la condition d'adressage préalable par un médecin, une sage-femme ou un professionnel de santé de la médecine scolaire.

• Annoncé par le Président de la République lors des assises de la santé mentale de l'automne 2021, le dispositif Mon soutien psy a été créé par l'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022⁽¹⁾. Celui-ci a inséré au sein du code de la sécurité sociale un nouvel article L. 162-58 prévoyant, pour la première fois, un dispositif pérenne de prise en charge par l'assurance maladie de consultations avec un psychologue de ville, accessibles à l'ensemble des assurés dès 3 ans.

(1) Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Ce remboursement concerne huit séances par année civile. Deux conditions d'éligibilité sont fixées par la loi, à savoir que le psychologue réalisant la séance soit signataire d'une convention avec l'assurance maladie et que le patient ait été adressé au psychologue par son médecin traitant. Cette possibilité a été élargie aux sages-femmes par l'article 4 de la loi du 7 juillet 2023⁽¹⁾, puis aux professionnels de santé des établissements scolaires par l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024⁽²⁾.

• Dès l'origine, le dispositif Mon soutien psy a fait l'objet d'un rejet très large, en particulier de la part des psychologues, qui critiquaient les conditions d'application du dispositif. L'évaluation réalisée par Éric Alauzet, Pierre Dharréville et Sébastien Peytavie dans le cadre du Printemps social de l'évaluation 2023⁽³⁾ s'en est fait l'écho, dénonçant :

– des critères trop restrictifs d'inclusion dans le dispositif (des troubles psychiques « légers à modérés ») ;

– un tarif conventionné trop faible (30 euros), donnant le sentiment qu'on « bradait » la psychologie ;

– la limitation à huit du nombre de séances prises en charge, alors qu'il n'est pas possible de dire à l'avance la durée qui sera nécessaire, et au risque de devoir « abandonner » les patients en pleine thérapie, s'ils n'ont pas les moyens de financer par eux-mêmes des séances supplémentaires ;

– la nécessité d'un adressage par le médecin traitant, critiquée comme étant en contradiction avec le principe d'autonomie de la psychologie par rapport à la médecine, et perçue comme une volonté de « paramédicalisation » de la profession de psychologue.

Dans ce contexte, une grande partie des organisations syndicales de psychologues avait appelé au boycott du dispositif, ce qui en avait fortement limité le déploiement.

• Prenant acte de ce demi-échec, le Premier ministre Gabriel Attal s'est engagé, en janvier 2024, à rénover « *de fond en comble* » Mon soutien psy. Il a ainsi annoncé en avril 2024 :

– la fin de la condition d'adressage médical pour pouvoir bénéficier du dispositif ;

– la hausse à 50 euros du prix de la consultation ;

(1) Loi n° 2023-567 du 7 juillet 2023 visant à favoriser l'accompagnement des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse dite fausse couche.

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

(3) Éric Alauzet, Pierre Dharréville, Sébastien Peytavie, « La mise en place du dispositif MonParcoursPsy », in *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement, par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux du Printemps social de l'évaluation (n° 1318, 2 juin 2023)*.

– le passage de huit à douze séances remboursées.

• L'article 17 *sexies* procède ainsi à la seule des modifications susmentionnées qui soit d'ordre législatif, en supprimant la condition d'adressage préalable par un médecin, une sage-femme ou un professionnel de santé de la médecine scolaire. Les patients peuvent, dès lors, intégrer directement le dispositif, de leur propre initiative. Il convient de souligner que cette évolution est en réalité déjà en vigueur dans les faits depuis le 15 juin dernier.

L'article 17 *sexies* prévoit par ailleurs que les évolutions du dispositif sont applicables aux conventions en cours afin de sécuriser les modalités d'exercice des psychologues d'ores et déjà impliqués dans le dispositif.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté un amendement de la commission corrigéant une erreur matérielle.

3. Les modifications apportées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*
* *

Article 17 septies

Étendre l'expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes en communauté professionnelle territoriale de santé

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 17 *septies* résulte d'amendements identiques du Gouvernement ainsi que de Mme Stéphanie Rist et des membres du groupe Ensemble pour la République. Il vise à étendre l'expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) à au plus vingt départements.

• Après des évolutions récentes marquées par l'élargissement progressif des prescriptions et actes ouverts aux masseurs-kinésithérapeutes et l'enrichissement de leurs compétences et de leur formation, le législateur a ouvert,

de manière limitative, la possibilité d'un accès direct à ces professionnels de santé, dont les actes ne sont en principes remboursés que sur prescription médicale. Cette évolution a été conduite dans le but de libérer du temps médical et de faciliter l'accès à ces professionnels dont les compétences sont de plus en plus sollicitées, dans un contexte de vieillissement de la population.

Ainsi, l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022⁽¹⁾ a prévu l'expérimentation, pour trois ans et dans six départements, de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre de structures d'exercice coordonné.

Avant même que cette expérimentation ne soit lancée, le législateur a finalement voté, dans le cadre de la loi dite « Rist 2 » du 19 mai 2023⁽²⁾, la généralisation de cet accès direct pour l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans les établissements de santé ou médico-sociaux, en équipe de soins primaires ou spécialisés, en centre de santé ou en maison de santé.

• Lors de l'examen de la proposition de loi susmentionnée, la question de savoir s'il fallait, ou non, inclure les CPTS parmi les structures d'exercice coordonné ouvrant droit à l'accès direct sans prescription médicale, a été largement débattue.

Dans un rapport paru en 2022, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas)⁽³⁾ se montrait plutôt favorable à l'inclusion des CPTS dans l'expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes. Cependant, la généralisation de l'accès direct pour l'ensemble des CPTS est finalement apparue prématurée, en raison de la grande hétérogénéité de ces structures. En effet, si certaines ont atteint un niveau de maturité appréciable et permettent une réelle coordination entre les professionnels de santé qui y exercent, la plupart sont encore assez loin d'avoir atteint ce stade.

C'est pourquoi l'article 3 de la « loi Rist 2 » a finalement reconduit une expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes exerçant au sein d'une CPTS, pour une durée de cinq ans et dans six départements, dont deux d'outre-mer.

• Cependant, d'après le Gouvernement, le nombre restreint de masseurs-kinésithérapeutes exerçant en CPTS (6 000 au niveau national) nécessiterait un élargissement de l'échantillon de départements prévus par la « loi Rist 2 » afin de pouvoir évaluer le dispositif en vue d'une éventuelle généralisation.

• L'article 17 *septies* propose donc de modifier la loi du 19 mai 2023 précitée afin d'étendre cette expérimentation à « au plus vingt départements », ce qui permettra d'inclure au moins un département par région métropolitaine et trois départements en outre-mer.

(1) Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

(2) Ibid.

(3) Igas, « Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie », février 2022.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté deux amendements identiques de suppression, avec un avis défavorable du Gouvernement, à l'initiative de la commission ainsi que de Mme Mireille Jouve et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.

3. Les modifications apportées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a rétabli cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale, sous réserve d'ajustements rédactionnels.

*
* * *

Article 17 octies

Expérimentation du remboursement des tests permettant de détecter une soumission chimique

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- L'article 17 *octies* résulte d'un amendement de Mme Sandrine Joso et des membres du groupe Les Démocrates. Il vise à expérimenter le remboursement des tests permettant de détecter une soumission chimique.

- La soumission chimique consiste à administrer des substances psychoactives à une personne à son insu ou sous la menace, à des fins délictuelles ou criminelles.

Ce phénomène demeure, à l'heure actuelle, relativement mal appréhendé. Le centre d'addictologie de Paris rapporte une augmentation exponentielle du nombre de cas signalés, de 436 en 2021 à 883 en 2022, probablement également en lien avec une libération de la parole sur ce sujet. Les différentes enquêtes réalisées révèlent qu'il s'agit néanmoins d'un problème important de santé publique, qui implique toute une variété de substances (sédatifs, anxiolytiques, antihistaminiques, antalgiques opioïdes, psychotropes illégaux...) et sévit bien au-delà des lieux festifs, notamment dans le cadre privé, auprès des mineurs.

À l'heure actuelle, le coût des analyses toxicologiques pour permettre de détecter à temps ces substances peut atteindre jusqu'à 1 000 euros, alors que la prise en charge de ces tests par la sécurité sociale est conditionnée à un dépôt de plainte.

Or, les dépôts de plaintes ne sont pas systématiques, notamment en raison des amnésies totales ou partielles, fréquemment causées par les substances ingérées.

Dans un communiqué daté du 24 octobre dernier, le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom) a appelé les pouvoirs publics à « *prendre des mesures concrètes pour faciliter l'accès aux tests et analyses, en prenant en charge leur coût dans le cadre de la sécurité sociale* ».

• L'article 17 octies met ainsi en place une expérimentation du remboursement par l'assurance maladie de tests permettant de détecter une soumission chimique pendant une période de trois ans. Il ouvre l'accès à ces tests y compris en l'absence de dépôt de plainte. Cela permettra notamment aux victimes de les effectuer en cas de doute, lorsque la confusion causée par l'ingestion de la substance tend à brouiller ou effacer les souvenirs.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Deux amendements identiques de la commission et du Gouvernement ont été adoptés, qui visent :

– à étendre le champ de l'expérimentation de la prise en charge par la sécurité sociale à l'ensemble des recherches réalisées afin de détecter une soumission chimique, plutôt qu'aux seuls tests ;

– à procéder à des améliorations rédactionnelles et à décaler l'entrée en vigueur de mars à juillet, le temps de mettre au point les solutions techniques nécessaires.

3. Les modifications apportées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, moyennant un ajustement rédactionnel.

*
* * *

Article 17 nonies

Rapport évaluant les modalités d'une distinction des dépenses de prévention dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• L'article 17 *nonies* résulte d'amendements identiques déposés par M. Aurélien Rousseau et les membres du groupe Socialistes et apparentés ainsi que par Mme Stéphanie Rist. Il vise à demander un rapport évaluant les modalités d'une dissociation des dépenses de prévention de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

• Cet article part du constat que l'effort financier global consacré à la prévention demeure peu lisible. La Cour des comptes, dans un rapport de novembre 2021⁽¹⁾, avait jugé que ces dépenses étaient mesurées de manière trop imprécise et trop incomplète. Outre une apparente complexité et la redondance des circuits de financement, qui nuisent à la performance de la politique, la Cour des comptes constatait également des « résultats médiocres » au regard de l'importance de l'effort financier réalisé. Pour la seule année 2022, les crédits alloués à la prévention s'élevaient globalement à 12,6 milliards d'euros – 6,1 milliards d'euros en soustrayant les dépenses liées à la crise sanitaire.

Au regard des enjeux que constitue la prévention pour notre système de santé, il apparaît souhaitable de clarifier sa programmation financière et de mieux appréhender les moyens d'intervention réellement mobilisables.

Par ailleurs, les auteurs des amendements ont relevé que les dépenses de prévention étant à envisager comme des dépenses d'investissement en santé, elles n'avaient nullement vocation à figurer au sein de l'Ondam, qui est avant tout un outil de pilotage et un indicateur de maîtrise des dépenses en santé.

• L'article 17 *nonies* vise ainsi à demander un rapport afin, d'une part, d'étudier une dissociation de l'Ondam des dépenses inscrites en loi de financement de la sécurité sociale relatives à la prévention en les considérant dès lors comme des dépenses d'investissement et, d'autre part, d'évaluer les mesures de prévention inscrites dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024⁽²⁾, à savoir :

– l'article 37, relatif à la campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) dans les collèges ;

(1) Cour des comptes, *La politique de prévention en santé, novembre 2021*.

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

– l’article 38, qui permet d’élargir la liste des vaccinations contre les méningocoques ;

– l’article 39, relatif à la délivrance en pharmacie de préservatifs intégralement pris en charge pour les moins de 26 ans, sans avance de frais et sans condition de prescription ;

– l’article 44, qui autorise l’État à mettre en place un programme de dépistage systématique du cytomégalovirus chez la femme enceinte ;

– l’article 46, relatif à la mise en œuvre et aux modalités de prise en charge des parcours de soins coordonnés renforcés.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

L’article 17 *nonies* a été adopté par le Sénat sans modification.

3. Les modifications apportées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*
* * *

Article 18

Plafonner les rémunérations des personnels non médicaux en intérim

Origine de l’article : projet de loi, modifié en première lecture par l’Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l’examen en première lecture à l’Assemblée nationale

• L’article 18 complète le dispositif de régulation de l’intérim créé il y a quelques années, d’abord pour les médecins puis pour tous les professionnels médicaux et non médicaux en début de carrière, afin de rendre l’emploi en intérim moins attractif pour les personnels non médicaux tout en limitant les surcoûts induits pour les établissements.

• Dans un contexte d’augmentation importante du recours à l’intérim non médical dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les dépenses afférentes ont en effet plus que triplé en cinq ans pour atteindre 462 millions d’euros dans les hôpitaux, pour les seuls personnels recrutés sous forme de contrats conclus avec une entreprise de travail temporaire (donc hors contrats temporaires conclus de gré à gré). Le taux de recours aux intérimaires a

ainsi doublé entre mars 2017 et mars 2023, comme le démontre une étude de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) et de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) parue en septembre 2023⁽¹⁾.

• À cette fin, l'article 18 prévoit la possibilité d'instaurer, sur le modèle de ce qui a été prévu pour les médecins, un plafonnement des rémunérations d'intérim pour les professions « en tension », pour lesquelles il existe une disproportion importante entre la rémunération des personnels permanents et intérimaires. Une liste des professions concernées sera arrêtée par décret et les plafonds définis par arrêté, avec des variations géographiques possibles. Le respect de ces plafonds sera soumis au même régime de contrôle et de sanction que celui de l'intérim médical.

En se fondant sur l'hypothèse de 15 % des contrats d'intérim signés actuellement à l'hôpital qui se trouveraient en dépassement des plafonds décidés, le Gouvernement estime que le présent article permettrait une économie en année pleine de 22,5 millions d'euros.

• Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu un amendement du Gouvernement visant à étendre la mesure de plafonnement des rémunérations en intérim aux préparateurs en pharmacie.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• Le Sénat a adopté deux amendements qui apportent des modifications de fond :

– un amendement de la commission, adopté avec un avis favorable du Gouvernement, reformule l'article 18 en supprimant la notion de « tension sur les ressources » pour lui substituer celle d'« écart significatif » entre la rémunération des personnels permanents et en intérim ;

– un amendement de Mme Émilienne Poumirol et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, adopté avec un avis favorable du Gouvernement, étend le plafonnement des dépenses d'intérim médical et paramédical à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

* * *

(1) Dares, Drees, « À l'hôpital, un recours faible à l'intérim mais en nette hausse depuis six ans », Dares Focus n° 50, septembre 2023.

Article 18 bis (nouveau)

Ajustements à la réforme du financement des établissements de santé

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

- Cet article résulte de l'amendement n° 1324 du Gouvernement, adopté avec l'avis favorable de la commission.
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a posé les bases d'une réforme des modes de financement des établissements de santé sur le champ de la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Au-delà de l'ambition de rémunérer les structures de manière plus pertinente, en soutien d'objectifs de santé publique, cette réforme a également pour objectif de donner plus de visibilité aux établissements sur leurs financements et d'améliorer leur pilotage interne. Parmi les mesures prévues dans le cadre, a été votée l'avancée du calendrier des campagnes de financement du 1^{er} mars au 1^{er} janvier de chaque année.

- Le présent article étend cette dernière mesure au champ des soins médicaux et de réadaptation (SMR), ce qui permet de faire correspondre les campagnes de financement de ces activités au calendrier budgétaire des établissements.

Par ailleurs, l'article 18 *bis* corrige une erreur matérielle liée à la réforme de la psychiatrie en vigueur depuis 2022, laquelle a supprimé la dotation annuelle de financement « psychiatrie » versée aux établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées.

2. Les modifications apportées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, sous réserve d'ajustements rédactionnels.

*
* * *

Article 18 ter (nouveau)

Prise en compte de l'impact de la concurrence transfrontalière dans le calcul du coefficient géographique

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• Le présent article résulte de l'adoption de l'amendement n° 1161 rect. de Mme Véronique Guillotin et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen. Il vise à prévoir, dans les modalités de calcul des coefficients géographiques, un critère relatif à l'impact de la concurrence transfrontalière.

• Les zones frontalières peuvent en effet rencontrer des difficultés importantes pour recruter leur personnel soignant, du fait de la concurrence exercée par le ou les pays voisins qui, à l'image du Luxembourg ou de la Suisse, proposent des rémunérations parfois substantiellement plus importantes. Cette situation peut en venir à menacer la pérennité des établissements situés à proximité de la frontière.

Introduits avec la tarification à l'activité, les coefficients géographiques visent à compenser certains surcoûts liés à des spécificités géographiques, notamment l'insularité et l'éloignement, et permettent de « *tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations des établissements des zones concernées* », en vertu de l'article L. 162-22-102 du code de la sécurité sociale. À l'heure actuelle, la concurrence transfrontalière ne fait pas partie des critères pris en compte pour l'application de ces coefficients qui bénéficient à l'Île-de-France, à la Corse et aux outre-mer.

• Le présent article vise ainsi à prévoir explicitement, dans la définition des zones bénéficiant du coefficient géographique appliqué aux tarifs nationaux de prestations des établissements dans le cadre de l'article L. 162-22-3-3 du code de la sécurité sociale, la prise en compte des enjeux de concurrence transfrontalière.

2. Les modifications apportées par la commission mixte paritaire

Considérant que les coefficients géographiques n'avaient pas vocation à prendre en compte des paramètres comme la concurrence transfrontalière, dans la mesure où elle n'induit pas un surcoût en tant que tel, la commission mixte paritaire a supprimé cet article.

*

* * *

Article 18 quater (nouveau)

Intégrer la lutte contre les erreurs médicamenteuses évitables parmi les indicateurs du dispositif Ifaq

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• Le présent article résulte de l'adoption des amendements identiques de M. Christian Redon-Sarrazin et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, de Mme Florence Lassarade et de M. Alain Milon ainsi que de plusieurs de leurs collègues du groupe Les Républicains. Il vise à lutter contre les erreurs médicamenteuses évitables, en intégrant cet objectif dans la liste des indicateurs de calcul de la dotation pour l'amélioration de la qualité des soins (Ifaq) attribuée aux hôpitaux.

• Les auteurs des amendements ont mis en avant le fait que le risque médicamenteux constituait un angle mort des politiques de gestion des risques sanitaires à l'hôpital. Monitorée par la pharmacie clinique dans le cadre de la qualité et la sécurité des soins, l'iatrogénie médicamenteuse ne fait pourtant pas l'objet d'une politique de santé publique volontariste en vue de réduire la survenue des accidents et des décès.

Le présent article vise ainsi à renforcer les obligations des établissements de santé à agir sur le risque médicamenteux évitable, tout en les accompagnant sur le plan technologique et financier pour y parvenir. Il s'agirait, en particulier, d'inciter les hôpitaux à investir dans des systèmes numériques de détection et d'aide à la décision en pharmacie clinique.

• D'un montant de 700 millions d'euros en 2024, la dotation Ifaq est prévue à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale ; celui-ci dispose que les établissements ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), de psychiatrie ou de soins médicaux et de réadaptation (SMR) « *bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins* ».

Selon les termes du III de l'article L. 162-23-15, un décret définit les catégories d'indicateurs sur lesquels se fonde cette dotation ; les indicateurs en tant que tels, ainsi que leurs modalités de calcul, sont détaillés par arrêté du ministre chargé de la santé. Cependant, le même alinéa prévoit explicitement que « *le développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile figure parmi ces indicateurs* ».

• Le présent article aura ainsi pour effet d'introduire, par exception, un second critère dans la loi, relatif à la lutte contre les erreurs médicamenteuses.

2. Les modifications apportées par la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté l'article 18 *quater* dans sa rédaction issue du Sénat.

Sans nier l'intérêt de cet article, le rapporteur estime qu'il pourrait par ailleurs être tiré parti d'expérimentations réalisées, avec succès, dans les territoires, dans le but de renforcer la conciliation médicamenteuse, s'agissant en particulier des personnes âgées. C'est, par exemple, le cas de l'expérimentation Medisis, lancée dans le Grand Est sur le fondement de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018⁽¹⁾.

*
* * *

Article 18 quinquies (nouveau)

Élargissement de la possibilité pour un élu local de continuer à exercer son mandat malgré le bénéfice d'indemnités journalières

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• Cet article est issu de l'adoption d'un amendement de Mme Gisèle Jourda et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain (n° 733), suivant l'avis de la commission mais contre celui du Gouvernement.

• Il substitue, au dernier alinéa de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale – relatif à la subordination du service de l'indemnité journalière au titre d'un arrêt de travail pour maladie à certaines obligations pour le bénéficiaire –, le fait que les élus locaux peuvent poursuivre l'exercice de leur mandat « *sous réserve de l'accord formel de leur praticien* » par une inversion du principe et de l'exception : l'accomplissement de la fonction élective sera possible « *sauf décision contraire de leur praticien* » et il sera précisé que « *les indemnités de fonction qu'ils pourraient percevoir ne sont pas cumulables avec le bénéfice d'indemnités journalières* ».

• Comme l'a fait Mme Corinne Imbert, rapporteure au Sénat pour la branche maladie, le rapporteur général salue « *l'engagement des élus locaux qui n'hésitent pas à se consacrer à leur mandat malgré la maladie* » : loin d'entraîner ainsi que l'a sous-entendu la ministre de la santé et de l'accès aux soins une « *pression* » sur l'élu – dont en général chacun sait qu'ils en subissent beaucoup mais dont en l'espèce il est malaisé de voir de qui elle viendrait –, la mesure simplifie l'art du médecin qui conserve la faculté d'interdire à l'élu la reprise de son

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

activité, tout en protégeant le conseiller municipal, intercommunal, départemental, régional ou territorial dans sa relation vis-à-vis de l’assurance maladie.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans la rédaction issue des travaux du Sénat.

*
* * *

Article 19 **Lutter contre les pénuries des produits de santé**

Origine de l’article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l’examen en première lecture à l’Assemblée nationale

• Le présent article comporte diverses mesures visant, d’une part, à mieux anticiper et prévenir la survenue de pénuries de produits de santé et, d’autre part, à améliorer l’efficience de la dépense publique induite par la gestion des pénuries.

Ainsi, au titre des mesures visant à prévenir le risque de pénurie, l’article propose :

– la possibilité pour les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale d’imposer la délivrance à l’unité ou la prescription sur ordonnance conditionnelle pour préserver la disponibilité de médicaments soumis à une forte saisonnalité ;

– la possibilité pour le pharmacien, en cas de risque de rupture d’un médicament d’intérêt thérapeutique majeur ou d’un vaccin, de remplacer le médicament prescrit par un autre médicament ;

– la possibilité pour les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en cas de risque de rupture d’un dispositif médical, d’autoriser son remplacement par un dispositif médical alternatif ;

– le renforcement du régime de sanctions pouvant être prononcées par l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en cas de manquement des exploitants à leurs obligations.

Au titre des mesures visant à renforcer l’efficience de la dépense publique liée à la gestion de la pénurie, l’article propose :

– la prise en compte, dans la détermination du prix d'un médicament, du prix fixé dans le cadre d'un achat national ou d'un achat conjoint européen ;

– la possibilité pour les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de suspendre la procédure d'inscription ou de tarification d'une spécialité pharmaceutique comparable à une spécialité importée par l'Agence nationale de santé publique pour pallier son indisponibilité sur le marché national.

La mesure permettrait une économie estimée à 16,4 millions d'euros en 2025.

• Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté cinq amendements apportant des modifications de fond au dispositif initial de l'article 19 :

– un amendement du Gouvernement (n° 1368), adopté avec un avis favorable de la commission, qui autorise le directeur général de l'ANSM à déroger aux seuils de stockage légaux lorsque ceux-ci sont incompatibles avec l'approvisionnement approprié et continu du marché national ;

– un amendement de Mme Émilienne Poumirol et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain (n° 690), adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement, visant à autoriser le directeur général de l'ANSM à imposer aux exploitants de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) la constitution d'un stock de sécurité supérieur au plafond de quatre mois, sans excéder six mois de couverture des besoins ;

– un amendement de la commission (n° 173), adopté avec un avis de sagesse du Gouvernement, qui réserve l'obligation de dispenser des médicaments à l'unité aux seules situations de rupture (supprimant ainsi l'extension de cette possibilité en cas de tension saisonnière d'approvisionnement) et qui étend le recours aux ordonnances de dispensation conditionnelle ;

– un amendement de la commission (n° 172), adopté avec un avis favorable du Gouvernement, permettant au directeur général de l'ANSM de soumettre à des exigences renforcées de formalisation les plans de gestion des pénuries (PGP) de certains MITM faisant l'objet de ruptures ou de risques de ruptures réguliers ;

– un amendement de la commission (n° 171), adopté avec un avis défavorable du Gouvernement, qui prévoit qu'un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles les stocks de sécurité constitués par les exploitants doivent être utilisés, en cas de rupture ou de risque de rupture d'approvisionnement, pour maintenir un approvisionnement approprié et continu du marché national ;

– un amendement (n° 1327) du Gouvernement, adopté avec un avis favorable de la commission, autorisant la rémunération des intermédiaires mobilisés pour les opérations de distribution de stocks de produits de santé acquis dans le cadre d'achats nationaux ou achats conjoints européens, selon des règles dérogatoires aux dispositions de droit commun des marges ou des honoraires de dispensation.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

• La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, modifiée par trois propositions de rédaction ainsi que plusieurs ajustements rédactionnels.

La première proposition de rédaction adoptée a substitué aux alinéas 3 et 4 un nouvel alinéa garantissant une meilleure articulation entre les dispositions issues de deux amendements adopté par le Sénat en première lecture : celles de l'amendement n° 171 déposé au nom de la commission des affaires sociales et celle de l'amendement n° 1368 déposé par le Gouvernement.

La deuxième proposition de rédaction adoptée avait pour objet d'ajouter une coordination entre les dispositions de l'article 19 dans sa version issue du Sénat et l'article L. 5121-33 du code de la santé publique. Un alinéa de coordination a été inséré à cet effet après l'alinéa 8.

La troisième proposition de rédaction adoptée visait à renforcer la prise en compte par le Comité économique des produits de santé du critère industriel du lieu de production des médicaments, dans la procédure de détermination de leur prix qui est aujourd'hui un critère facultatif et non obligatoire aux termes de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale. Un nouvel alinéa a été inséré à cet effet après l'alinéa 30.

*
* * *

Article 19 bis (nouveau)

Obligation de renseigner un logiciel national de suivi des stocks pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, assortie d'un régime de sanctions

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

- L'article 19 *bis* est issu de l'adoption de deux amendements identiques de Mme Corinne Imbert, rapporteure (n° 1349), déposé au nom de la commission des affaires sociales, et du Gouvernement (n° 1354).
 - Ces amendements consacrent le rôle du logiciel de suivi des stocks de médicaments développé par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens (Cnop) – appelé le dossier pharmaceutique rupture ou encore DP-Ruptures – dans le pilotage national des stocks de médicaments.
 - À cet effet, l'article 19 *bis* modifie plusieurs articles du code de la santé publique :
 - il crée un article L. 5121-29-1 imposant aux pharmacies d'officine et aux établissements pharmaceutiques de renseigner un système d'information sur la disponibilité des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) ;
 - l'article L. 5423-9 est complété par un 10° qui étend l'obligation de renseigner le logiciel de gestion des stocks aux établissements pharmaceutiques ;
 - l'article L. 5424-3 est complété par un 14° qui instaure un nouveau motif de sanction financière en cas de manquement à cette obligation pour les pharmaciens d'officine ;
 - la modification apportée à l'article L. 5312-4-1 ainsi qu'un nouvel alinéa inséré à l'article L. 1435-7-1 permettent d'affecter le produit de cette sanction à la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) ;
 - l'article L. 4231-2 est complété par un nouvel alinéa précisant le rôle du Cnop dans le déploiement de ce système d'information. L'article précise que le Cnop 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 ;

– l’article dispose également que la mise en œuvre du système d’information peut être assurée par le Cnop en application d’une convention signée avec l’État, la Cnam et l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et qu’à défaut de conclusion de la convention, le ministre chargé de la santé fixe par arrêté les modalités de la mise en œuvre du système d’information par un autre responsable.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, modifiée par plusieurs ajustements rédactionnels et une correction d’erreur matérielle aux alinéas 14 et 16.

*

* * *

Article 19 ter (nouveau)

Réduire à un an le délai avant inscription automatique sur le groupe des médicaments biologiques substituables

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• L'article 19 *ter* est issu de l'adoption d'un amendement de Mme Corinne Imbert, rapporteure (n° 1380), déposé au nom de la commission et ayant reçu un avis de sagesse du Gouvernement.

• L'article 19 *ter* vise à réduire le délai d'inscription automatique des groupes biologiques similaires sur la liste des groupes substituables afin de renforcer l'essor des médicaments biologiques substituables.

• Jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, la substitution des médicaments biologiques similaires par le pharmacien était autorisée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). L'article 54 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, modifiant l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique, prévoit désormais que par dérogation au I de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer un médicament biosimilaire⁽¹⁾ en substitution d'un médicament biologique lorsque plusieurs conditions cumulatives sont réunies :

– le médicament biologique similaire délivré doit appartenir au même groupe biologique similaire que le médicament biologique prescrit ;

– ce groupe biologique similaire doit figurer sur une liste fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'ANSM ;

– le prescripteur ne doit pas avoir exclu la substitution par une mention expresse figurant sur l'ordonnance et justifiée par un motif médical.

Aux termes du quatrième alinéa de l'article L. 5125-23-2, à défaut d'inscription du groupe biologique similaire sur la liste fixée par arrêté dans les deux ans suivant la publication de l'arrêté d'inscription sur la liste du premier médicament biologique similaire, un arrêté des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale autorise le pharmacien à délivrer par substitution au médicament

(1) Aux termes du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, un médicament biologique similaire est défini comme tout médicament biologique de même composition qualitative et quantitative en substance active et de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence mais qui ne remplit pas les conditions pour être regardé comme une spécialité générique en raison des différences liées notamment à la variabilité de la matière première ou aux procédés de fabrication et nécessitant que soient produites des données précliniques et cliniques supplémentaires.

biologique de référence un médicament biologique similaire appartenant à ce groupe, sauf avis contraire de l'ANSM publié avant la fin de cette période.

L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a par ailleurs renforcé la portée du régime de présomption de substituabilité des médicaments biologiques par leur biosimilaire en précisant que l'avis de l'ANSM concernant les médicaments biologiques similaires inscrits sur la liste sera rendu avant le 31 décembre 2024⁽¹⁾.

- L'article 19 *ter* réduit de deux ans à un an le délai prévu pour l'inscription automatique du groupe biologique similaire sur la liste après la publication de l'arrêté d'inscription sur la liste du premier médicament biologique similaire à un an.

L'article 19 *ter* précise par ailleurs que la date de publication retenue pour le calcul du délai est la date de publication de l'arrêté d'inscription au remboursement du premier médicament biologique similaire « dont le prix est inférieur » au médicament biologique de référence.

Enfin, l'article 19 *ter* complète les dispositions de l'article L. 5125-23-2 pour ajouter une nouvelle condition à la substitution d'un médicament biologique par le biosimilaire. Ainsi l'article 19 *ter* précise que la délivrance d'un médicament biologique similaire par substitution au médicament biologique de référence ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, modifiée par une correction d'erreur matérielle à l'alinéa 3.

*
* * *

(1) L'ANSM a rendu un avis le 10 septembre 2024 sur les conditions de mise en œuvre de la substitution au sein des groupes biologiques similaires ranibizumab et afilbercept, ne s'opposant pas à la substitution des spécialités appartenant à ces deux groupes biologiques similaires.

Article 20

Pertinence des dispositifs médicaux numériques pris en charge par l'assurance maladie

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- Le présent article autorise le traitement de données de santé collectées par un dispositif médical à composante numérique, par les distributeurs au détail et avec l'accord du patient, afin d'évaluer la pertinence de la prescription au regard notamment des données d'utilisation du dispositif. Lorsque ces données révèlent que la prescription n'est pas pertinente, notamment en cas de faible utilisation, le prescripteur peut décider de ne pas la renouveler, ce qui entraîne l'arrêt de la prise en charge par l'assurance maladie. Les modifications apportées s'appliquent également aux dispositifs médicaux prescrits dans le cadre d'une activité de télésurveillance.

La mesure proposée permet une économie estimée à 20 millions d'euros en 2025.

- Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

- Le Sénat a adopté deux amendements de la commission, l'amendement n° 174 rect., qui a reçu un avis de sagesse du Gouvernement, et l'amendement n° 175, qui a reçu un avis défavorable du Gouvernement.

- L'amendement n°174 rect. précise les conditions dans lesquelles la prise en charge de l'assurance maladie peut être suspendue en cas de sous-observance. Cet amendement comporte quatre volets :

– il prévoit que la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé – la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cnedimts) – détermine au moment de l'inscription au remboursement du dispositif médical numérique, les modalités selon lesquelles peuvent être utilisées les données collectées pour moduler la prise en charge, à l'instar de ce qui existe déjà en matière de modulation du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) en fonction de l'observance dans le régime de la télésurveillance médicale ;

– il précise qu'une sous-observance sur une période courte déterminée par décret, par exemple au cours d'une période de vacances, ne peut entraîner une suspension de prise en charge par l'assurance maladie ;

– il impose que toute suspension de la prise en charge s'accompagne d'une information « sans délai » du prescripteur et du distributeur au détail afin de garantir une réévaluation rapide de la stratégie thérapeutique ;

– il clarifie le cas d'un refus opposé par le patient à l'utilisation de ses données de santé aux fins d'évaluation de la pertinence, en indiquant 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.

- L'amendement n° 175 vise à renforcer la portée de l'article 20 en supprimant la précision relative à l'interdiction de moduler le taux de participation de l'assuré à la prise en charge d'un dispositif médical en fonction des données d'utilisation recueillies dans le cadre de l'évaluation de la pertinence que permet l'article 20.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté l'article 20 dans sa rédaction issue du Sénat, modifié par une proposition de rédaction visant à rétablir la rédaction de cet article antérieure à l'adoption de l'amendement n° 175 adopté au Sénat, contre l'avis du Gouvernement. Cette proposition de rédaction visait à rétablir l'impossibilité de faire varier le ticket modérateur d'un assuré sur un dispositif médical numérique en fonction du niveau d'observance constaté. À cet effet, la proposition de rédaction a supprimé l'alinéa 12 de l'article.

*
* * *

Article 20 bis (nouveau)

Clarifier le cadre juridique applicable à la remise en bon état d'usage des dispositifs médicaux

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

- L'article 20 bis est issu de l'adoption d'un amendement du Gouvernement ayant reçu un avis favorable de la commission.

• L’article 20 bis modifie les dispositions de l’article L. 5212-1-1du code de la santé publique relatives à la remise en bon état d’usage (RBEU) des dispositifs médicaux. Cet article a été créé par l’article 39 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

• Le cadre juridique de la remise en bon état d’usage d’un dispositif médical a été élaboré pour permettre le réemploi d’un dispositif médical individuel par un patient distinct du possesseur initial. La remise en bon état d’usage n’était pas permise par le cadre juridique applicable au renouvellement des dispositifs médicaux, quand bien même celui-ci aurait nécessité une réparation. En effet, le renouvellement d’un dispositif inscrit sur la liste des produits et prestations remboursables constitue un droit du seul bénéficiaire, ouvert et pris en charge par l’assurance maladie dans les cas où le produit initialement prescrit est hors d’usage, irréparable ou inadapté, ou encore lorsque son utilisation doit se prolonger au-delà de sa durée normale d’utilisation⁽¹⁾. L’article L. 5212-1-1 a permis d’ouvrir un droit de prise en charge par l’assurance maladie pour le renouvellement d’un équipement au bénéfice d’un patient différent de son possesseur initial. Ce dispositif vise certains dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur une liste spécifique établie par arrêté ministériel et il s’agit en pratique essentiellement les fauteuils roulants et autres dispositifs médicaux ayant la qualité d’aides techniques à destination des personnes en situation de handicap.

• L’article 20 bis précise la rédaction de l’article L. 5212-1-1 pour limiter la confusion entre la remise en bon état d’usage et la location. En effet, en l’état actuel de la rédaction, la RBEU s’applique à chaque changement d’utilisateur du dispositif médical, par la référence aux patients « différents de ceux ayant initialement utilisés ». L’article 20 bis propose de substituer à cette rédaction une rédaction qui restreint la RBEU aux dispositifs médicaux dont le propriétaire change, par la référence aux patients « en faisant l’acquisition, différents de ceux qui en étaient précédemment propriétaires » afin d’éviter de faire peser sur les locations de dispositifs médicaux, les contraintes propres au régime de la RBEU. Dans le cadre de la location, les dispositifs médicaux peuvent faire l’objet d’opérations de maintenance en vue d’une utilisation par un autre usager. Les obligations de maintenance propres à la location de dispositifs médicaux sont régies par des normes spécifiques (NF S 99-172) élaborées avant l’introduction des dispositions précitées.

• L’article 20 bis rectifie également la rédaction du quatrième alinéa de l’article L. 5212-1-1 pour substituer aux termes « procédure d’homologation » les termes « procédure de certification », qui sont plus adaptés⁽²⁾.

(1) Article R. 165-24 du code de la santé publique.

(2) Selon l’exposé sommaire de l’amendement, le Comité français d’acrédiatation (Cofrac) est la seule instance habilitée en France à délivrer des accréditations aux organismes d’évaluation de la conformité conformément au règlement 765/2008 du Parlement européen et du Conseil. La terminologie adaptée est donc le terme de certification, et non pas celui d’homologation qui n’a pas de portée réglementaire.

● En conséquence, l'article 20 bis propose de rectifier la rédaction du troisième alinéa de l'article L. 165-1-8 du code de la sécurité sociale, relatif aux conditions de prise en charge des dispositifs médicaux remis en bon état d'usage, pour substituer aux mots « centres homologués » les mots « centres certifiés ».

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, modifié par plusieurs ajustements rédactionnels et une correction d'erreur matérielle.

*
* * *

Article 20 ter (nouveau)

Simplification des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat en première lecture.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

L'article 20 ter est issu de l'adoption, au Sénat, d'un amendement du Gouvernement, sous-amendé par Mme Viviane Malet (Les Républicains). Il correspond à la traduction, au sein du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, des annonces du Premier ministre lors du quatre-vingt-treizième congrès des Assises des départements de France, le 15 novembre 2024, relatives au **rehaussement de 200 millions d'euros, en 2025, des concours versés aux départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et à la simplification des concours versés au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH)**.

● La CNSA soutient les dépenses des départements dans le champ de l'autonomie par l'intermédiaire de douze concours différents, pour un montant de plus de **5 milliards d'euros en 2024**.

Ces concours se sont multipliés au cours des trois dernières années en lien avec l'accroissement des responsabilités et des charges auxquelles les départements doivent faire face. Ils visent ainsi à soutenir : les dépenses relatives à l'APA⁽¹⁾, les dépenses relatives à la PCH⁽²⁾, le financement des maisons départementales des

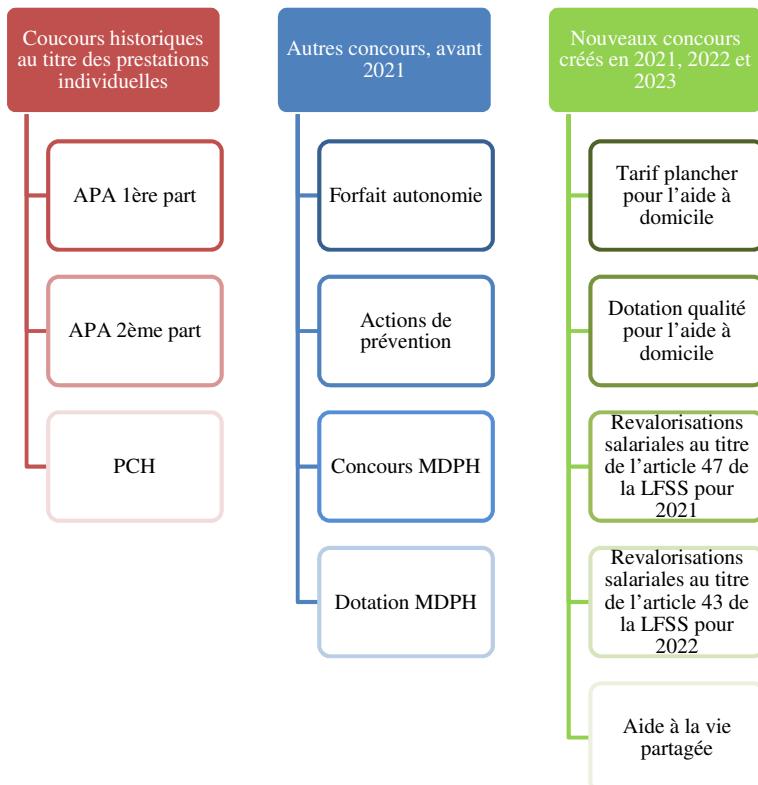
(1) En application du a du 3° de l'article L. 223-8 du code de la sécurité sociale.

(2) En application du b du 3° de l'article L. 223-8 du code de la sécurité sociale.

personnes handicapées (MDPH) ⁽¹⁾, les concours de la conférence des financeurs de la perte d'autonomie relatifs au forfait autonomie et aux actions de prévention ⁽²⁾, le surcroît de dépenses engendré par l'instauration d'un tarif horaire minimal et d'une dotation qualité dans le secteur de l'aide à domicile ⁽³⁾, le surcroît de dépenses résultant des revalorisations salariales intervenues dans le secteur de l'aide à domicile et dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ⁽⁴⁾ ainsi que les dépenses d'aide à la vie partagée ⁽⁵⁾.

Le paysage des concours de la CNSA aux départements est ainsi devenu complexe et peu lisible au fil des années, au point qu'une réforme globale est en cours de réflexion.

PAYSAGE ACTUEL DES CONCOURS DE LA CNSA



Source : ministère des solidarités, de l'autonomie, et de l'égalité entre les femmes et les hommes, novembre 2024.

(1) En application du c du 3° de l'article L. 223-8 du code de la sécurité sociale.

(2) En application du d du 3° de l'article L. 223-8 du code de la sécurité sociale.

(3) En application des e et f du 3° de l'article L. 223-8 du code de la sécurité sociale.

(4) En application des articles 47 n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 et 43 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

(5) En application de l'article L. 281-2-1 et du 4° de l'article L. 223-8 du code de la sécurité sociale.

• L’article 20 *ter* constitue, à ce titre, une première étape, en modifiant les dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux concours versés par la CNSA au titre de l’APA et de la PCH, pour y inclure :

– le concours visant à compenser, en partie, la hausse des dépenses des départements résultant de l’instauration d’un tarif horaire plancher dans le secteur de l’aide à domicile ;

– le concours visant à compenser, en partie, les revalorisations salariales intervenues dans le secteur de l’aide à domicile en application de l’article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

En conséquence, l’article 20 *ter* met fin au mécanisme d’indexation du montant des concours sur l’évolution des ressources de la branche, prévu à l’article L. 223-9 du code de la sécurité sociale (2° du I), et modifie les modalités de calcul du concours APA, prévues à l’article L. 223-11 du code de la sécurité sociale, et du concours PCH, prévues à l’article à l’article L. 223-12 du code de la sécurité sociale. Celles-ci tiennent désormais compte des dépenses réalisées par les départements en 2025 et du taux de couverture constaté en 2024, qui intègre les dépenses en faveur des revalorisations salariales pour les professionnels de l’aide à domicile ainsi que les dépenses résultant de l’instauration du tarif horaire plancher (3° et 4° du I).

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

Les dispositions de l’article 20 *ter* ont été adoptées par la commission mixte paritaire dans la version issue du Sénat, avec des modifications rédactionnelles et une modification plus substantielle ayant fait l’objet d’une proposition de rédaction des rapporteurs.

Cette dernière procède à une coordination entre la nouvelle rédaction des articles relatifs au calcul des concours APA et PCH et les dispositions relatives au calcul des concours de la CNSA aux MDPH. En effet, les modalités de calcul des concours MDPH reposaient sur une référence aux critères prévus pour le calcul du concours PCH, qui sont révisés par l’article 20 *ter*. Dès lors, la proposition de rédaction adoptée par la commission mixte paritaire réintroduit, au sein de l’article L. 223-13 du code de l’action sociale et des familles relatif au calcul du montant des concours MDPH, les critères auparavant prévus à l’article L. 223-12 du même code, relatif au concours PCH.

*
* * *

Article 21

Réformer le modèle de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- L'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 a prévu l'**expérimentation, pour une durée de quatre ans à compter du 1^{er} janvier 2025, d'un régime adapté de financement pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)**, avec l'instauration d'un forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie, en lieu et place des deux sections tarifaires « soins » et « dépendance » qui structurent leur budget.

L'article 21 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 propose une **modification paramétrique** des modalités de cette expérimentation sur trois aspects :

- l'augmentation de vingt à vingt-trois du nombre de départements susceptibles de participer à l'expérimentation dès le 1^{er} janvier 2025 ;
- le report de la date à laquelle les départements devaient avoir transmis la délibération faisant état de leur souhait de participer à l'expérimentation ;
- la détermination des modalités de transferts financiers qui doivent intervenir entre les départements, l'État et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en lien avec les moyens qui étaient consacrés, par les départements, au financement de la section « dépendance ».

- Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture par le Sénat

- En première lecture, le Sénat a adopté une série d'amendements identiques de la commission, du Gouvernement ainsi que de Mme Annick Jacquemet (Union Centriste), Mme Raymonde Poncet Monge (Écologiste - Solidarité et Territoires) et Mme Solanges Nadille (Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants) visant à réduire la durée de l'expérimentation de quatre à deux ans, afin de permettre la pérennisation plus rapide du dispositif.

• Le Sénat a également adopté une série de trois amendements identiques de la commission, du Gouvernement et de Mme Solanges Nadille visant à assurer le bénéfice de la garantie de ressources aux résidents éligibles à l'aide sociale à l'hébergement et à leur conjoint resté à domicile dans les départements expérimentateurs.

• Trois amendements identiques du Gouvernement ainsi que de M. Philippe Grosvalet (Rassemblement Démocratique et Social Européen) et M. Vincent Capo-Canellas (Union Centriste) reportant la date de candidature à l'expérimentation au 15 novembre 2024 ont également été adoptés.

• Enfin, le Sénat a adopté deux amendements du Gouvernement visant respectivement à assurer la coordination de l'expérimentation avec la réforme des concours de la CNSA introduite à l'article 20 *ter* et à dresser la liste des départements retenus pour participer à l'expérimentation.

3. Les dispositions résultant des travaux de 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.

*
* * *

Article 21 bis (nouveau)

Préciser l'âge des enfants pouvant bénéficier du parcours de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce des troubles du développement

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Cet article est issu de l'adoption de deux amendements identiques à l'initiative de Mme Jocelyne Guidez et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, ainsi que du Gouvernement.

Il vise à mettre en cohérence l'âge des enfants pouvant bénéficier du parcours de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce des troubles à caractère durable et invalidant prévu à l'article L. 2134-1 du code de la santé publique avec le périmètre d'action des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et des plateformes de coordination et d'orientation (PCO). En effet, l'article L. 2134-1 prévoit que le parcours s'adresse aux enfants de moins de 6 ans alors que les CAMSP et les PCO s'adressent aux enfants âgés de 6 ans révolus.

L'article 21 *bis* modifie ainsi l'article L. 2134-1 du CSP afin de prévoir que le parcours de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce s'adresse aux enfants âgés de **6 ans révolus**.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

L'article 21 *bis* a été adopté sans modification par la commission mixte paritaire dans sa rédaction issue du Sénat.

*
* * *

Article 21 ter (nouveau)

Reconnaissance du statut d'infirmier coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le présent article résulte de l'adoption d'un amendement de M. Daniel Chasseing et ses collègues du groupe Les Indépendants - République et Territoires ainsi que plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains, Union Centriste et Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, ayant reçu un avis favorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement.

Il complète le premier alinéa du V de l'article L. 313-12, relatif aux fonctions du médecin coordonnateur dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) par la possibilité de compter, parmi le personnel de ces établissements, un infirmier coordonnateur chargé d'assurer l'encadrement de l'équipe soignante, sous la responsabilité hiérarchique du médecin coordonnateur.

Cet amendement reprend ainsi l'une des recommandations du rapport de la commission des affaires sociales du Sénat sur la situation des Ehpad⁽¹⁾, qui préconisait de reconnaître juridiquement le statut et les missions des infirmiers diplômés d'État coordonnateurs (Idec) qui occupent une place de plus en plus centrale au sein des Ehpad.

(1) Chantal Deseyne, Solanges Nadille, Anne Souyris, « Situation des Ehpad », rapport d'information n° 778, déposé le 25 septembre 2024.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

L’article 21 *ter* a été adopté par la commission mixte paritaire dans sa version issue du Sénat, avec des modifications rédactionnelles.

*
* * *

Article 21 quater (nouveau)

Aide exceptionnelle de 100 millions d’euros pour les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes en difficulté financière

Origine de l’article : amendement adopté par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l’examen en première lecture au Sénat

L’article 21 *quater* résulte de l’adoption de deux amendements identiques du Gouvernement et de la commission.

Il prévoit une enveloppe de 100 millions d’euros supplémentaires, 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, afin de soutenir les établissements rencontrant de graves difficultés financières.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

L’article 21 *quater* a été adopté sans modification par la commission mixte paritaire.

*
* * *

Article 21 quinques (nouveau)

Généraliser la règle de récupération des indus applicables dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes pour la rémunération des professionnels libéraux à tous les établissements et services médico-sociaux

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Cet article résulte de l'adoption de deux amendements identiques du Gouvernement ainsi que de Mme Solanges Nadille et ses collègues du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

• Il vise à répondre à une problématique particulière à laquelle sont confrontés les professionnels de santé libéraux qui interviennent dans les établissements et services médico-sociaux. **S'il existe des dispositions spécifiques à chaque type de structure pour la prise en charge de leur rémunération, le plus souvent, la dotation de fonctionnement de l'établissement comprend le financement des soins assuré par ces professionnels, ce qui entraîne un phénomène de double facturation auprès des caisses primaires d'assurance maladie (Cpam).** Ces dernières tendent alors à **notifier des indus aux professionnels libéraux** qui sont intervenus auprès d'un résident.

À ce jour, seuls les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont concernés par les dispositions de l'article L. 133-4-4 du code de la sécurité sociale qui permettent aux Cpam de récupérer ces indus directement auprès de la structure.

• L'article 21 *quinquies* modifie l'article L. 133-4-4 du code de la sécurité sociale afin d'élargir la procédure de récupération des indus prévue pour les Ehpad :

– aux établissements ou services d'enseignement pour les mineurs et les jeunes adultes handicapés (2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles) ;

– aux centres d'action médico-sociale précoce (3° du I du même article) ;

– aux établissements ou services d'accompagnement par le travail et réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle pour les adultes en situation de handicap (5° du I du même article) ;

– aux établissements d'hébergement et services à domicile pour les personnes âgées (6° du I du même article) ;

– aux établissements d'hébergement et services à domicile pour les personnes handicapées (7° du I du même article) ;

– aux services autonomie à domicile (article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles).

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

L'article 21 *quinquies* a été adopté sans modification par la commission mixte paritaire.

*
* * *

Article 21 sexies (nouveau)

Prolonger l'expérimentation du relais à domicile des proches aidants

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

L'article 21 *sexies* résulte de l'adoption de deux amendements identiques du Gouvernement et de Mme Jocelyne Guidez (Union Centriste).

L'article 53 de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance, dite « Essoc », prévoit l'expérimentation de dérogations au droit du travail dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, afin que leurs salariés volontaires puissent effectuer des **prestations de suppléance à domicile de proches aidants de personnes nécessitant une surveillance permanente**, ou lorsque ces prestations sont réalisées dans le cadre de séjours dits de répit aidants-aidés.

Ces dérogations permettent l'intervention à domicile d'un seul et même professionnel auprès d'une personne en perte d'autonomie ou en situation de handicap, sur une période continue allant de 36 heures à six jours consécutifs.

L'article 9 de la loi du 15 novembre 2024 visant à améliorer le repérage et l'accompagnement des personnes présentant des troubles du neuro-développement et à favoriser le répit des proches aidants⁽¹⁾ prévoit dès le 1^{er} janvier 2025 la généralisation de cette expérimentation, ainsi que l'abrogation de l'article 53 de la loi Essoc.

Afin de laisser le temps au Gouvernement de préparer les textes d'application de cette disposition et d'éviter ainsi les ruptures de prise en charge au sein des services expérimentateurs, l'article 21 *sexies* prévoit le report de la date d'entrée en vigueur de cet article 9 au 1^{er} avril 2025 et la prolongation de l'expérimentation prévue par la loi Essoc jusqu'à cette même date.

(1) Loi n° 2024-1028 du 15 novembre 2024 visant à améliorer le repérage et l'accompagnement des personnes présentant des troubles du neuro-développement et à favoriser le répit des proches aidants.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

L’article 21 *sexies* a été adopté par la commission mixte paritaire dans la version issue du Sénat, avec des modifications rédactionnelles.

*
* * *

Article 22

Aligner le mode de calcul de la pension de retraite de base des non-salariés agricoles sur le régime général

Origine de l’article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l’examen en première lecture à l’Assemblée nationale

- L’article 22 procède à l’alignement du mode de calcul de la pension de retraite de base des non-salariés agricoles (NSA) sur le régime général avec le passage d’un régime par points à un régime par annuités.

Ce dispositif permettrait, à terme, de calculer les retraites des NSA sur la base des vingt-cinq meilleures années de revenus tous régimes confondus. La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ne disposant des informations sur les revenus de ses assurés que pour les années postérieures à 2016, une double liquidation serait effectuée : sur la base des points acquis pour les périodes antérieures au 1^{er} janvier 2016 et sur la base des revenus à compter de cette date. Les agriculteurs ayant commencé leur carrière en 2016 auront une pension de retraite de base entièrement calculée en fonction de leurs revenus.

Compte tenu de la complexité de l’opération, la réforme ne pourrait être opérationnelle qu’à compter du 1^{er} janvier 2028. Afin qu’elle entre en vigueur dès le 1^{er} janvier 2026, date limite fixée par la loi dite « Dive » du 13 février 2023⁽¹⁾, l’article 22 prévoit une liquidation temporaire assortie d’un mécanisme de révision. Les pensions liquidées entre le 1^{er} janvier 2026 et le 31 décembre 2027 seront calculées selon les règles actuelles. Une révision serait effectuée courant 2028 pour recalculer les montants selon les nouvelles règles : si le nouveau calcul est plus favorable à l’assuré, la pension serait révisée à la hausse avec application rétroactive au 1^{er} janvier 2026 ; s’il est défavorable, la pension serait maintenue à son niveau calculé initialement.

(1) Loi n° 2023-87 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.

L’article 22 prévoit également d’autres mesures en faveur des non-salariés agricoles :

– l’ouverture des minima de pension agricole aux non-salariés agricoles exerçant à titre secondaire ou accessoire ;

– le relèvement du seuil d’écrêtement de la pension majorée de référence au niveau de celui du minimum contributif, fixé à 1 367 euros pour 2024 ;

– l’exclusion des pensions de droits propres et dérivés issues du cumul emploi-retraite créateur de droit de la base des ressources prises en compte pour déterminer l’éligibilité aux minima de pensions agricoles.

L’article 22 comporte enfin d’autres mesures simplifiant la mise en œuvre de certains dispositifs par les caisses de retraite.

- Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l’article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

- Le Sénat a adopté deux amendements identiques, ayant reçu un avis de sagesse de la commission, à l’initiative du Gouvernement ainsi que de M. Franck Menonville et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, visant à accélérer la réforme du calcul des pensions des non-salariés agricoles, en instaurant dès 2026 un calcul fondé sur les meilleures années de revenus pour les droits acquis avant 2016, tout en lissant son coût sur plusieurs années.

Concrètement, pour les retraites liquidées entre le 1^{er} janvier 2026 et le 31 décembre 2027, la MSA retiendrait une sélection des meilleures années de points de retraite pour la partie de carrière effectuée avant 2016. Conformément au b du 2^o de l’article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime auquel cette disposition nouvelle renvoie, la part de retraite exprimée en points serait ainsi calculée « *en fonction des montants, majorés au titre des périodes mentionnées au 1^o de l’article L. 732-21 du [code rural et de la pêche maritime]⁽¹⁾, des cotisations acquittées, en application du 2^o de l’article L. 731-42 du [même code] dans sa rédaction antérieure à la [loi de financement de la sécurité sociale pour 2025] au titre des périodes d’assurance antérieures au 1^{er} janvier 2016, en retenant un nombre d’années sélectionnées dans des conditions fixées par voie réglementaire* ».

Cette mesure permet ainsi d’anticiper dès 2026 l’entrée en vigueur de l’essentiel des avantages attendus de la réforme du mode de calcul des retraites des non-salariés agricoles, ce qui était une demande forte de la profession mais également des députés et sénateurs de tous groupes politiques.

(1) Il s’agit des périodes d’interruption d’activité résultant de maladie ou d’infirmité graves et de maternité empêchant toute activité professionnelle.

- Enfin, le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement apportant un certain nombre de modifications rédactionnelles et de clarifications qui reprennent pour la plupart des propositions faites par le rapporteur général lors de l'examen en séance publique mais qui n'avaient pu être intégrées faute pour l'Assemblée d'être parvenue jusqu'à l'article 22.

3. Les travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat moyennant des modifications rédactionnelles et des coordinations.

*
* *

Article 23 **Revalorisation différenciée des pensions de retraite**

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié au Sénat.

4. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- Dans sa version initiale, l'article 23 décalait de manière pérenne la date de revalorisation annuelle des prestations d'assurance vieillesse du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet.

Cette disposition devait s'appliquer aux prestations de vieillesse contributives (pensions, minimum contributif et pension majorée de référence pour les assurés du régime agricole) mais elle ne concernait pas les prestations non contributives que sont l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) et l'allocation de solidarité vieillesse (ASV).

Les économies générées par cette mesure pour la branche vieillesse et l'État étaient respectivement estimées à 3,1 milliards d'euros et 1 milliard d'euros en 2025.

- Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

5. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

- Le Sénat a adopté un amendement de rédaction globale de la commission, ayant reçu un avis favorable du Gouvernement, visant à substituer au décalage de la date de revalorisation des pensions de retraite un dispositif de revalorisation différenciée en fonction du montant des pensions perçues.

En application du **premier alinéa** du V, l'ensemble des prestations et pensions de vieillesse servies par les régimes obligatoires de base relevant de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale seraient revalorisées dès janvier à hauteur d'un taux fixé par décret. Selon l'exposé sommaire de l'amendement de la commission, il s'agirait pour le pouvoir réglementaire de retenir un taux correspondant à la moitié de l'inflation⁽¹⁾, ce qui correspondrait à une revalorisation de 0,8 %.

Afin de préserver leur pouvoir d'achat, les retraités dont le montant total des pensions, de base en décembre 2024 n'excède pas 1 500 euros bruts mensuels bénéficieraient d'une revalorisation complémentaire à compter du 1^{er} juillet 2025, laquelle serait calculée « *sur la base d'un coefficient fixé par décret en fonction de l'évolution des prix à la consommation, hors tabac, publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques, et de l'application du taux de revalorisation* » intervenu en janvier (**deuxième alinéa** du V). Comme le précise l'exposé sommaire de l'amendement de la commission, cette disposition doit permettre de retenir un coefficient de revalorisation correspondant à la différence entre le taux d'inflation constaté en juillet 2025 et le taux de revalorisation déjà appliqué depuis janvier 2025.

Le VI prévoit que la revalorisation complémentaire de juillet s'applique de manière rétroactive aux « *arrérages dus aux bénéficiaires de [cette revalorisation] au titre des périodes courant du 1^{er} janvier au 30 juin 2025* ». Il s'agit donc d'une clause de rattrapage devant permettre aux retraités modestes d'obtenir une régularisation de leurs pensions perçues sur les six premiers mois de l'année 2025. De cette façon, le montant total des pensions perçues par ces retraités au cours de l'année 2025 serait le même que s'ils avaient été revalorisés dès janvier à hauteur de l'inflation constatée en juillet.

- Afin d'assurer la constitutionnalité du dispositif, et à l'instar de ce qui avait été prévu lors de la dernière revalorisation différenciée des pensions de retraite⁽²⁾, le 1[°] du V prévoit un mécanisme de lissage de la revalorisation complémentaire pour les assurés dont le montant total des pensions de base et complémentaire est supérieur à 1 500 euros et inférieur à un montant fixé par décret. Concrètement, ces retraités se verraien t appliquer la revalorisation complémentaire mais à des taux minorés pour éviter les effets de seuils.

(1) *Et plus précisément à la moitié du coefficient de revalorisation qui aurait été applicable en juillet 2025 en application des règles de revalorisation fixées à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale.*

(2) *Article 81 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.*

Pour les régimes de retraite dont tout ou partie de la pension est exprimée en points (notamment dans le régime des non-salariés agricoles ou dans celui des professions libérales), le décret prévu au 1^o du V préciserait les modalités de la revalorisation des pensions dont bénéficieraient leurs pensionnés.

• Enfin, la revalorisation complémentaire s'appliquerait également au montant du minimum garanti de la fonction publique (2^o du V) et aux montants minimaux de la pension de réversion ⁽¹⁾ et de la pension d'orphelin (3^o du V) ⁽²⁾.

• Le dispositif adopté par le Sénat est indéniablement plus protecteur des retraités modestes que celui retenu par le Gouvernement dans le texte dont il l'avait saisi en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution.

En retenant des taux de revalorisation fixés par décret, il méconnaît toutefois la répartition des compétences entre le pouvoir législatif et le pouvoir réglementaire telle qu'elle résulte des articles 34 et 37 de la Constitution.

En effet, si la fixation des paramètres de calcul de la pension de retraite relève de la compétence du pouvoir réglementaire ⁽³⁾, le taux de revalorisation des pensions déjà liquidées relève quant à lui d'une garantie légale pour l'ensemble des retraités ⁽⁴⁾. Il en résulte que le législateur doit fixer lui-même les modalités de calcul du taux de revalorisation des pensions ou doit *a minima « encadrer avec précision la compétence du pouvoir réglementaire pour fixer un taux différent de celui résultant de l'indexation de droit commun »* ⁽⁵⁾.

Dans sa version résultant du Sénat, l'article 23 du présent projet de loi de financement est donc entaché d'incompétence négative.

• Sur le plan financier, le nouveau dispositif de revalorisation différenciée des pensions de retraites représente une moindre économie de l'ordre de 400 à 500 millions d'euros environ, portant ainsi les économies générées par l'article 23 à hauteur de 2,7 milliards d'euros par rapport à l'application de la revalorisation légale.

(1) Article L. 353-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 583-3 du code de la sécurité sociale.

(3) Voir notamment décision n° 65-34 L du 2 juillet 1965 du Conseil constitutionnel, cons. 6 et décision n° 85-139 L du 8 août 1985, cons. 8.

(4) Par analogie avec la décision rendue par le Conseil constitutionnel en matière de rentes d'accidents du travail et de pensions d'invalidité. En effet, dans une décision n° 85-139 L du 8 août 1985, le Conseil constitutionnel a jugé que la règle de revalorisation de la rente viagère et de la rente de réversion du conjoint constituées par la conversion de la pension allouée à la victime d'un accident du travail était de nature législative (cons. 16).

(5) Avis du Conseil d'État sur le projet de loi instituant un système universel de retraite, 2020, paragraphe 40.

6. Les travaux de la commission mixte paritaire

- La commission mixte paritaire a adopté une nouvelle rédaction de l'article 23 qui retient la solution votée par le Sénat tout en expurgeant le risque d'incompétence négative.

Les taux de revalorisation ont ainsi été précisés : 0,8 % de revalorisation dès janvier (V) puis 0,8 % supplémentaire à partir de juillet pour les assurés dont le montant total des pensions n'excédait pas 1 500 euros bruts en décembre 2024, permettant ainsi une revalorisation à hauteur de 1,6 % sur l'année complète (**premier alinéa du V ter**). Les taux à retenir pour l'application du mécanisme de lissage ont également été précisés avec trois paliers à 1,4 %, 1,2 % et 1 % pour les retraités dont le montant total des pensions excède très légèrement 1 500 euros bruts par mois (**second alinéa du V ter**).

La commission mixte paritaire a également souhaité clarifier les dispositions permettant aux retraités modestes de bénéficier d'un rattrapage de revalorisation sur leurs pensions dues au titre du premier semestre 2025 en précisant que le montant des pensions perçues sur cette période ferait l'objet d'une régularisation à compter du 1^{er} juillet 2025 (**V quinquies**).

L'on notera que, en application du droit commun et faute d'adoption du présent projet de loi de financement avant le 31 décembre 2024, les pensions de retraite ont été revalorisées de 2,2 %. Indépendamment de toute prise de position politique, et dans la mesure où la revalorisation est déjà intervenue, cet article apparaît désormais sans objet et il est proposé de le supprimer.

*
* * *

Article 23 bis (nouveau)

Extension du bénéfice de l'action sociale du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants aux travailleurs indépendants exerçant à Saint-Pierre-et-Miquelon

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Cet article, introduit en séance au Sénat par des amendements identiques du Gouvernement ainsi que de Mme Solanges Nadille et de plusieurs de ses collègues des groupes Rassemblement des démocrates progressistes et indépendants et Union centriste, ayant reçu un avis favorable de la commission, rend éligibles les travailleurs indépendants exerçant à Saint-Pierre-et-Miquelon à l'action sociale du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI).

● Le 2° de l'article L. 612-1 du code de la sécurité sociale confie au CPSTI le rôle de déterminer des orientations générales relatives à l'action sanitaire et sociale en faveur des travailleurs indépendants. Cette mission s'exerce dans le cadre d'un plafond fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après avis du CPSTI⁽¹⁾.

Alors même qu'ils exercent une activité donnant lieu à affiliation au régime de retraite complémentaire obligatoire des travailleurs indépendants (RCI), les travailleurs indépendants exerçant à Saint-Pierre-et-Miquelon ne sont actuellement pas éligibles à l'action sociale du CPSTI. C'est en particulier le cas s'agissant des actions menées à destination des assurés connaissant des difficultés de paiement de cotisations de retraite complémentaire obligatoire.

● Pour remédier à cette anomalie, le 2° de l'article 23 *bis* modifie l'article 6 de l'ordonnance n° 98-731 du 30 août 1998 portant adaptation aux départements d'outre-mer, à la Nouvelle-Calédonie et à la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sanitaires et sociales afin d'inscrire expressément que ces travailleurs sont éligibles à l'action sanitaire et sociale du CPSTI.

Le même 2° confie à l'organisme en charge du recouvrement des cotisations du RCI – c'est-à-dire l'Urssaf d'Île-de-France – la responsabilité d'instruire les demandes d'accès à l'action sociale et prévoit que les décisions d'attribution soient prises par l'instance régionale de la protection sociale des travailleurs indépendants compétente.

L'article 23 *bis* procède également au toilettage de certaines dispositions relatives à l'affiliation des travailleurs indépendants de Saint-Pierre-et-Miquelon au régime de retraite complémentaire obligatoire des indépendants (1° et 3°), lesquelles renvoient à des articles aujourd'hui abrogés.

2. Les travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans la rédaction du Sénat moyennant une modification rédactionnelle.

*
* * *

(1) Article L. 612-5 du code de la sécurité sociale.

Article 24

Améliorer l'indemnisation en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle et mieux prendre en compte le préjudice personnel

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

Cet article, qui s'appliquera à compter de 2026, tire les conséquences d'un revirement intervenu en 2023 dans la jurisprudence de la Cour de cassation quant à la définition du ou des préjudices que compense la rente – ou par exception l'indemnité en capital – pour incapacité permanente en cas d'accident ou de maladie trouvant son origine dans l'exercice professionnel d'une part et aux fractions de cette indemnisation respectivement à la charge de la sécurité sociale et de l'employeur d'autre part.

Il réaffirme la double couverture de la perte économique et de l'atteinte physique personnelle, tout en fixant des paramètres de réparation plus favorables aux assurés.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 comportait déjà un article 39 poursuivant le but d'adapter la loi au changement d'interprétation du juge judiciaire. Il avait été supprimé dès son examen en première lecture par l'Assemblée nationale.

Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

• Le Sénat a adopté vingt-trois amendements, tous sauf un suivant l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, l'exception concernant une coordination à propos de laquelle la commission s'en est remise à la sagesse du Sénat :

– dix amendements rédactionnels ou de coordination de Mme Marie-Pierre Richer (Les républicains), rapporteure pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) (n^os 179, 180, 181, 183, 184, 185, 186, 1351, 187 et 1352) ;

– trois amendements rédactionnels ou de coordination du Gouvernement (n^os 1402, 1209 et 1338 – ce dernier étant identique au n° 185) ;

– deux amendements identiques de la rapporteure thématique (n° 182) et du Gouvernement (n° 208), alignant un paramètre du mode de calcul de la part fonctionnelle de l’indemnité en capital sur celui de la part fonctionnelle de la rente ;

– un amendement du Gouvernement (n° 1401), renvoyant à un arrêté les conditions d’actualisation du barème pour la part fonctionnelle de la rente ;

– quatre amendements identiques de la rapporteure (n° 188), de Mme Marion Canalès (Socialiste, écologiste et républicain) (n° 692), de Mme Raymonde Poncet-Monge (Écologiste – solidarité et territoires) (n° 813) et du Gouvernement (n° 1207), prévoyant la possibilité pour toutes les victimes dont l’employeur a été condamné par le juge pour faute inexcusable (FIE) d’être indemnisées en capital sur la majoration de la part fonctionnelle de leur rente ;

– un amendement de la rapporteure (n° 189), prévoyant que les associations d’aide aux victimes soient informées des projets de texte d’application et entendues au moins une fois par an par la commission des garanties ;

– deux amendements identiques de la rapporteure (n° 190) et du Gouvernement (n° 1206), pérennisant la commission des garanties.

Saluant une nouvelle fois sa fidélité vis-à-vis de l’accord trouvé entre les partenaires sociaux, le rapporteur général et le rapporteur pour la branche AT-MP notent qu’avec des variantes purement formelles, les amendements retenus au Sénat avaient tous fait l’objet, à l’Assemblée nationale, de l’avis favorable de M. Yannick Neuder, alors rapporteur général, en suppléance du rapporteur pour la branche.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans la rédaction issue des travaux du Sénat, moyennant trois ajustements rédactionnels et deux coordinations avec des références en vigueur.

*

* * *

Article 24 bis (nouveau)

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 »

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

L'article 24 *bis* résulte de l'adoption de deux amendements identiques du Gouvernement ainsi que de Mme Marie-Do Aeschlimann et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.

• En premier lieu, cet article supprime le projet de mise en place d'un mécanisme de tiers-payant pour le versement du complément de libre choix du mode de garde (CMG) directement à la structure d'accueil de l'enfant plutôt qu'à la famille. Ce mécanisme avait été prévu par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019⁽¹⁾ et sa mise en œuvre était envisagée pour la fin de l'année 2026.

Dans l'objet de son amendement, le Gouvernement fait valoir que « *les premiers travaux techniques ont souligné que le tiers-payant ne permettrait pas de limiter les avances de frais pour les familles, contrairement à son objectif initial* », car ces dernières résultent avant tout du délai d'ouverture du droit au CMG, en lien avec les délais de traitement des demandes au sein des caisses d'allocations familiales (CAF).

• En second lieu, l'article 24 *bis* précise la procédure de recouvrement des indus au titre du CMG « structure » directement auprès des établissements d'accueil lorsque le tarif horaire dépasse le plafond de 10 euros prévu par décret. Il interdit expressément aux établissements de refacturer les indus aux familles, et décrit les différentes étapes par lesquelles le directeur de la CAF peut exiger le remboursement de ces indus : notification, mise en demeure, mise sous contrainte, et indemnisation des frais de gestion engagés pour identifier l'indu lorsqu'il résulte d'une fraude.

2. Les dispositions résultant des travaux de 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.

*

* * *

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

Article 24 ter (nouveau)

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

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le présent article résulte de l'adoption d'un amendement de M. Olivier Henno, rapporteur, avec un avis favorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement. Il vise à lutter contre les impayés auxquels sont exposées les assistantes maternelles et les personnes assurant la garde d'enfants à domicile, en sécurisant leurs relations financières avec les parents employeurs par l'intermédiaire du dispositif Pajemploi + géré par l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf). Pajemploi + offre une garantie contre les impayés pendant deux mois depuis le mois d'octobre 2024, et doit être étendue à trois mois en 2025 selon les annonces du Gouvernement.

- En premier lieu, l'article 24 *ter* prévoit que, pour mettre fin à l'utilisation du dispositif Pajemploi +, **l'accord mutuel** de l'employeur et du salarié est nécessaire. Cela permettra de lutter contre la désactivation unilatérale de ce service par l'employeur, notamment en fin de contrat.
- En second lieu, lorsque le dispositif Pajemploi + n'a pas été activé, le versement du complément de libre choix du mode de garde (CMG) est **suspendu immédiatement** pour le foyer qui ne s'acquitte pas du salaire de l'assistante maternelle ou de la personne employée à domicile pour une garde d'enfant.
- Enfin, le recours au dispositif Pajemploi + est rendu **obligatoire** lorsque l'employeur, après avoir régularisé une situation d'impayé, souhaite bénéficier à nouveau du CMG.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

L'article 24 *ter* a été adopté par la commission mixte paritaire dans sa version issue du Sénat, avec des modifications rédactionnelles et après l'adoption d'une proposition de rédaction.

Cette dernière prévoit :

- qu'en cas de désaccord entre le salarié et l'employeur pour mettre fin au dispositif Pajemploi +, l'employeur peut y mettre fin unilatéralement après information préalable du salarié et dans un délai défini par décret ;

– la suppression de la mention « sans délai » pour la suspension du CMG en cas de déclaration d’impayé, afin de permettre aux organismes compétents d’organiser un contradictoire entre les parties ;

– l’entrée en vigueur du dispositif au 1^{er} janvier 2026.

*
* * *

Article 24 quater (nouveau)

Adaptation du droit des prestations familiales et extension de l’assurance vieillesse des aidants à Mayotte

Origine de l’article : amendement adopté par le Sénat.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

1. Les dispositions résultant de l’examen en première lecture au Sénat

L’article 24 *quater* a été introduit par l’adoption de deux amendements identiques du Gouvernement ainsi que de Mme Salama Ramia et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants. Il procède à des adaptations du droit des prestations familiales et de l’assurance vieillesse à Mayotte.

• Le I 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, en ajoutant un critère de résidence « stable » pour bénéficier des prestations familiales, et prévoit l’hypothèse où le parent allocataire réside dans un autre département ou une autre collectivité d’outre-mer.

• Le II étend le régime de l’assurance vieillesse des aidants à Mayotte et introduit une condition de résidence stable pour bénéficier du minimum vieillesse.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

L’article 24 *quater* a été adopté par la commission mixte paritaire dans sa version issue du Sénat, avec des modifications rédactionnelles.

*
* * *

Article 24 quinquies (nouveau)

Demande de rapport sur une réforme du financement de l'accueil du jeune enfant

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le présent article résulte de l'adoption d'un amendement de M. Olivier Henno, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement. Il prévoit que dans un délai d'un an, le Gouvernement remet au Parlement un **rappor t sur les travaux engagés pour réformer le financement de l'accueil du jeune enfant**.

2. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

L'article 24 *quinquies* a été adopté sans modification par la commission mixte paritaire.

*
* * *

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

Article 25

Dotations des branches maladie et autonomie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, de la branche autonomie aux agences régionales de santé, de la branche maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales et de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert de compensation de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

Cet article fixe, pour 2025, le montant respectif :

– de la participation des branches maladie des régimes obligatoires de base (Robss) et de la branche autonomie du régime général au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), respectivement à 633 millions d'euros et 86 millions d'euros ;

– de la contribution de la branche autonomie du régime général à certaines actions des agences régionales de santé (ARS), à 190 millions d'euros ;

– de la dotation de la branche maladie des Robss à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam), à 181,2 millions d'euros ;

– des dotations de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) aux fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) et de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), respectivement à 465 millions d'euros et 453 millions d'euros ;

– du transfert de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP, à 1,6 milliard d'euros ;

– des dépenses engendrées par deux dispositifs liés à la pénibilité, respectivement à 220,7 millions d'euros et 9,7 millions d'euros.

Il convient de noter que ces dotations faisaient antérieurement au dépôt du projet de loi de financement pour 2025 l'objet d'un article par branche.

Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

- Le Sénat a adopté un amendement de la commission (n° 193), contre l'avis du Gouvernement.

Il insère à l'article 25 des paragraphes III *bis* à III *decies*.

D'une part, il plafonne en 2025 la dotation de la branche maladie des Robss à 335 millions d'euros pour l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France) – en hausse de 35 millions d'euros par rapport à 2024 –, à 55 millions d'euros pour l'Agence de la biomédecine, à 145 millions d'euros pour l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et à 74 millions d'euros pour la Haute Autorité de santé (HAS).

D'autre part, il impose la détermination législative de toutes les dotations de la sécurité sociale aux fonds et organismes qu'elle subventionne, en modifiant :

- la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 1111-24 du code de la santé publique, la deuxième phrase du 3^e de l'article L. 1222-8 du même code, les 2^e des articles L. 1413-12 et L. 1418-7 dudit code, son article L. 4021-6 et, enfin, le 5^e de son article L. 5321-2 ainsi que son article L. 6113-10-2 ;
- le 2^e de l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale ;
- l'article L. 453-5 du code général de la fonction publique ;
- la deuxième phrase de l'article L. 756-2-1 du code de l'éducation ;
- le I de l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

- Le rapporteur général n'est pas sans partager les doutes du Gouvernement sur le fait qu'une partie des dotations concernées par l'amendement procèdent de textes réglementaires et que pour contraindre leur fixation, il faudrait franchir un étage de plus dans la hiérarchie des normes – le vingtième alinéa de l'article 34 de la Constitution dispose que c'est « *dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique* » que les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses de la sécurité sociale sont fixées par les lois de financement et par construction, une telle loi prise pour une année ne saurait contraindre la maquette de la suivante ou d'une autre loi ordinaire.

Mais il relève que le législateur ordinaire a déjà pu prévoir de tels renvois, ne serait-ce que pour les dotations de la branche AT-MP aux fonds concernant l'amiante ou au titre des charges indues de la branche maladie.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans la rédaction issue des travaux du Sénat, moyennant trois ajustements rédactionnels.

*
* * *

Article 26

Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès des régimes obligatoires de base (Robss) à 260,8 milliards d'euros pour 2025.

Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Afin de prendre en compte, d'après son exposé sommaire, des « *efforts complémentaires demandés principalement sur les médicaments, ainsi que sur les transports sanitaires* », lesquels sont d'ordre réglementaire, le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement (n° 1399), suivant l'avis favorable à titre personnel de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour la branche maladie, abaissant à 260 milliards d'euros l'objectif de dépenses pour 2025.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans la rédaction issue des travaux du Sénat.

*
* * *

Article 27

**Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie
et de ses sous-objectifs pour 2025**

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

Cet article fixe à 263,9 milliards d'euros l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) des régimes obligatoires de base (Robss) pour 2025.

Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Afin de prendre en compte, d'après son exposé sommaire, « *l'impact mécanique du rehaussement du niveau de l'Ondam pour 2024* » sur l'année suivante et celui « *d'un soutien exceptionnel pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) en difficulté* », le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement (n° 1400), suivant l'avis favorable à titre personnel de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour la branche assurance maladie :

- rehaussant de 0,4 milliard d'euros le sous-objectif des soins de ville et de 0,1 milliard d'euros celui des établissements et services pour personnes âgées ;
- baissant de 0,2 milliard d'euros le sous-objectif du fonds d'investissement régional (FIR).

Au total, l'Ondam pour 2025 est relevé à 264,2 milliards d'euros, soit une hausse de 0,3 milliard d'euros par rapport à l'article 27 initial.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article, moyennant un ajustement rédactionnel et après avoir – de manière assez inédite s'agissant d'une disposition obligatoire ne comportant qu'un tableau – adopté une proposition de rédaction des rapporteurs pour rectifier l'Ondam pour 2025 à 263,6 milliards d'euros, afin d'intégrer, concernant le sous-objectif des soins de ville, 600 millions d'euros d'économies supplémentaires résultant des mesures de maîtrise de la dépense et d'efficience dont le Gouvernement avait annoncé qu'elles seraient prises par la voie réglementaire.

Le rapporteur général estime utile de rappeler l'état de l'article 27 à chacune des étapes déjà intervenues de la navette, ainsi – et d'abord – que les chiffres pour 2024 qui en sont le point de départ (cette référence diffère des données rectifiées figurant à l'article 2 ; cf. le tome II du rapport de première lecture).

**ONDAM ET SOUS-OBJECTIFS DE L'ONDAM POUR 2024
APRÈS RETRAITEMENT**

(en milliards d'euros ; en pourcentage)

	Montant
Soins de ville	109,5
Établissements de santé	105,5
Établissements et services pour personnes âgées	16,7
Établissements et services pour pers. handicapées	15,2
Fonds d'intervention régional et investissement	6,6
Autres prises en charge	3,2
Ondam total	256,6

Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

ONDAM ET SOUS-OBJECTIFS DE L'ONDAM POUR 2025

(en milliards d'euros ; en pourcentage)

AU DÉPÔT DU PLFSS POUR 2025

	Montant	Évolution	
		Valeur	Volume
Soins de ville	111,6	+ 2,1	2,0 %
Établissements de santé	108,8	+ 3,3	3,1 %
ESMS – personnes âgées	17,7	+ 1,0	6,0 %
ESMS – personnes handicapées	15,7	+ 0,5	+ 3,3 %
Fonds d'intervention régional et investissement	6,6	- 0,1	- 0,5 %
Autres prises en charge	3,5	+ 0,3	10,2 %
Ondam total	263,9	+ 7,3	2,8 %

À L'ISSUE DE L'EXAMEN EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

	Montant	Évolution	
		Valeur	Volume
Soins de ville	112,0	+ 2,5	+ 2,3 %
Établissements de santé	108,8	+ 3,3	+ 3,1 %
ESMS – personnes âgées	17,8	+ 1,1	+ 6,6 %
ESMS – personnes handicapées	15,7	+ 0,5	+ 3,3 %
Fonds d'intervention régional et investissement	6,4	- 0,2	- 3,0 %
Autres prises en charge	3,5	+ 0,3	+ 9,4 %
Ondam total	264,2	+ 7,6	+ 3,0 %

À L'ISSUE DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE

	Montant	Évolution	
		Valeur	Volume
Soins de ville	111,4	+ 1,9	+ 1,7 %
Établissements de santé	108,8	+ 3,3	+ 3,1 %
ESMS – personnes âgées	17,8	+ 1,1	+ 6,6 %
ESMS – personnes handicapées	15,7	+ 0,5	+ 3,3 %
Fonds d'intervention régional et investissement	6,4	- 0,1	- 3,0 %
Autres prises en charge	3,5	+ 0,3	+ 9,4 %
Ondam total	263,6	+ 7,0	+ 2,7 %

Source : commission des affaires sociales.

*

* *

Article 28

**Objectif de dépenses de la branche accidents du travail
et maladies professionnelles**

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) des régimes obligatoires de base (Robss) à 17 milliards d'euros pour 2025.

Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

L'article 28 a été adopté par le Sénat sans modification.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article dans la rédaction issue des travaux du Sénat.

*
* * *

Article 29

Objectif de dépenses de la branche vieillesse

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2025.

Dans la version initiale du projet de loi, les dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base en matière de retraites devaient s'élever à 300,2 milliards d'euros en 2025.

Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement visant à tirer les conséquences de la réécriture de l'article 23 sur la revalorisation des pensions de retraite, laquelle réduit les économies attendues pour la branche vieillesse de 0,5 milliard d'euros pour 2025.

L'objectif de dépenses s'établit donc désormais à 300,7 milliards d'euros dans la version de l'article 29 adoptée au Sénat.

3. Les travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article sans modification.

*
* * *

Article 30 **Objectifs de dépenses de la branche famille**

Origine de l'article : projet de loi initial.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale à 59,7 milliards d'euros.

• Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Cet article a été adopté par le Sénat sans modification.

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

L'article 30 a été adopté sans modification par la commission mixte paritaire.

*
* * *

Article 31

Objectifs de dépenses de la branche autonomie

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : adopté avec modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

• Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale à 42,4 milliards d'euros pour l'année 2025.

• Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

L'article 31 a été modifié par le Sénat suite à l'adoption d'un amendement du Gouvernement qui rehausse de 300 millions d'euros le montant de l'objectif global de dépenses de la branche autonomie, afin de tenir compte de la réforme des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements prévue à l'article 20 *ter* (200 millions d'euros) et de l'aide exceptionnelle aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en difficulté prévue à l'article 21 *quater* (100 millions d'euros).

3. Les dispositions résultant des travaux de la commission mixte paritaire

L'article 31 a été adopté sans modification dans sa rédaction issue du Sénat par la commission mixte paritaire.

*

* * *

Article 32

Prévisions de charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

- L'article 32 fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale – c'est-à-dire du seul Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Les dépenses du FSV devraient s'élever à 21,3 milliards d'euros en 2025, en augmentation de 0,9 milliard d'euros au regard du montant fixé pour 2023.

- Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté l'article 32 sans modification.

3. Les travaux de la commission mixte paritaire

La commission mixte paritaire a adopté cet article sans modification.

*

* * *

COMPTE RENDU DE L'AUDITION DES MINISTRES

Réunion du lundi 27 janvier 2025 à 17 heures 30

Au cours de sa première réunion du 27 janvier 2025, la commission auditionne Mme Astrid Panosyan Bouvet, ministre auprès de la ministre du travail, de la santé, de la solidarité et des familles, chargée du travail et de l'emploi, M. Yannick Neuder, ministre auprès de la ministre du travail, de la santé, de la solidarité et des familles, chargée du travail et de l'emploi, chargé de la santé et de l'accès aux soins, et Mme Charlotte Parmentier Lecocq, ministre déléguée auprès de la ministre du travail, de la santé, de la solidarité et des familles, chargée du travail et de l'emploi, chargée de l'autonomie et du handicap, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (n° 622) examiné en nouvelle lecture⁽¹⁾.

M. le président Frédéric Valletoux. Je remercie les ministres présents d'avoir répondu à notre invitation pour introduire nos débats et répondre à nos questions sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Cette audition, préalable à une nouvelle lecture, revêt un caractère inédit, justifié par le contexte lui aussi particulier.

Lors de cette audition, je commencerai par donner la parole aux ministres, pour cinq minutes chacun ; interviendront ensuite le rapporteur général, pour trois minutes, puis les rapporteurs thématiques, pour deux minutes. Je rappelle que le bureau, réuni la semaine dernière, a souhaité que les interventions des autres collègues durent une minute et soient immédiatement suivies de la réponse des ministres.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre chargée du travail et de l'emploi. Permettez-moi tout d'abord de féliciter Thibault Bazin pour son élection aux fonctions de rapporteur général ; je suis sûre que nous pourrons travailler ensemble de manière constructive et productive. Permettez-moi ensuite d'excuser Mme Catherine Vautrin, ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, qui ne peut être présente aujourd'hui.

Comme vous le savez, nous reprenons en nouvelle lecture le texte adopté au Sénat. Le Gouvernement souhaite parvenir à l'adoption d'un budget rapidement, car ni l'État ni la sécurité sociale ne peuvent vivre longtemps sans budget. Nous nous inscrivons dans un nouveau cadrage, avec un objectif de déficit de 5,4 % du PIB et une hypothèse de croissance économique en 2025 révisée à la baisse, passant de 1,1 % à 0,9 %.

(1) <https://assnat.fr/Vilbx3>

La dimension de ce PLFSS relative au travail et à l'emploi prévoit plusieurs mesures importantes. Tout d'abord, la pérennisation du dispositif d'exonération de cotisations patronales liées à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE) dans le secteur agricole auquel nous sommes tous attachés. Nous proposons de relever le plafond d'exonération totale du dispositif de 1,20 à 1,25 Smic. Le PLFSS prévoit également de cumuler l'exonération applicable aux jeunes agriculteurs et les taux réduits de droit commun des cotisations maladie et famille. En l'absence de budget, nous avons pris des dispositions pour que les exonérations concernant les TO-DE soient pérennisées et que les exonérations relatives à l'installation des jeunes agriculteurs puissent être rétroactives. La solution la plus simple est effectivement la rétroactivité, à laquelle Thibault Bazin et Nicolas Turquois, que nous avions eu l'occasion de rencontrer, sont très attentifs.

En matière de retraites agricoles, la convergence des modes de calcul entre le régime agricole et le régime général est une mesure de justice sociale importante et attendue, dont l'application est prévue en 2026. Elle a été accélérée à la faveur des débats parlementaires, à l'Assemblée nationale comme au Sénat.

De plus, la transposition de l'accord interprofessionnel sur les accidents du travail et les maladies professionnelles permet une réelle amélioration de l'indemnisation des victimes. Cela montre notre attachement au dialogue social et au respect des engagements pris dans le cas dans d'une transposition fidèle. Le Gouvernement a soutenu des modifications de l'article 24, qui rendent possible le versement en capital de la majoration et l'indemnisation du préjudice personnel en cas de faute inexcusable de l'employeur, lorsque la victime le souhaite.

En revanche, ce texte ne prévoit plus le différé d'indexation des pensions de retraite ; la proposition initiale du gouvernement Barnier n'avait pas trouvé de majorité. La règle de revalorisation s'est donc appliquée au 1^{er} janvier, donnant lieu à une revalorisation de 2,2 %, correspondant au niveau de l'inflation constatée au cours des douze précédents mois, pour un coût total de 3,6 milliards supplémentaires. Le Sénat a adopté une mesure d'augmentation de la contribution patronale sur les actions gratuites, qui passe de 20 % à 30 %. Ce dispositif n'a absolument aucune incidence fiscale sur les dispositifs de participation et d'intéressement.

Nous débattons de certains sujets sensibles, comme les allégements généraux, dans un objectif de préservation de l'emploi et de la compétitivité dans un contexte économique qui se durcit. Avant qu'un compromis soit trouvé en commission mixte paritaire (CMP), la réduction des allégements avait fait l'objet de nombreux débats, à l'Assemblée nationale comme au Sénat.

Le présent texte ne prévoit pas pour 2025 de modification des allégements au niveau du Smic, mais un ajustement du point de sortie des réductions, proportionnelles à 2,25 Smic pour la maladie et à 3,3 Smic pour la famille. Le montant de cette réduction s'élèverait à 1,6 milliard en année pleine pour 2025 et

2026 ; cela permettrait de progresser vers une réduction dégressive unique, qui serait aussi une mesure de simplification.

Si le Parlement adoptait cette mesure, la rétroactivité serait la manière la plus simple de l'appliquer aux entreprises ; le calcul des allégements généraux étant annualisé, il est régularisé chaque mois, ce qui laisserait aux entreprises jusqu'à la fin de l'année 2025 pour procéder aux ajustements nécessaires.

Le projet de loi contient également une nouveauté par rapport à nos discussions de l'automne. L'article 7 bis crée une contribution de solidarité par le travail pour financer la branche autonomie. La proposition adoptée au Sénat, qui n'émane pas du Gouvernement, permettrait d'obtenir 2,5 milliards d'euros par an en année pleine avec une recette stable. Le Gouvernement sera à l'écoute des débats parlementaires, qui seront essentiels pour déterminer les bons équilibres sur ce point, plus encore que sur tous les autres.

M. Yannick Neuder, ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins. Je suis très heureux de retrouver la commission des affaires sociales, au sein de laquelle nous avons beaucoup travaillé cet automne ; je connais les positions des uns et des autres sur différents sujets.

Permettez-moi de féliciter Thibault Bazin pour sa nomination comme rapporteur général, un poste qui n'est pas toujours simple.

Les orientations budgétaires figurant dans ce texte sont attendues ; certaines sont sensibles. J'ai bien conscience que la partie réglementaire, hors PLFSS, sur laquelle les députés n'ont pas de prise, peut provoquer un sentiment de frustration, tant elle a d'impact sur nos décisions. Au-delà de nos différences politiques, nous avions réussi à faire progresser plusieurs sujets ; plusieurs rapports pourraient servir de base à des politiques publiques, notamment celui de Mmes Nicole Dubré-Chirat et Sandrine Rousseau sur la santé mentale.

Nous célébrons cette année les 80 ans de la sécurité sociale. Cet anniversaire est tout un symbole : le Conseil national de la Résistance et les ordonnances de 1945 d' Ambroise Croizat sont autant d'héritages qui nous obligent à protéger la santé des Français, quels que soient leurs revenus. Ce sont les valeurs qui m'animent.

La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût. Nous débattrons donc de prise en charge, de prestations obligatoires et complémentaires, de la répartition des charges entre l'assurance maladie et les mutuelles, de soin et de prévention, bien qu'il soit difficile, en l'absence de stabilité politique, d'aborder de tels sujets qui permettraient de soulager financièrement les structures.

Nous parlerons bien sûr de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) ; cet automne, nous étions tous convaincus que les hôpitaux, en tant qu'employeurs, devaient payer leurs cotisations à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), sans pour autant que celles-ci fassent concurrence aux soins. L'idée consistait à neutraliser ce montant d'un

milliard d'euros par une subvention d'un montant égal, afin de donner aux hôpitaux une bouffée d'oxygène.

Quel que soit le devenir du PLFSS adopté par un vote ou par un 49.3, nous devrons travailler ensemble. Le niveau de déficit prévisionnel des établissements est inquiétant ; vous le savez tous, avec de tels niveaux d'endettement, les taux de marge sont très dégradés et il est impossible d'investir et d'améliorer les conditions de travail et d'accueil des patients. Le PLFSS prévoit donc 9 milliards d'euros supplémentaires par rapport à 2024, avec un Ondam en progression de 3,3 milliards, contre 3,8 milliards dans la version précédente du texte, montant qui avait été majoritairement rejeté en commission des affaires sociales. Cela nous permettra d'établir des tarifs hospitaliers réalistes et de poursuivre le développement des soins palliatifs, qui est très attendu.

Nous évoquerons également la pluriannualité, qui ne signifie pas que nous envisageons une loi de santé pluriannuelle. Les établissements trouveront un intérêt à retrouver des accords de pluriannualité, afin de conforter la quête de sens qui anime les soignants.

En tout état de cause, je souhaite que nous poursuivions, avec nos accords et nos désaccords, les travaux entamés cet automne. La santé est la préoccupation principale de nos concitoyens et transcende les clivages politiques ; je suis certain que nous pourrons trouver des lignes de partage.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée chargée de l'autonomie et du handicap. Permettez-moi tout d'abord de vous adresser de vive voix mes vœux pour cette nouvelle année, de féliciter le rapporteur général pour son élection et de vous dire le plaisir qui est le mien de vous retrouver ce soir.

Nous entamons, dans un contexte inédit, la nouvelle lecture du PLFSS, qui intervient après la censure du gouvernement Barnier. Je tiens à réaffirmer la volonté pleine et entière du Gouvernement de parvenir à élaborer un projet de compromis.

Pour les personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie, et pour l'ensemble des professionnels engagés qui en prennent soin, nous ne pouvons désormais plus attendre pour instaurer ce budget. Nous devons rapidement nous donner les moyens de créer de nouvelles solutions et de poursuivre la transformation de l'offre.

Malgré un cadre budgétaire contraint, ce texte prévoit une hausse significative des moyens pour le champ du handicap et de l'autonomie. Nous souhaitons évidemment conforter les mesures de la Conférence nationale du handicap et poursuivre la dynamique impulsée par les jeux Olympiques et Paralympiques en faveur d'une société plus inclusive. À cet effet, le PLFSS prévoit une accélération importante du déploiement des 50 000 nouvelles solutions d'accompagnement, laquelle se traduit par une enveloppe de 270 millions d'euros supplémentaires en 2025, alors que le rythme annuel prévu était de l'ordre de 200 millions par an. Ce sont ainsi 15 000 solutions individualisées et adaptées aux

besoins des personnes qui pourront être créées dès 2025 : des solutions modulaires et tournées vers le milieu ordinaire, qui bénéficieront si besoin du fonds de transformation de l'offre de 250 millions annoncé lors du dernier comité interministériel du handicap et confirmé dans ce PLFSS.

Ce projet de loi traduit d'autres avancées majeures : la généralisation du dispositif Handigynéco introduit en première lecture, visant à permettre aux femmes en situation de handicap de bénéficier de consultations gynécologiques plus longues et plus adaptées ; la création d'un service de repérage et de diagnostic précoce et robuste ; la réforme visant la prise en charge intégrale des fauteuils roulants sans reste à charge, conformément à la promesse du Président de la République et au discours de politique générale du Premier ministre.

J'en viens maintenant aux enjeux liés au vieillissement de la population. Nous devons nous préparer à l'augmentation significative du nombre de personnes âgées de plus de 85 ans au cours des prochaines années. Dans le même temps, nous devons faire face à la situation particulièrement difficile des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), dont les moyens seront augmentés grâce à ce PLFSS : des investissements immobiliers supplémentaires sont prévus et 6 500 professionnels seront recrutés, pour atteindre plus rapidement l'objectif de 50 000 équivalents temps plein (ETP) supplémentaires à l'horizon 2030. Dans les départements expérimentateurs, le financement des Ehpad doit être simplifié et renforcé grâce à la fusion des sections soins et dépendance. Si la censure complexifie le déploiement de cette mesure, nous sommes cependant déterminés à l'appliquer dans les meilleurs délais. Je suis convaincue de son caractère structurant pour les Ehpad. C'est en ce sens que nous soutenons la réduction de la durée d'expérimentation de quatre à deux ans, comme l'ont demandé de nombreux parlementaires.

En outre, alors que de plus en plus de personnes âgées aspirent à rester vivre à domicile ou dans une résidence adaptée, nous devons continuer de soutenir les aides à domicile. En application de la loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, dite bien vieillir, ce PLFSS prévoit une nouvelle aide financière de 100 millions d'euros pour soutenir une partie de leurs dépenses de mobilité.

Pour continuer de soutenir les départements, conformément à l'engagement pris lors des dernières assises de Départements de France, nous préservons intégralement les taux de compensation des départements sur les dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de prestation de compensation du handicap (PCH) en 2025. Ce taux sera augmenté de 5 % dans les outre-mer, s'agissant de l'APA. Cela représente un effort de 200 millions d'euros supplémentaires pour la branche autonomie, nécessaire pour moderniser le système de concours actuel qui n'est pas adapté aux défis démographiques à venir. Nous donnons aux départements l'assurance que malgré la hausse dynamique des dépenses liées au vieillissement, le taux de compensation sera maintenu. Pour les années suivantes, un dialogue est engagé avec eux pour faire converger les taux de

compensation et leur donner de la visibilité quant à un accompagnement de la sécurité sociale qui réponde à la hausse des besoins.

Enfin, je conclurai mon propos en évoquant la hausse des moyens visant à déployer de nouvelles places de répit à destination des 11 millions d'aidants de personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Nous proposons donc un budget en hausse et nous assumons des investissements nécessaires, au service des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

M. Thibault Bazin, rapporteur général, rapporteur pour l'équilibre général, les recettes et la branche maladie. La situation dans laquelle nous nous trouvons est assez exceptionnelle. Pour les raisons que chacun sait, le PLFSS n'a pas été adopté à temps pour entrer en vigueur au 1^{er} janvier. Nous nous apprêtons donc à débuter l'examen en nouvelle lecture d'un texte financier plusieurs semaines après sa date d'entrée en vigueur habituelle.

Le temps nous étant compté, je ne m'attarderai pas davantage sur ces éléments de contexte, qu'il me semblait toutefois utile de rappeler, d'autant que certaines mesures initialement prévues ne pourront entrer en vigueur au 1^{er} janvier – voire pas du tout. Pouvez-vous nous indiquer les mesures qui ne peuvent pas faire l'objet d'une application rétroactive, en particulier en matière fiscale ? En avez-vous estimé le coût ?

Certaines mesures qui entreront en vigueur en 2026 ne sont pas concernées par ce problème. Il en va ainsi de la suppression du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), introduite par voie d'amendement gouvernemental au Sénat. Sur la forme, on ne peut que regretter qu'une telle mesure soit prise sans qu'aucune étude d'impact ne soit transmise au Parlement. Certes, les missions et les recettes du FSV seront intégralement transférées à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav). Si cette mesure ne modifie pas la situation des bénéficiaires, elle modifiera assez largement la présentation canonique des tableaux d'équilibre que nous sommes amenés à approuver en tant que députés. Pourriez-vous ainsi éclairer notre commission sur l'objectif poursuivi par cette mesure et sur les bénéfices qui en sont attendus ?

Concernant les sujets relatifs à la branche vieillesse et à la lutte contre la fraude, l'article 7 bis généralise l'utilisation par les retraités résidant à l'étranger de dispositifs biométriques pour prouver leur existence. Dans sa rédaction issue du Sénat, l'entrée en vigueur de ce dispositif a été décalée au 1^{er} janvier 2028. Pouvez-vous expliquer ce qui justifie une entrée en vigueur si tardive ?

Enfin, j'achèverai mon intervention en évoquant un sujet dont nous parlons assez peu, alors qu'il devrait requérir toute notre attention. Dans le champ de la sécurité sociale, nous avons bien peu de visibilité sur la gestion budgétaire des multiples opérateurs qui, de manière croissante, sont appelés à conduire la politique de santé publique. Je salue, en cela, l'initiative du Sénat nous permettant de voter,

à l'article 25, les dotations de l'assurance maladie à toute une série d'opérateurs. La pente qu'elles adoptent, nettement ascendante, a été accentuée par le gouvernement précédent lors de l'examen du texte de la CMP en séance publique ; le plafond de dotation de plusieurs de ces opérateurs devait être rehaussé, de 9 % pour Santé publique France, soit 30 millions d'euros supplémentaires ; de 5 % pour l'Agence de la biomédecine, soit 2,5 millions en plus ; de 3,5 millions pour la Haute Autorité de santé – pour ne citer que quelques exemples.

Dans ces temps de rigueur budgétaire, il me semble particulièrement important que l'effort soit partagé par tous, en particulier au sein de l'appareil d'État. Pouvez-vous rendre compte de ces évolutions budgétaires assez inédites ? Ne faudrait-il pas chercher de ce côté-là – avec discernement – les économies attendues pour la sécurité sociale ?

M. Guillaume Florquin, rapporteur pour la branche autonomie. Le 26 avril 2023, le Président de la République déclarait solennellement : « *Dès 2025, tous les fauteuils roulants seront intégralement remboursés par la sécurité sociale.* » Nous sommes en 2025 et aucune annonce de financement n'a été faite. Pour les 60 000 Français concernés, qui doivent débourser en moyenne plus de 5 000 euros pour un fauteuil adapté, cette promesse demeure un mirage.

Lors de son audition le 16 octobre dernier, M. Paul Christophe, alors ministre de l'autonomie, annonçait : « *Ce problème sera réglé par un arrêté dont les modalités restent à définir pour satisfaire pleinement les bénéficiaires.* » Un mois plus tard, le 20 novembre 2024, mon collègue Thierry Frappé et moi-même avons assisté à un petit-déjeuner de travail sur ce sujet brûlant, à l'invitation de Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée chargée du handicap ; depuis, rien n'a été fait.

Quand cet arrêté sera-t-il enfin pris ? Cela fait presque deux ans qu'Emmanuel Macron a pris cet engagement : deux ans d'attente, de frustration et d'absence de réponse pour des milliers de nos concitoyens en situation de handicap. Il est plus que temps d'agir !

Par ailleurs, pouvez-vous nous éclairer sur la possibilité évoquée d'instaurer une nouvelle journée de solidarité ?

Mme Zahia Hamdane, suppléant M. Louis Boyard, rapporteur pour la branche famille. Les articles en discussion soulèvent une question essentielle : quelle vision défendons-nous pour les familles et les travailleurs précaires ? À première vue, quelques avancées semblent émerger : renforcer le dispositif Pajemploi pour mieux protéger les assistants maternels face aux impayés et clarifier les procédures de recouvrement des indus pour éviter qu'elles ne retombent sur les familles.

Nous ne pouvons ignorer ces mesures, mais elles ne doivent pas masquer l'évidence : le chemin demeure parsemé d'obstacles et les reculs sont bien trop nombreux. L'abandon du tiers payant pour le complément de libre choix du mode

de garde est un symbole inquiétant. Cette mesure, gagnée de haute lutte, devait simplifier la vie des familles ; désormais, plutôt que de s'attaquer aux véritables causes des avances de frais, on préfère tout simplement renoncer. Où est l'ambition ?

À Mayotte, sous couvert d'harmonisation, le durcissement des critères de résidence accentuera l'exclusion de familles déjà précarisées, piégées dans une machine administrative implacable. Ce n'est pas une convergence, c'est une rupture de solidarité. Nous parlons ici de droits fondamentaux qu'il nous incombe de garantir.

Nous défendons des mesures claires et ambitieuses : le gel des ouvertures de places dans le secteur privé lucratif et la réorientation des financements vers le secteur public ; un droit opposable à l'accueil des jeunes enfants pour les familles ; une amélioration des normes d'encadrement avec l'abrogation immédiate des dispositifs dérogatoires et moins-disants, hérités du décret Morano et de la réforme « Norma » ; un taux d'encadrement d'une professionnelle pour cinq enfants, quel que soit leur âge.

Il est également urgent de soutenir massivement la formation des professionnels et de valoriser leur métier. L'application de ces mesures exige une conférence des parties et une loi de programmation pluriannuelle, pour définir le niveau d'investissement et le calendrier de création d'un véritable service public de la petite enfance. Il est temps de passer aux actes et de construire une justice sociale à la hauteur des besoins de notre époque.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. Le Gouvernement est totalement déterminé à ce que l'on applique le remboursement intégral des fauteuils roulants, autrement dit à concrétiser la promesse du Président de la République. Le Premier ministre a réaffirmé cet engagement dans son discours de politique générale, l'objectif étant de rendre la mesure effective dès 2025. Je m'y emploie ardemment, mais la censure du précédent gouvernement a évidemment retardé les choses. Je m'étais engagée à ce que l'on s'accorde sur le schéma de remboursement avant la fin de l'année, mais la possibilité ne nous en a pas été donnée. J'ai repris le dossier en main. Nous avons pratiquement abouti. Un dernier tour de concertation et de discussion est en cours, qui prend en compte les débats à l'Assemblée nationale. J'espère officialiser prochainement ce schéma avec Catherine Vautrin – il devrait être défini au plus tard dans une petite semaine.

La définition de solutions pour les personnes en situation de handicap représente un enjeu considérable à Mayotte, qui était déjà très sous-équipé avant le cyclone. Je ne peux que vous encourager à adopter le PLFSS, qui comprend des crédits à cet effet. Ces mesures sont en effet urgentes et très attendues.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. Monsieur le rapporteur général, la Cour des comptes a recommandé la suppression du FSV. Le transfert de ses missions à la Cnav, prévue pour le 1^{er} janvier 2026, simplifiera la gestion de la

trésorerie du régime général et réduira les coûts et les facteurs de complexité. Les recettes du FSV, principalement issues de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus de remplacement et les revenus du capital, seront réaffectées à la Cnav. La publication des comptes offrira le même degré de transparence. Cette mesure répond à une volonté de simplification de la Cour des comptes et des députés.

S'agissant des recettes perdues, nous souhaitons que les allégements généraux soient rétroactifs, sans faire courir de risque opérationnel aux entreprises : cela a été vu avec les organisations patronales. On constate des pertes de recettes sur la fiscalité affectant les actions gratuites : son rendement, qui s'élève à 500 millions d'euros sur une année pleine, serait ramené à 415 millions. Je laisserai mes collègues s'exprimer sur d'autres impositions, telles que les taxes comportementales.

Monsieur Florquin, il appartient à l'Assemblée de décider ou non de conserver la journée de solidarité, qui a été introduite par un amendement d'origine sénatoriale. Cette disposition figure dans le projet de loi qui vous est présenté puisque la discussion porte sur le texte du Sénat.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

M. Christophe Bentz (RN). En première lecture, à l'automne, Élisabeth Borne avait déclaré que, si le PLFSS était censuré, les cartes Vitale ne fonctionneraient plus au 1^{er} janvier, les fonctionnaires ne seraient pas payés, les pensions de retraite ne seraient pas versées. Non seulement tout cela s'est – évidemment – révélé faux mais, en partie grâce à nous et grâce à la censure, les pensions versées aux retraités français ont été revalorisées de 2,2 %. Pouvez-vous nous garantir que, dans les semaines à venir, on n'entendra pas de propos susceptibles de nuire à la sérénité de nos débats ? Les Français méritent que l'on tienne un discours de vérité dans le cadre d'un débat apaisé.

M. Yannick Neuder, ministre. Il n'est pas indifférent que le budget s'applique en mars au lieu du 1^{er} janvier. La carte Vitale n'a pas cessé de fonctionner au 1^{er} janvier mais, pour pouvoir verser des prestations, les organismes collecteurs – en l'occurrence, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) – doivent avoir une caisse à peu près remplie. Lorsque j'ai quitté mes fonctions de rapporteur général de votre commission, il était clairement établi que les fonds de l'Acoss ne lui permettaient d'assurer sa mission que pendant une durée de deux mois. La loi spéciale du 20 décembre 2024 a autorisé les deux organismes les plus exposés – l'Acoss et la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) – à recourir à l'emprunt : leur besoin de financement s'élevait respectivement à près de 40 milliards et de 15 milliards d'euros. Sans cette autorisation, ces établissements n'auraient plus été en mesure d'alimenter les cinq branches de la sécurité sociale ; nous aurions connu, selon la formule consacrée, des

incidents de paiement, ce qui aurait imposé des choix de trésorerie entre le versement des pensions de retraite et les remboursements de médicaments.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Espérons que le sens des responsabilités nous permettra, *in fine*, d'adopter un budget. Notre groupe a pris des positions constantes visant à améliorer la pertinence des prescriptions, à freiner les dépenses d'indemnités journalières et de transport sanitaire pour mieux lutter contre la fraude, et à lancer une réelle simplification administrative. Je vous remercie, monsieur le ministre, d'avoir publié, il y a quelques jours, le décret d'application de ma seconde loi, lequel définit les modalités de mise en œuvre de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée et de la faculté ouverte à ces derniers d'établir des prescriptions initiales. Dans le même sens, l'Assemblée avait adopté, lors de l'examen en première lecture du PLFSS, un amendement visant à étendre l'expérimentation issue de cette loi relative à l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes. Monsieur le ministre, acceptez-vous de lever le gage afin que cette mesure pour l'accès à la santé de tous les Français puisse être inscrite dans le PLFSS ? Je rappelle qu'en première lecture, le Gouvernement s'y était montré favorable.

M. Yannick Neuder, ministre. D'une façon générale, l'accès direct paraît de nature à transcender les divergences et à recueillir un assez large accord au sein de l'Assemblée. Pour ce qui est du gage, je ne connais pas le coût précis de la mesure. Je crois nécessaire de respecter le compromis qui avait été trouvé en CMP, lequel ne remet pas en cause l'accès direct aux kinés. Il faut déterminer le volume financier en cause pour, éventuellement, inscrire ces objectifs de dépenses dans l'Ondam de ville – il n'y a pas de raison de s'y opposer. Je ne sais pas si cela revient, techniquement, à lever le gage – c'est un point à préciser.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). J'ai un peu le sentiment qu'en l'état de la discussion, on se fiche du monde. Vous avez eu deux mois depuis la dernière censure pour réfléchir aux moyens de financer la sécu. L'idée phare que l'on nous pond et que l'on réitère – elle a été confirmée le 19 janvier par Mme de Montchalin et Mme Vautrin – consiste à ressortir la vieille histoire d'une journée de solidarité, autrement dit de travail gratuit – soit 7 heures non payées. Vous nous dites que grâce à cela, on récupérerait 2,5 milliards d'euros, ce qui est peu par rapport aux sommes dont nous discutons. Nous vous avons fait des dizaines de propositions qui permettraient de percevoir une telle somme, la dernière en date étant une proposition de loi visant à créer une journée de solidarité des actionnaires, qui reverseraient une fraction de leurs gains. Non seulement vous la refusez mais vous opérez une tentative de sabotage parlementaire en repartant du texte du Sénat pour empêcher la gauche, le Nouveau Front populaire de déposer des amendements qui abonneraient la sécu – comme nous l'avions fait en novembre et en décembre, où nous avions mis 17 milliards de plus dans les caisses.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. Nous repartons de la version du Sénat – qui correspond au texte antérieur à la CMP – car le droit parlementaire nous l'impose. Nous ne pouvons choisir les dispositions qui y figurent. Il vous appartient

de décider du sort de cette contribution, qui a été introduite par un amendement sénatorial.

M. Elie Califer (SOC). Monsieur le ministre, votre prédécesseur envisageait de réguler la création des maisons pluridisciplinaires de santé. Êtes-vous en phase avec cette orientation ? Le cas échéant, quels critères seraient retenus pour la rédaction des décrets et quelle incidence aurait ces derniers pour les territoires ultramarins ?

M. Yannick Neuder, ministre. Je ne suis pas du tout favorable à la régulation. À partir du moment où une structure professionnelle apporte du soin au sein d'un territoire, il convient de l'accompagner et de voir dans quelle mesure les collectivités locales peuvent investir dans ses locaux, son matériel. Comme je l'ai dit lors de ma prise de fonctions, je souhaite territorialiser les décisions. Dans le cadre de mes fonctions d'élu régional, je n'ai jamais régulé ; lorsqu'un accord était conclu à l'échelon local, nous avons essayé de l'améliorer. Il faut prendre en compte la spécificité de l'accès aux soins dans les outre-mer, que nous avons souvent évoquée au cours de l'examen de ce PLFSS. Je ne veux pas réguler : je souhaite que nous simplifions l'accès aux soins avec les professionnels de santé en nous appuyant sur l'ensemble des élus locaux.

Monsieur Clouet, la progression de l'Ondam que je vous ai annoncée, à 3,8 milliards d'euros – et à 3,3 milliards sur la partie hospitalière – n'intègre pas les recettes potentielles issues des 7 heures non payées. Si le Parlement rejette cette mesure, le déficit devrait s'élever à près de 23 milliards ; dans le cas contraire, il serait ramené à environ 21 milliards.

Mme Sylvie Bonnet (DR). Alors que le texte présenté initialement par Michel Barnier ramenait le déficit de la sécurité sociale à 16 milliards d'euros, nous parlons désormais d'un déficit supérieur à 23 milliards, et il pourrait même excéder 28 milliards si le Parlement n'adoptait pas le PLFSS. Il est donc urgent que nous fassions preuve, collectivement, d'un esprit constructif, dans l'intérêt du pays : c'est l'attitude qu'adoptera le groupe Droite Républicaine. Dans cet esprit de compromis, nous restons attachés à quelques priorités. Nous défendons les Français qui se lèvent tôt et qui travaillent. L'État doit réduire son train de vie, notamment celui de ses agences, au lieu de cibler les actifs en instituant une nouvelle journée de solidarité à laquelle tous les groupes semblent opposés.

Nous souhaitons le maintien des mesures adoptées au Sénat pour lutter contre la fraude : contrôle des retraites versées à l'étranger, simplification des échanges de données, sécurisation de la carte Vitale. Enfin, une enveloppe exceptionnelle de plus de 100 millions d'euros avait été annoncée pour nos Ehpad. Un certain nombre d'entre eux, qui sont en grande difficulté, attendent une clarification de notre part. Pouvez-vous nous apporter plus de précisions ?

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. Le PLFSS prévoit cette aide, voulue par le Sénat, de 100 millions d'euros pour les Ehpad en

difficulté, ce qui confirme l'importance qui s'attache à l'adoption de ce projet de loi. À cela s'ajoute l'expérimentation relative à la fusion des sections soins et dépendance, qui s'accompagne d'un versement supplémentaire de 200 millions ; elle doit permettre aux Ehpad d'obtenir des financements accrus et une meilleure prise en charge de la dépendance, ô combien nécessaires.

M. Yannick Neuder, ministre. Le Haut Conseil du financement de la protection sociale a estimé le coût de la fraude à près de 13 milliards d'euros. Nous avons des marges de manœuvre pour accroître la partie récupérée, puisque celle-ci s'élève à environ 500 millions. Des pôles régionaux d'investigateurs, aux profils variés – même s'il s'agit majoritairement d'anciens gendarmes – animent des cellules de lutte contre la fraude. Six points en France sont, pour l'heure labellisés, à Paris, Lille, Saint-Malo-La Rochelle, Blois, Grenoble et Marseille. Les équipes travaillent en lien avec le procureur de la République, la gendarmerie, la police et, surtout, les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'allocations familiales. Ces structures intègrent dans les revenus – lesquels conditionnent le versement d'un certain nombre de prestations – les bénéfices dits illicites, qui sont issus, par exemple, du trafic de drogue. Cette stratégie est en cours de mise en œuvre. Le PLFSS prévoit un accroissement du nombre de postes, conformément à la trajectoire qui avait été définie précédemment, affectés à la lutte contre la fraude.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Le texte que nous étudions atteste notre différence de vision à l'égard de notre système de santé. Alors que nous allons fêter les quatre-vingts ans de la sécurité sociale, rappelons qu'il n'y a pas de dérapage des finances sociales mais une crise du financement de notre modèle de protection sociale. Nous sommes surtout confrontés à un budget court-termiste qui ne permet pas de répondre aux besoins de santé de la population, à l'insuffisante compensation des primes Ségur et au sous-financement de la branche autonomie. Alors que le déficit devrait atteindre 20 milliards d'euros en 2028, nous avons appelé de nos vœux l'élaboration d'un modèle de financement socialement juste, à même de faire face aux défis sanitaires, sociaux et environnementaux auxquels nous sommes confrontés. Nous avons proposé 24,5 milliards de recettes supplémentaires. Quelles nouvelles recettes avez-vous envisagées ?

Il faut partir des besoins, comme je n'ai eu de cesse de le répéter au sujet du remboursement intégral des fauteuils roulants. Confirmez-vous, madame Parmentier-Lecocq, que vous envisagez de prendre un décret maintenant un prix limite de vente, sans renforcer suffisamment les moyens engagés – contre l'avis du secteur et la volonté de notre assemblée, qui a unanimement statué sur le chemin pris par la réforme –, ce qui risquerait d'exclure les fauteuils roulants les plus spécifiques ?

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. Le remboursement intégral des fauteuils roulants a été inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. Votre proposition de loi vise à instaurer un forfait de remboursement des fauteuils plus avantageux, et non un remboursement intégral. Par ailleurs, elle n'est pas parvenue au terme de son chemin parlementaire

puisqu'elle n'a pas encore été adoptée par le Sénat. Mon objectif est d'assurer le remboursement intégral de tous les fauteuils roulants correspondant aux besoins des personnes, y compris des fauteuils les plus spécifiques, comportant les adjonctions nécessaires, sur prescription. L'élaboration de cette réforme exige du temps compte tenu de sa complexité ; il faut mettre tous les acteurs d'accord. Je suis très attachée à ce que l'ensemble des associations qui représentent les personnes en situation de handicap approuvent la réforme que nous allons proposer avec Catherine Vautrin. Tel est l'objet des dernières discussions que nous avons, lesquelles visent, je le répète, à permettre le remboursement intégral, dans les délais les plus brefs, de tous les fauteuils roulants, y compris de ceux qui sont particulièrement coûteux, ainsi que des adjonctions nécessaires.

M. Nicolas Turquois (Dem). Votre présentation est très inquiétante pour nos comptes sociaux : quel législateur, quel responsable public peut se satisfaire d'un déficit prévisionnel de la sécurité sociale supérieur à 20 milliards d'euros pour 2025 ? Dès mai 2024, la Cour des comptes estimait qu'un niveau de déficit de 10,5 milliards représentait un point de bascule car le financement des déficits ne pourrait plus être assuré à terme. Les dépenses doivent donc tout simplement être compensées par des recettes équivalentes : nous devons cesser le « toujours plus », le « jamais assez ». Dans ce cadre, comment entamons-nous, dans ce PLFSS, la transformation de notre système de solidarité pour rétablir les équilibres financiers ? Quid, notamment, de la réorganisation des hôpitaux et de leur gouvernance, qui est à l'origine de graves surcoûts ? Quid de la pluriannualité pour déterminer les trajectoires financières, seule source d'économies de long terme ? Quid, enfin, des dépistages génétiques généralisés des maladies rares à la naissance pour éviter ou limiter les conséquences graves, voire dramatiques, pour des milliers de familles et des surcoûts phénoménaux pour notre système de sécurité sociale ?

M. Yannick Neuder, ministre. Je constate, de la même façon que vous, que le « trou de la sécu » redevient béant. En 2024, le déficit avoisinait 18 milliards d'euros. Si rien n'est fait, il atteindra 28 milliards. Il va falloir s'efforcer de compenser cela. Deux, voire trois douzièmes de l'année 2025 seront consommés avant que nous ne puissions bénéficier de recettes nouvelles ou d'économies. Les services ont déjà commencé la préparation du PLFSS 2026. La sagesse commandait d'augmenter l'Ondam pour passer cette période très difficile mais ce n'est pas dans de telles circonstances que l'on peut envisager des réformes structurelles ; nous avons besoin de réponses immédiates. Il n'en reste pas moins nécessaire de réformer l'organisation des soins, limiter le recours aux urgences et envisager des réformes structurelles pour soigner mieux – car le financement n'est pas tout. Cela nécessite du temps, d'où l'intérêt de la pluriannualité, qu'il faut envisager au moins sur trois ans. Je souhaiterais, si possible avant l'été, signer les engagements pluriannuels avec les établissements pour commencer à envisager des réformes s'inscrivant dans le temps long.

M. Laurent Panifous (LIOT). Le niveau élevé du déficit se conjugue à une évolution démographique défavorable. Le financement de notre modèle de protection sociale repose uniquement sur le travail, ce qui s'apparente à un dogme.

D'ailleurs, la seule solution de financement actuellement envisagée consiste à faire travailler gratuitement 7 heures les Françaises et les Français. Pourquoi n'envisage-t-on pas un élargissement de la base de financement de la protection sociale aux revenus du capital, qui sont peu sollicités par rapport aux revenus du travail ? Il paraît en effet peu envisageable que l'on cotise plus, compte tenu du niveau très élevé des charges.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. Vous abordez le problème-clé. Le travail finance 55 % de la protection sociale, laquelle verse des prestations qui, pour 40 % d'entre elles, sont non contributives. Cela aboutit à un coût du travail élevé pour les employeurs et à un salaire net faible. Les politiques publiques menées au cours des trente dernières années ont eu pour objectif de compenser l'écart entre le salaire net et le salaire brut au moyen d'allégements généraux. Ceux-ci coûtent cher mais se justifient pour ne pas pénaliser le coût du travail non qualifié et soutenir la compétitivité de nos entreprises. La prime d'activité, pour sa part, stimule le pouvoir d'achat des bas salaires – rappelons qu'un tiers de nos compatriotes reste durablement au niveau du Smic. Vous avez mis le doigt sur le vrai sujet. Il faudra, à terme, se pencher, dans le cadre d'un débat serein, sur la diversification des modes de financement de la protection sociale pour qu'elle ne repose pas, de manière disproportionnée – comme c'est le cas aujourd'hui – sur le salaire.

M. Yannick Monnet (GDR). On parle beaucoup, depuis tout à l'heure, du déficit de la sécurité sociale. Alors qu'il suffirait d'aller chercher des recettes pour le combler, vous continuez à vous y refuser ! Par exemple, vous ne prévoyez de récupérer que 1,6 milliard d'euros sur les 80 milliards d'exonérations de cotisations sans contreparties, qui ne servent à rien : on nous parle de compétitivité et d'efficacité, mais il y a eu 300 plans de licenciements depuis 2023 et on annonce 8 % de chômage en 2025 ! Comment peut-on dire que l'on est dispendieux en matière de sécurité sociale alors que six Français sur dix renoncent à des soins, qu'il manque plus de 2 milliards d'euros à l'hôpital public et que 85 % des Ehpad sont déficitaires ?

Soit vous n'avez pas conscience de cette situation, soit vous faites un choix politique : celui de continuer d'assécher les ressources de la sécurité sociale. Si l'on cite Ambroise Croizat, il faut aussi citer l'un de ses principes : partir des besoins ! C'est parce qu'il faisait de la sécurité sociale une variable d'ajustement du déficit public que le précédent texte a été rejeté. Présentez un bon texte et tout se passera bien.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. La question du financement de notre protection sociale est une question très politique. Les visions des uns et des autres, à ce sujet, sont très différentes. Votre discours n'est pas le même que celui d'autres groupes parlementaires, et il n'est pas non plus celui des différentes tendances présentes au sein du Gouvernement.

La réflexion de fond que nous devons mener à ce sujet nécessitera que nous prenions le temps de la discussion, alors que nous sommes aujourd'hui dans une

situation d'urgence : il nous faut trouver une copie de compromis pour ce PLFSS. J'appelle à ce que chacun fasse un pas vers l'autre, comme le Gouvernement s'efforce de le faire. Je le redis : en l'absence de PLFSS, nous ne pourrons pas apporter de nouvelles solutions aux personnes en situation de handicap, ni aider davantage les Ehpad, ni soutenir la mobilité des aides à domicile.

M. Gaëtan Dussausaye (RN). Vous ne dites pas toute la vérité, madame la ministre Panosyan-Bouvet, en prétendant que l'idée des 7 heures de travail non rémunéré viendrait du Sénat et que le Gouvernement n'y serait pour rien : je vous ai trouvée plus volubile lors d'une matinale médiatique ! Aujourd'hui, nous sommes en droit d'avoir l'avis du Gouvernement sur cette proposition qui a été remise sur la table par Mme Vautrin. La question n'est pas que financière ou comptable : faire travailler bénévolement les travailleurs français, cela revient à leur dire que le problème du financement de notre modèle social est de leur faute parce qu'ils ne travaillent pas assez. Or je ne suis pas d'accord avec cette vision : la responsabilité est celle d'Emmanuel Macron depuis sept ans.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. Le texte issu de la CMP n'ayant pas été adopté par l'Assemblée, nous n'avons d'autre choix que de repartir de celui qui avait été voté au Sénat. La contribution de solidarité visant à financer la branche autonomie est une initiative sénatoriale. Mme Vautrin a reçu l'ensemble des groupes pour recueillir leur position et c'est désormais ici à l'Assemblée qu'aura lieu le débat. Ce sera à vous, en commission puis en séance, de vous prononcer.

Mme Annie Vidal (EPR). Les Ehpad sont en difficulté, en dépit du fonds de soutien prévu par le PLFSS, et l'article 40 nous empêche de corriger l'inégalité entre le secteur privé, qui bénéficie des allégements de cotisations sociales prévus à l'article 6, et le sectaire public, qui n'en bénéficie pas. Puisque ce ne sera pas fait dans ce PLFSS, pourrez-vous en tenir compte ultérieurement, madame la ministre déléguée ?

Lors de sa déclaration de politique générale, le Premier ministre a annoncé un projet de loi de programmation pluriannuelle en santé. Compte tenu des déficits annoncés, monsieur le ministre, comment voyez-vous les choses ? Quid, par ailleurs, de la loi de programmation pour le grand âge prévue par la loi « bien-vieillir » ?

Pouvez-vous enfin nous garantir, madame la ministre chargée du travail et de l'emploi, que les 2 milliards d'euros récoltés grâce à la seconde journée de solidarité – une proposition à laquelle j'adhère – seront exclusivement destinés à la branche autonomie ?

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. Le Gouvernement, conscient des différences qui existent entre les Ehpad en fonction de leur statut, va demander à l'administration d'en dresser un bilan ; celui-ci permettra d'éclairer le débat.

M. Yannick Neuder, ministre. La réforme de l'hôpital ne nécessite pas forcément davantage de moyens, mais une refonte du modèle. C'est la raison pour laquelle il me semblait nécessaire que l'Ondam dissocie le rôle des hôpitaux en tant qu'employeurs cotisants de leur rôle dans la délivrance des soins.

Mais avant de réorganiser nos hôpitaux, une réforme structurelle des soins de ville est nécessaire. Ceux-ci doivent participer davantage à la permanence de soins et s'organiser sous forme de petites unités primaires de soins afin que l'on évite le recours systématique à l'hospitalisation, qui se fait souvent après un passage aux urgences et qui constitue une grande source de désorganisation.

Dans un second temps, on pourra réorganiser nos hôpitaux, mieux normer la taille de nos unités et lutter contre les examens inutiles sans pour autant – c'est essentiel – alourdir le travail des soignants. J'espère que nous pourrons nous atteler à cette réforme dans les deux ans et demi qui nous restent avant la présidentielle. Pour ouvrir des lits, il faut des soignants. Or, en trois ans, on peut former 24 000 infirmiers.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. L'amendement voté par le Sénat flèche clairement la contribution de solidarité vers la branche autonomie, madame Vidal.

Monsieur le rapporteur général nous a interrogés tout à l'heure sur la fraude concernant les retraites versées à l'étranger, au sujet de laquelle la rapporteure du Sénat pour la branche vieillesse a fait adopter un amendement prévoyant la généralisation des contrôles biométriques et la délivrance de certificats. Si nous avons convenu avec elle de fixer l'échéance à 2028, c'est pour laisser le temps nécessaire au développement de l'application de contrôle biométrique et à la diffusion de l'information auprès des assurés ; il faut aussi veiller à ce que le dispositif soit accessible à tous les intéressés – notamment à ceux qui ne disposeraient pas d'un smartphone – par l'intermédiaire des consulats, des collaborateurs et des partenaires des organismes débiteurs.

M. Jérôme Guedj (SOC). Vous avez souligné à plusieurs reprises que nous repartions du texte du Sénat, madame la ministre Panosyan-Bouvet, et vous vous en êtes remise à la sagesse du travail parlementaire. J'aimerais tout de même demander l'avis du Gouvernement sur plusieurs points, afin d'éclairer nos débats.

Êtes-vous favorables à la suppression de l'article 23, qui prévoyait le gel des pensions de retraite ? J'imagine que la réponse est positive, mais il serait souhaitable que vous le disiez clairement.

J'ai bien entendu vos propos au sujet de nouvel Ondam, monsieur le ministre, mais vous n'avez pas évoqué l'une des avancées des discussions qui ont suivi la censure : l'absence de déremboursement des consultations médicales et des médicaments. Confirmez-vous qu'aucun décret ne remettra en cause cette décision ?

Quel est votre avis sur la position du Sénat quant à l'article 6, c'est-à-dire sur une réduction de 3 milliards d'euros des exonérations de cotisations, et non de 1,6 milliard comme le prévoyait le texte issu de la CMP ?

Au sujet de la contribution de solidarité prévue à l'article 7 bis B, ce sont vos déclarations qui ont mis le feu aux poudres, madame la ministre Panosyan-Bouvet. J'espère qu'il n'y en aura pas d'autres de cette nature.

Enfin, alors que nous devons déposer nos amendements d'ici jeudi à dix-sept heures, serait-il possible que ceux du Gouvernement nous soient transmis dans le même délai plutôt que quelques minutes avant la séance ?

M. Yannick Neuder, ministre. La position du Gouvernement est très claire : il n'y aura de hausse du ticket modérateur ni sur les médicaments, ni sur les consultations. Des discussions sont en revanche en cours avec les mutuelles, qui ont augmenté leurs tarifs de 6 % sans améliorer leurs prestations. On peut envisager une ponction de la somme ainsi perçue, ou bien un élargissement de leurs missions – ou bien les deux.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. Les retraites ont été revalorisées au 1^{er} janvier de 2,2 % – le niveau de l'inflation constatée les douze mois précédents – pour un coût total de 3,6 milliards d'euros.

S'agissant des allégements de charges, nous repartons du texte du Sénat, mais le Gouvernement a une préférence pour le compromis trouvé en CMP : celui-ci permet de neutraliser l'augmentation du coût du travail sur les bas salaires tout en préservant autant que possible la compétitivité de nos entreprises sur les plus hauts salaires, dans un contexte de durcissement de la situation économique.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. Je le redis : nous avons la volonté d'aboutir à une copie de compromis, issue des discussions et des négociations avec les groupes parlementaires. Nous avons multiplié les rencontres dès notre nomination et nous sommes engagés à ce qu'il n'y ait pas de surprise. En outre, étant tous trois d'anciens députés, mes collègues et moi-même savons qu'il est important pour les parlementaires de prendre connaissance des amendements en amont du débat.

M. Didier Le Gac (EPR). Je me félicite qu'avec l'article 24, relatif à l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, nous puissions enfin retranscrire dans le PLFSS l'accord national interprofessionnel fixant les conditions de réparation des victimes de l'amiante, qui a été voté à l'unanimité. Cet article remplace l'article 39, qui avait été longuement débattu dans le cadre de l'examen du PLFSS 2024 et qui a été abandonné. J'espère que, cette fois, le débat ira à son terme.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. L'article 24 me semble faire consensus, par-delà les appartenances politiques. Il concrétise une transposition

souhaitée par les partenaires sociaux et il a été enrichi lors du débat parlementaire, en lien avec les associations. J'espère que nous en resterons là.

M. Théo Bernhardt (RN). La préservation des cures thermales est un enjeu de santé publique qui relève aussi de l'économie, du tourisme et du social. Le thermalisme, en France, ce sont quatre-vingt-dix stations thermales, 100 000 emplois directs et indirects, et des retombées économiques liées au tourisme. Ses bienfaits, par ailleurs, ne sont plus à prouver. Dérembourser les cures, comme le proposait un amendement déposé en première lecture, reviendrait à empêcher des dizaines de milliers de personnes de se soigner. Quelle est la position du Gouvernement à ce sujet ?

M. Yannick Neuder, ministre. Je vous remercie d'aborder ce sujet, qu'il nous faudra évoquer ultérieurement. Vous indiquez que les bienfaits du thermalisme ne sont plus à démontrer. On peut voir le verre à moitié plein ou à moitié vide mais, si l'on s'en tient au service médical rendu (SMR), les discussions doivent être d'ordre scientifique et sanitaire.

Le thermalisme a entraîné le développement de toute une économie dans les territoires concernés. De nombreuses questions doivent être posées mais elles ne pourront être abordées sans stabilité politique. Il faudra déterminer, avec les acteurs du thermalisme et avec les élus des territoires concernés, qui doivent être les différents financeurs du transport, de la cure médicale et du forfait hôtelier. Est-ce à notre système de sécurité sociale de soutenir toutes ces dépenses ? Je rappelle par ailleurs que, dans la grande majorité des cas, ces cures sont prescrites par des médecins : l'ensemble des acteurs devront être autour de la table.

Je vous rassure, le PLFSS ne prévoit rien à ce sujet, et je vous inviterai à repousser les amendements qui s'y rapporteraient. Ce n'est pas ainsi, en effet, que l'on apportera une solution à une question aussi large. Je pense que les acteurs du thermalisme, qui ne souhaitent pas être stigmatisés en permanence, seront plutôt favorables à ce que l'on aborde le sujet de façon dépassionnée.

M. Hendrik Davi (EcoS). Il avait été décidé l'an dernier de revaloriser les consultations médicales et, pour financer cette mesure, d'augmenter le ticket modérateur. La censure a eu du bon puisque ces idées ont visiblement été abandonnées. Mais, face au problème budgétaire dont Mme Vautrin et vous-mêmes, monsieur le ministre, vous faites l'écho, vous proposez de taxer les mutuelles. Celles-ci, que nous avons auditionnées, expliquent pourtant que l'augmentation de leurs tarifs étant prévue et que, la plupart d'entre elles étant déficitaires, elles ne voient pas comment elles pourraient s'acquitter de cette taxe. Avez-vous avancé sur ce sujet ? Plus généralement, pourquoi refusez-vous d'augmenter les recettes en revenant sur les exonérations de cotisations sociales et en faisant davantage contribuer les revenus du capital ? Je rappelle que nous avions trouvé une majorité à l'Assemblée pour voter près de 17 milliards d'euros de recettes supplémentaires.

M. Yannick Neuder, ministre. Nous nous sommes opposés de façon quasi unanime à l'augmentation du ticket modérateur sur les médicaments et les consultations. Ce n'est pas maintenant que je suis ministre que je vais y être favorable alors que je ne l'étais pas auparavant. Mais j'ai moi aussi auditionné les mutuelles, et je crois qu'il y a une question à approfondir. Le mot « mutuelle » recouvre en effet des réalités différentes. Entre mutualité et assurances, le niveau de financement et le rendement ne sont pas les mêmes.

Les usagers vont subir une majoration des tarifs sans amélioration de leur prise en charge. Cela soulève la question de l'acceptabilité, et cela nécessite que nous discutions avec les mutuelles. Un autre sujet que nous pourrons aborder avec elles est celui du grand âge : est-il un risque ? Si c'est le cas, nous devrons l'évoquer avec elles. Peut-être est-ce lorsque l'on travaille et que l'on est en bonne santé qu'il faut envisager de s'assurer sur le risque de perte d'autonomie et de dépendance.

Il ne s'agit pas forcément de taxer les mutuelles mais peut-être aussi leur confier de nouvelles missions liées ainsi au grand âge ou – autre exemple – à la prévention.

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Rappelons qu'en première lecture, l'Assemblée nationale avait adopté une partie recettes ambitieuse malgré l'opposition acharnée du Gouvernement : 17 milliards d'euros de recettes supplémentaires avaient été prévus pour financer nos droits sociaux et notre système de solidarité. Que reste-t-il aujourd'hui de ce texte ? Rien. Tous les efforts du NFP et de notre groupe ont été effacés, comme si ces avancées n'avaient jamais existé : plus de taxation sur les dividendes, plus de hausse de la CSG ni de l'imposition des revenus du capital, plus de plafonnement des niches fiscales. Doit-on penser à un 49.3 déguisé, quand les amendements portés par la majorité des députés ont été balayés pour mieux imposer l'austérité ? Ce texte revient de la Chambre haute, où la droite a amplifié les attaques sociales. Vous annoncez une hausse de 3,3 % de l'Ondam, c'est-à-dire d'à peine 1,3 % en tenant compte de l'inflation. La Fédération hospitalière de France estime, elle, qu'il faudrait 3,9 milliards d'euros supplémentaires rien que pour maintenir l'existant. Ce sous-financement est criminel : derrière, ce sont des lits fermés, des soignants épuisés et des patients laissés sans soins. Êtes-vous prêts à débloquer les montants nécessaires pour subvenir aux besoins ? Allez-vous dire oui à une fiscalité plus juste ? Allez-vous continuer cette politique de classe ? Peut-on avoir l'avis du Gouvernement avant toute discussion, tout échange ?

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. Il est extraordinaire que le Gouvernement soit interpellé par le seul groupe de l'Assemblée qui a refusé toute discussion avec lui ! Vous ferez vos propositions par voie d'amendement et c'est à l'issue du débat parlementaire que l'on saura si vous avez trouvé le bon équilibre, celui voulu par tous. J'en doute cependant, car vous ne recherchez pas le compromis – lequel est pourtant indispensable, compte tenu de la composition de l'Assemblée aujourd'hui.

M. Michel Lauzzana (EPR). Je constate que seul le bloc central se préoccupe de l'équilibre financier, les autres groupes usant de manœuvres dilatoires.

Le Comité économique des produits de santé (Ceps) peut tenir compte, dans ses décisions, de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production. J'aimerais savoir de quelle façon il tient compte de cette implantation, et s'il pourrait tenir aussi compte de critères relatifs au développement durable ; lorsque la production est réalisée en France, les émissions de gaz à effet de serre sont, au final, moins importantes.

Il me semble par ailleurs que le Sénat n'a pas souhaité prolonger l'expérimentation du cannabis thérapeutique. Celle-ci prendra fin au mois de juillet, alors qu'il s'agit pour certains patients d'un traitement indispensable. Quelle est votre position à ce sujet ?

M. Yannick Neuder, ministre. Un changement aura lieu prochainement à la tête du Ceps, et un rapport sur son efficacité sera présenté. Il est vrai que l'importance de la production locale est l'un des grands enseignements de la crise sanitaire. L'idée que vous évoquez est intéressante ; nous sommes tous d'accord, je crois, pour que le Ceps privilégie les entreprises françaises ou européennes.

Une fois que l'on a dit cela, cependant, on s'est fait plaisir. Le plus important, pour la souveraineté sanitaire, c'est le principe actif. Or, selon les molécules impliquées, celui-ci ne peut pas toujours être produit en Europe : certaines fabrications ne pourront jamais être rapatriées, car elles dégagent des émissions de substances strictement interdites par les normes européennes. Le degré de souveraineté restera donc à préciser.

S'agissant du cannabis thérapeutique, l'expérimentation s'achevait le 31 décembre dernier à minuit, alors que 1 200 patients – sur 3 500 au départ – étaient encore inclus dans le protocole. À vingt-trois heures, j'ai rédigé une lettre de couverture pour que ces patients, traités et soulagés par le cannabis médical, soient approvisionnés jusqu'à ce que nous puissions prendre une décision sur la diffusion du produit, sachant que certains industriels français sont intéressés par la constitution d'une filière. Rappelons que certains de ces patients, notamment ceux qui souffrent d'une algie de la face ou de raideurs à la suite d'un accident vasculaire cérébral, sont rebelles à toute autre thérapie. Aucun patient ne sera en rupture de cannabis thérapeutique. En revanche, pour qu'il n'y ait aucune ambiguïté, je réaffirme ici mon opposition totale à l'usage du cannabis dit récréatif.

M. Arnaud Simion (SOC). Les confédérations des employeurs du secteur sanitaire, social et médico-social vous ont écrit en décembre, madame Parmentier-Lecocq, pour vous demander de décaler le calendrier d'application de Serafin-PH – services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées –, prévue en 2025, afin de permettre aux établissements de s'adapter sans pression excessive. Ils demandent aussi un

engagement ferme en matière de transparence et de garanties réalistes concernant la construction d'un futur modèle tarifaire, afin de préserver la qualité des services rendus aux personnes et un accompagnement renforcé des établissements concernés. Ils demandent enfin la tenue d'un comité stratégique, sous votre présidence, afin de clarifier et arbitrer les orientations politiques de la réforme. Ils ne remettent pas la réforme en cause, mais ils veulent éviter qu'elle ne soit mise en application de façon chaotique et réduite à une dimension technique.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq. Cette réforme, engagée il y a une dizaine d'années, porte sur le financement des établissements médico-sociaux en charge des personnes en situation de handicap et elle doit se mettre en place prioritairement dans les établissements qui accueillent des enfants. C'est une réforme compliquée, qui prend beaucoup de temps, ce qui nous a peut-être fait perdre de vue ses objectifs initiaux. Elle est pourtant importante puisqu'elle vise à accompagner la transformation de l'offre, afin de faire le plus possible du sur-mesure, dans le cadre du parcours des personnes en situation de handicap, en commençant par les enfants.

J'ai reçu les organismes que vous évoquez, qui m'ont fait part de leurs craintes. Je me suis engagée à former ce comité stratégique qu'ils appellent de leurs vœux. Je leur ai aussi accordé un délai pour fournir les informations qu'ils doivent donner concernant les effets potentiels de la réforme sur leur situation, ce qui permettra d'éclairer la réflexion. L'idée est de poursuivre cette réforme dans la concertation et de la mener à son terme en nous assurant de sa capacité à répondre aux besoins des personnes en situation de handicap.

Mme Justine Gruet (DR). Le budget de la sécurité sociale était de 640 milliards d'euros en 2024. Créé en 1945, ce système compte cinq branches, gérées de manière différente et plutôt efficiente – notamment les branches maladie et famille – par des structures privées ou publiques. En raison du coût de la santé, on a tenté de responsabiliser les bénéficiaires, notamment par le biais du ticket modérateur ou du forfait journalier. Chaque fois, le coût a été transféré vers les mutuelles qui ont majoré les cotisations de tous. Même si l'idée peut sembler peu opportune en ce moment, je pense qu'une modernisation et une fluidification de ce système datant de 1945 s'imposent. Ne faudrait-il pas éviter un transfert automatique vers les mutuelles, dont les frais de gestion sont de 30 %, en laissant le patient régler le reste à charge, en fonction de son revenu fiscal de référence, comme dans la branche famille ?

Dans sa niche parlementaire à venir, le groupe Droite Républicaine entend proposer un plafonnement des aides sociales. Seriez-vous prêts à nous suivre sur ce terrain, afin de mieux valoriser ceux qui travaillent ?

Les statistiques font apparaître une augmentation de 1,5 milliard d'euros des allocations familiales, de la prestation d'accueil du jeune enfant et de la prime de rentrée scolaire entre 2019 à 2023, alors que la natalité a baissé de 10 points au cours de la même période. Sommes-nous capables d'avoir une culture de l'évaluation ?

Nous sommes certes dans une période de compromis, mais il faudra que nous ayons le courage de réformer en profondeur ce système auxquels les Français sont attachés.

M. Yannick Neuder, ministre. C'est peut-être le médecin qui parle en moi, mais, concernant le reste à charge, je suis attaché au principe qui a prévalu lors de la création du système en 1945 : chacun doit bénéficier d'une couverture lui donnant accès à des soins de qualité. Même si je peux entendre qu'il faut responsabiliser les patients, l'idée de ne pas rembourser les patients ne m'est pas naturelle. Je préfère que l'on envisage des solutions permettant d'équilibrer un système très important pour ceux qui en ont besoin.

En revanche, nous pourrons trouver un terrain d'entente en ce qui concerne la valorisation du travail et votre proposition de loi tendant à plafonner les minima sociaux. Nous avons tous des exemples de cas où une personne a intérêt à rester chez elle en cumulant les aides plutôt qu'à retourner au travail.

Enfin, nous serons tous d'accord pour considérer que notre pays rencontre un vrai problème démographique. Il faut donc encourager la venue du premier enfant, pas seulement du deuxième ou du troisième. Quelle politique familiale faut-il mener dans un souci d'équilibre démographique en veillant à l'égal accès au travail pour le père et la mère de l'enfant, ce qui n'est pas sans conséquence sur les modes de garde ? Qu'en est-il de l'universalité des allocations familiales ? Pour ma part, je suis attaché à ce principe, sans être certain de notre capacité à le financer.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. Cette question de pouvoir bien vivre de son travail est fondamentale. J'ai déjà eu l'occasion de citer une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques sur le cas d'une femme locataire, payée au Smic et élevant seule deux enfants. Pour qu'elle bénéficie d'une hausse de 100 euros de son revenu d'activité, il faudrait que son employeur l'augmente de 750 euros. Michel Barnier avait lancé le chantier de l'allocation sociale unique, qui va être repris par François Bayrou et suivi par Catherine Vautrin. Il s'agit d'en arriver à un meilleur pilotage en la matière.

Quant à la dénatalité, elle ne peut pas être totalement séparée d'une forme de précarisation des jeunes actifs. On se pose la question d'avoir un premier enfant, pas seulement d'en avoir un troisième. Nous en revenons au travail, trop mis à contribution pour le financement de la protection sociale. La responsabilité de cette assemblée est de se saisir de cette problématique.

M. Arthur Delaporte (SOC). Est-ce vraiment indispensable d'être remboursé à 100 % quand on a des revenus supérieurs à la moyenne ? Éric Lombard ayant soulevé cette question ce matin, je voulais avoir votre point de vue sur l'universalité du système.

Puisque nous n'aurons plus de réelle discussion sur le projet de loi de finances (PLF), j'utilise le reste de mon temps de parole pour revenir sur un élément qui m'est cher : l'accompagnement des jeunes en recherche d'emploi. Le Premier

ministre a certes annulé la suppression prévue de 500 emplois à France Travail, mais les missions locales font face à de grandes difficultés de financement. À la mission locale de Caen, par exemple, 12 ETP sur 100 pourraient ainsi être supprimés. Madame la ministre, qu'en pensez-vous ?

M. Yannick Neuder, ministre. S'agissant du remboursement des soins, je reste fidèle au programme appliqué par le Conseil national de la Résistance en 1946. C'est l'accès aux soins pour tous et partout qui prime, indépendamment du niveau de rémunération. Ce sont mes valeurs : l'éducation, la sécurité et la santé.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. Partageant le point de vue de Yannick Neuder, j'ajouterais que cette façon d'introduire une logique de différenciation des prestations en fonction du revenu fragiliserait le consensus social et politique autour de ce bien public qu'est notre système de santé.

Même si votre question sur les missions locales relève du PLF, je suis d'autant plus encline à vous répondre que j'ai rencontré celle d'Hérouville-Saint-Clair, dans votre circonscription. Le budget des missions locales devrait passer de 635 à 600 millions d'euros, et le nombre de bénéficiaires du contrat d'engagement jeune qu'elles suivent devrait rester à 200 000. Rappelons que les crédits des missions locales ont augmenté de 80 % depuis 2017. Leurs difficultés actuelles sont accrues par la suppression de financements venant des collectivités locales. Nous devons faire en sorte qu'elles continuent à faire ce travail essentiel auprès de nos jeunes, en particulier de ceux qui sont en difficulté.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Lors de son discours de politique générale, Michel Barnier avait annoncé vouloir faire de la santé mentale la grande cause nationale de 2025. L'actuel Premier ministre en sursis a réitéré cette annonce lors de son propre discours de politique générale le 14 janvier dernier. Un salarié sur quatre se déclare en mauvaise santé mentale, et même un sur trois dans les secteurs de l'hébergement médico-social et de l'action sociale. Or le professeur Michel Lejoyeux et Angèle Malâtre-Lansac, les deux experts chargés de préparer cette grande cause par le précédent Premier ministre, ont indiqué la semaine dernière qu'ils étaient toujours en attente des consignes du nouveau gouvernement. Alors qu'une étude menée au Centre d'évaluation pour jeunes adultes et adolescents à Paris et publiée dans une revue internationale ce mois-ci démontre des insuffisances dans la continuité des soins psychiatriques entre l'adolescence et l'âge adulte, ce PLFSS est bien loin des ambitions affichées en matière de santé mentale. Quand et comment comptez-vous réellement prendre à bras-le-corps ce sujet ?

M. Yannick Neuder, ministre. Madame Rousseau, je regrette que vous n'ayez pas été présente au début de cette réunion. Je vantais les mérites du rapport que vous aviez fait avec Mme Nicole Dubré-Chirat dans le cadre d'une mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques. J'avais déjà cité vos travaux lors du grand débat sur la santé mentale que nous avons eu, il y a une quinzaine de jours, à l'initiative du groupe Horizons. Et je vous avais dit partager vos préoccupations lorsque vous avez eu la gentillesse de m'accompagner, le

1^{er} janvier dernier, lors d'une visite au service des urgences de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

Arrêtons de faire des enquêtes, bilans et autres diagnostics. Nous disposons d'un très bon rapport parlementaire. Traitons ce sujet. Nous ne sommes là que depuis un mois et la décision de garder la santé mentale comme priorité nationale n'a été confirmé que lors du discours de politique générale. Je vais rencontrer les deux experts que vous avez cités – les rendez-vous sont en cours de calage. J'ai déjà rencontré l'actuel délégué interministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, sans être sûr qu'il veuille poursuivre sa mission. Il va falloir nous réorganiser avec les différents acteurs pour mener des travaux auxquels je souhaite vous associer totalement car il s'agit d'un sujet vraiment transpartisan. J'avais même suggéré à Nicole Dubré-Chirat de déposer une proposition de loi pour que nous puissions avancer – vous pourriez d'ailleurs le faire ensemble. Il me semble que nous devrions aussi y associer des élus locaux, comme suggéré lors de la mission sur la santé mentale, avec l'idée de nous appuyer sur eux pour territorialiser les décisions. Tous mes déplacements montrent qu'ils sont très partie prenante et qu'ils souhaitent vraiment s'investir dans ce domaine.

J'espère qu'un plan de formation sera inscrit dans les PLFSS car, d'une manière générale et en particulier si nous voulons suivre les recommandations de votre rapport, il faut combler le manque de moyens humains pour cette prise en charge dont les services d'urgence sont l'un des modes d'entrée, comme vous l'avez très bien décrit dans votre rapport. Depuis la loi de 2004, les formations sanitaires et sociales sont dévolues aux régions, auxquelles il faudra accorder des financements dans le cadre du PLFSS et du PLF. Comme vous, madame Rousseau, je pense que nous devons trouver les moyens de former plus et mieux des professionnels. Même si nous sommes en sursis, je vais continuer à travailler.

M. le président Frédéric Valletoux. Dans le PLFSS, il était prévu la création d'un régime fiscal pour les sachets de nicotine. Or nous sommes plusieurs ici à prôner l'interdiction des sachets de nicotine. Ce gouvernement va-t-il, comme le précédent, prendre l'engagement d'interdire les sachets de nicotine ? Il faudrait que nous soyons éclairés au moment où nous discuterons de cette disposition dans le PLFSS.

M. Yannick Neuder, ministre. Comme il est possible de passer par la voie réglementaire, nous allons prendre dans les meilleurs délais un décret d'interdiction de ces sachets.

COMPTES RENDUS DE L'EXAMEN DES ARTICLES

1. Réunion du lundi 27 janvier 2025 à 21 heures (article liminaire à article 6)

Lors de sa seconde réunion du lundi 27 janvier 2025, la commission examine, en nouvelle lecture, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (n° 622) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Guillaume Florquin, M. Louis Boyard, Mme Sandrine Rousseau et M. Philippe Vigier, rapporteurs) ⁽¹⁾.

Article liminaire : *Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour 2024 et 2025*

Amendements de suppression AS173 de Mme Joëlle Mélin et AS374 de M. Hadrien Clouet

Mme Joëlle Mélin (RN). Nous souhaitons supprimer cet article liminaire qui ne nous convient ni sur la forme, ni sur le fond : sur la forme, il n'a pas lieu d'être dans ce texte – même s'il est prévu par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale ; sur le fond, il suffit d'écouter le président du Haut Conseil des finances publiques pour savoir que certains chiffres et projections sont incertains, voire frôlent l'insincérité.

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). L'article liminaire révèle une vérité amère : ce projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) est un texte d'austérité. Ses prévisions cachent un choix politique assumé : d'un côté, on transfère 16 milliards d'euros par an à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) en 2024 et 2025, détournement massif de ressources vitales pour notre protection sociale ; de l'autre, on impose des coupes dans les dépenses sous le prétexte fallacieux d'une crise structurelle. Qui paiera ces sacrifices ? Les classes populaires et moyennes, déjà étranglées, pendant que les grandes entreprises se gavent d'exonérations et de cadeaux fiscaux. Ce PLFSS est l'illustration brutale d'une politique injuste qui démantèle la solidarité pour financer les priviléges d'une minorité. Pour toutes ces raisons, il est impératif de supprimer l'article liminaire.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Ayant été élu rapporteur général il y a quelques jours, je n'ai pas eu le temps de mener toutes les concertations et consultations que j'aurais souhaitées. Cependant, nous avons besoin d'un budget de la sécurité sociale, et qui respecte si possible le cadre organique.

Nous nous trouvons dans une situation inédite et devons tirer les leçons de la censure. Certains irritants sont voués à disparaître, comme l'article prévoyant la

(1) <https://assnat.fr/WRFs3E>

revalorisation en deux temps des pensions de retraite. D'autres points ont fait l'objet d'accords. Même s'ils ne correspondent pas à la position que je défendais en tant que député, j'essayerai, en tant que rapporteur général, de revenir à ces équilibres – j'ai déposé des amendements en ce sens, qui visent un chemin possible et souhaitable. Dans certains cas, je vous proposerai de nous éloigner de ces équilibres, soit parce que de nouveaux éléments sont apparus, soit parce qu'ils sont devenus inopérants, soit parce qu'après expertise, ils créent de l'insécurité juridique. Les Français attendent en effet de la visibilité et de la stabilité.

J'appréhende ce débat avec humilité et responsabilité. J'aurais aimé rendre un avis favorable sur les premiers amendements qui me sont soumis, et je rejoins certains de vos arguments : les prévisions étaient parfois trop optimistes ou sont devenues irréalistes. Mais nous avons à un cadre organique à respecter, et il est important que l'article liminaire donne une trajectoire. Cela ne vise pas à satisfaire les grands groupes financiers, madame Hamdane ! Si nous ne remboursons pas la dette sociale, notre système de protection sociale subira de lourdes conséquences. Il y va de notre crédibilité et de notre capacité de financer les investissements.

Si vous aviez dit que les chiffres ne sont plus bons, nous aurions été d'accord. Cependant, ce n'est pas à moi qu'il revient de les modifier, mais au Gouvernement, par amendement. Le tableau a d'ailleurs été corrigé lors de l'examen du texte au Sénat, lorsque les prévisions de croissance pour 2025 sont passées de 1,1 % à 0,9 %. Bref nous devons sincériser le PLFSS, mais nous ne pouvons pas supprimer l'article liminaire.

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS200 de M. Yannick Monnet

M. Yannick Monnet (GDR). Nous tenons à cet amendement d'appel car, à l'occasion du PLFSS pour 2024, le Gouvernement a abrogé en douce, par le recours à l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, l'article L. 5121-11 du code de la santé publique. Désormais, les produits étrangers dérivés du sang peuvent accéder largement au marché français, même quand les prélèvements ne respectent pas nos critères éthiques comme l'interdiction de rémunérer le donneur. Ils étaient auparavant soumis à un régime dérogatoire très encadré et ne pouvaient être utilisés que lorsqu'ils apportaient une meilleure efficacité ou sécurité thérapeutique, ou lorsque les produits français étaient en quantité insuffisante.

En abrogeant l'article L. 5121-11, le Gouvernement a choisi de favoriser le marché étranger au mépris des règles éthiques mais aussi de l'Établissement français du sang (EFS) et du Laboratoire français de fractionnement et des biotechnologies, qui étaient favorisés par les dispositions dérogatoires. L'EFS est pourtant en mesure de développer un plan plasma permettant de collecter de 1,4 million de litres en 2026-2027, soit 50 % des besoins nationaux, à condition que l'État lui en donne les moyens humains et financiers.

M. le rapporteur général. Cet amendement d'appel nous donne l'occasion de saluer le travail de l'EFS et d'insister sur les enjeux de souveraineté et de respect des principes bioéthiques liés aux produits dérivés du sang.

Sur le fond, je suis pleinement d'accord avec vous : il faut augmenter les moyens de l'EFS. Je dois dire que le texte prévoyait initialement de porter sa subvention de 100 à 110 millions entre 2024 et 2025, et qu'au moment de la commission mixte paritaire (CMP), le Gouvernement a porté sa dotation à 114,95 millions.

J'ai appelé l'exécutif à examiner avec discernement les dotations de l'assurance maladie aux opérateurs. Des économies pourraient être envisagées pour certains, mais d'autres ont besoin de moyens renforcés. Je propose que vous retiriez votre amendement mais que nous menions un combat commun pour augmenter le budget de l'EFS.

M. Yannick Monnet (GDR). Le meilleur combat commun que nous puissions mener est de voter l'amendement ! L'EFS a rencontré d'énormes problèmes financiers et a été sauvé une première fois. Si nous ne sauvegardons pas son modèle, nous courrons à la catastrophe.

M. Damien Maudet (LFI-NFP). Nous voterons cet amendement. La situation actuelle est difficile à comprendre : alors que les campagnes nationales d'appel au don du sang se succèdent, les bénévoles qui gravitent autour de l'EFS nous expliquent qu'ils doivent annuler certaines collectes car l'établissement n'a pas les moyens de mettre à leur disposition des infirmiers et du personnel. C'est dingue ! Il y a urgence, car le sang manque. Si nous voulons pérenniser le modèle et éviter de recourir à des produits étrangers, il faut y mettre les moyens.

M. le rapporteur général. Soyons précis : il s'agit d'un amendement d'appel qui vise à modifier les prévisions de recettes et de dépenses des administrations de sécurité sociale en points de PIB, mais n'augmenterait en rien la dotation de l'EFS.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle rejette l'article liminaire.

PREMIÈRE PARTIE

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

Article 1^{er} : *Rectification des prévisions de recettes, des tableaux d'équilibre et des objectifs de dépenses pour 2024*

Amendement de suppression AS377 de Mme Zahia Hamdane

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). La dégradation du solde des comptes de la sécurité sociale n'a rien d'un mystère : elle ne tient pas à une explosion des dépenses, mais à un manque criant de recettes. Avec ses exonérations de cotisations sociales à répétition, la politique du Gouvernement asphyxie notre système de sécurité sociale. Pour la première fois depuis 2021, les recettes progressent moins vite que les dépenses. La branche maladie est particulièrement étranglée : son déficit atteindra 14,6 milliards d'euros en 2024, soit 3,2 milliards de plus que le montant annoncé en mai. Pourtant, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) n'est abondé que de 2 milliards. Où est passé le milliard manquant ? Ce constat confirme que la trajectoire n'est pas incontrôlée mais volontairement sabotée par des choix politiques favorisant les grandes entreprises au détriment de la solidarité nationale. Supprimer l'article 1^{er}, c'est refuser de valider ce désengagement coupable.

M. le rapporteur général. Comme cela a déjà été dit en première lecture, sur la forme, l'article 1^{er}, comme l'article liminaire, doit obligatoirement figurer dans le PLFSS. Le supprimer, c'est ne pas respecter le cadre organique ; or, à part les Insoumis, je crois que nous voulons tous respecter le cadre républicain.

Sur le fond, supprimer la rectification des prévisions de recettes, de dépenses et de solde pour 2024 ne changerait rien à la réalité de la situation. Cet article ne présente qu'une photographie ; elle n'est peut-être pas belle pour certains – je la trouve pour ma part inquiétante – mais elle est indispensable.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS201 de M. Yannick Monnet

Mme Mereana Reid Arbelot (GDR). L'article 1^{er} fixe l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades à 15,99 milliards d'euros. La Cades pose difficulté à nos yeux car elle est un outil de financiarisation de la sécurité sociale. Cette dernière est en effet contrainte de passer par les marchés financiers pour refinancer sa dette. Cette méthode non seulement assèche les ressources de la sécurité sociale, mais lui coûte cher. En juin 2020, l'économiste Michaël Zemmour a estimé que la dette générée pendant la période du covid coûterait chaque année une dizaine de milliards à la Cades, à laquelle elle a été injustement transférée, contre environ 1 milliard à l'État s'il avait assumé les dépenses exceptionnelles correspondantes.

L'économiste Ana Carolina Cordilha a quant à elle estimé que les divers frais, intérêts et commissions bancaires dont la Cades doit s'acquitter s'élèvent à 91 milliards d'euros sur trente ans, autant d'argent qui ne peut pas être affecté au financement des soins.

L'amortissement de la dette par la Cades n'est pas une décision purement comptable, mais relève d'un choix politique de santé publique. La décision politique d'amortir sur une durée très courte le capital et les intérêts de la dette du covid a déstabilisé durablement la trajectoire financière de la Cades, alors que celle-ci prévoyait en 2019 que la dette sociale serait totalement soldée en 2024.

La dette sociale immobilise près de 16 milliards d'euros en 2025, soit une privation de ressources équivalant à plus de 86 % du déficit des branches et du Fonds de solidarité vieillesse. C'est pourquoi nous demandons que les 15,99 milliards d'amortissement de la dette sociale pour 2024 soient affectés à la branche maladie.

M. le rapporteur général. Vous souhaitez modifier les tableaux d'équilibre et réaffecter à la branche maladie les 16 milliards d'euros d'amortissement de la Cades. Or cette somme a déjà été versée, ce qui rend votre amendement inopérant. L'adopter risquerait de fragiliser juridiquement les opérations de remboursement de la dette par la Cades pour 2024, ce qui pourrait entraîner des coûts supplémentaires et une dégradation des comptes sociaux, au détriment de nos concitoyens qui ont besoin du système de protection sociale.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle rejette l'article 1^{er}.

Article 2 : Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que de ses sous-objectifs

Amendement de suppression AS383 de Mme Élise Leboucher

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Avec ce PLFSS, le Gouvernement persiste à étrangler l'hôpital public et les établissements de santé. L'Ondam rectifié pour 2024 atteint 256,9 milliards d'euros. C'est une hausse dérisoire de 0,78 %, qui se concentre sur la médecine de ville pour couvrir au mieux les honoraires des spécialistes ; pour le reste, rien.

S'agissant de l'hôpital public, les chiffres parlent d'eux-mêmes : la hausse n'est que de 500 millions d'euros alors que la Fédération hospitalière de France (FHF) réclame 2,1 milliards rien que pour rectifier le sous-objectif hospitalier. Cette somme ne couvrira même pas l'inflation. Les déficits explosent, les modernisations sont bloquées et le budget des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) est amputé de 200 millions. La réalité, c'est une austérité imposée à la santé publique au détriment des soignants, des patients et des plus vulnérables. Supprimer l'article 2, c'est refuser de valider une politique qui sacrifie notre système de santé sur l'autel des économies comptables.

M. le rapporteur général. Vous souhaitez supprimer l'article 2 portant rectification de l'Ondam pour 2024, mais là encore, il correspond à une obligation de la loi organique. Nous qui sommes soucieux de mieux contrôler le Gouvernement avons d'ailleurs besoin de ce point de situation. Depuis que vous m'avez élu rapporteur général, je cours après les informations relatives aux articles liminaire, 1^{er} et 2 !

Vous regardez une augmentation insuffisante de l'Ondam, qui n'aurait été que de 0,78 %. Or, à 256,9 milliards d'euros, l'Ondam aurait progressé de 3,7 % entre 2023 et 2024, après des hausses importantes les deux années précédentes. Des moyens significatifs lui ont donc été accordés.

Mme Annie Vidal (EPR). L'Ondam traduit une augmentation des dépenses d'année en année. Vous pouvez légitimement considérer que c'est insuffisant et voter contre l'article, mais vous ne pouvez pas le supprimer : ce faisant, vous supprimeriez la transparence des comptes sociaux. Nous avons besoin de savoir quel était l'objectif initial de dépenses et comment il a été ajusté aux besoins. Si nous supprimons tous les articles qui dressent la situation de l'année précédente, dans dix ans nous n'y verrons plus clair dans nos budgets !

Mme Joëlle Mélin (RN). L'Ondam a considérablement augmenté depuis plusieurs années. Beaucoup d'argent a été mis sur la table, mais l'hôpital reste en déficit chronique. Le problème est donc ailleurs.

L'Ondam est un outil obsolète et inefficace. Quand de surcroît les chiffres sont insincères, comprenez que nous n'avons plus envie de l'utiliser. Mais nous ne voterons pas sa suppression – nous voterons contre l'article. L'argent est là : vous ne pouvez pas faire de l'hôpital la caisse de résonance de vos déclarations politiques. Manifestement, c'est d'un problème de gouvernance que souffre l'hôpital.

M. Yannick Monnet (GDR). Nous votons contre les amendements de suppression des articles parce que nous voulons débattre. Cela ne nous empêchera pas de voter contre la photographie qui figure dans l'article 2, comme un geste symbolique. Rassurez-vous, cela ne supprimera pas la transparence : notre vote n'effacera pas les chiffres de nos mémoires !

M. Jérôme Guedj (SOC). La loi organique pose problème. Si les premiers articles du PLFSS se contentent de présenter une photographie à titre informatif, pourquoi demander au législateur de les approuver ? Nous avons ici une preuve supplémentaire que la loi organique et l'Ondam sont à bout de souffle. Nous voterons contre les amendements de suppression de l'article 2, ne serait-ce que pour pouvoir dénoncer ses insuffisances ensuite. Il n'en reste pas moins que l'Ondam n'est pas le bon outil pour piloter la santé et les comptes publics. Il faudra avoir ce débat.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous sommes nombreux à partager cet avis. Nous en avons d'ailleurs longuement parlé lors de la première lecture du PLFSS.

M. le rapporteur général. Il reste intéressant de suivre l'évolution des chiffres, même si certains aimeraient que la rectification de l'Ondam soit plus importante. J'espère que le Gouvernement précisera encore la situation la semaine prochaine.

Nous sommes dans la même situation que les conseils municipaux ou départementaux quand ils votent les comptes administratifs. On peut critiquer la photographie des comptes, mais on ne peut plus revenir dessus. Cela étant, l'approche pluriannuelle annoncée par le Gouvernement impliquera probablement une modification du pilotage par l'Ondam.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS268 de M. Hendrik Davi, AS1 de M. Jérôme Guedj, AS267 de M. Hendrik Davi, AS385 de M. Damien Maudet, AS202 et AS203 de Mme Karine Lebon (discussion commune)

M. Hendrik Davi (EcoS). Nous souhaitons porter l'Ondam hospitalier de 105,8 milliards à 107,1 milliards d'euros, et diminuer à due concurrence l'enveloppe allouée à la médecine de ville.

Les dépenses d'assurance maladie sont systématiquement sous-estimées. Il est donc chaque année nécessaire de rectifier l'Ondam. Or les tarifications et les crédits alloués aux hôpitaux dépendent de l'Ondam initialement prévu : la sous-estimation de ce dernier conduit donc au creusement de la dette des hôpitaux.

Les chiffres sont politiques, voilà pourquoi nous avons le droit d'en débattre. Le déficit des hôpitaux atteignait 1,3 milliard d'euros en 2022. Au nom de ce déficit, on renonce à investir et à rénover les hôpitaux – qui souffrent d'un taux de vétusté de 60 %. Devant ce constat, il convient de rectifier l'Ondam pour 2024.

Mon amendement AS267 a trait à la prise en charge du Ségur de la santé. Il est scandaleux de voir que le financement de la prime de 183 euros n'a pas été prévu, notamment dans le secteur médico-social. Il ne faut pas s'étonner ensuite que la santé souffre de problèmes de financement !

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous vous proposons d'augmenter l'Ondam pour 2024, pas simplement pour corriger la photographie, ce qui peut paraître incongru alors que l'année est achevée, mais parce que le montant de 2024 sert de base au calcul de l'objectif de 2025 – ce dernier devant désormais connaître une progression globale de 3,3 %, et de 3,6 % à 3,8 % pour l'Ondam hospitalier.

Lors de l'examen du PLFSS 2024, nous avions demandé de retenir un Ondam supérieur de 1,5 milliard d'euros à celui qui a été inscrit dans la loi – et regardez : en fin d'exercice, on voit que les établissements sont en grande difficulté et que ces crédits ont manqué. Certes, ce constat n'évacue pas la question de la

gouvernance et de l'efficience de l'utilisation de l'argent public à l'hôpital – tout n'est pas parfait, des marges de progrès existent – mais il faut repartir d'une base d'Ondam plus en phase avec les dépenses réelles.

M. Damien Maudet (LFI-NFP). Notre amendement vise également à augmenter l'Ondam 2024 pour montrer qu'il faut allouer davantage de moyens aux établissements de santé. Selon la FHF, le déficit des hôpitaux pourrait atteindre 3,5 milliards d'euros. La semaine dernière, l'Assemblée nationale a adopté une proposition de loi relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé. Comment allons-nous appliquer ce texte avec un déficit de 3,5 milliards ?

Les représentants du Rassemblement national affirment que les crédits sont suffisants : dans le *Guide des intox sur notre système de santé*, du cardiologue Olivier Milleron, coécrit avec André Grimaldi, on peut lire que les besoins naturels des établissements de santé croissent de 4 % par an, notamment à cause de l'augmentation des coûts. Ce qui est chronique, qui se retrouve dans chaque PLFSS, c'est le sous-financement de l'hôpital public et des établissements de santé. Ce PLFSS ne semble pas devoir déroger à ce constat. Le gouvernement précédent a été censuré à cause du sous-financement de l'hôpital : vouloir maintenir ce cap, c'est la preuve que vous n'avez pas compris le message envoyé par la censure.

M. Yannick Monnet (GDR). Je défends les amendements AS202 et AS203.

Notre obsession est d'augmenter les moyens de l'hôpital public. Le déficit de l'hôpital public est quatre fois supérieur à son niveau de 2019 : vous étiez déjà au pouvoir à cette époque ! Je crois donc que vous devriez nous écouter davantage. Ne nous opposez pas systématiquement qu'il n'y a pas d'argent. En 2023, la FHF alertait déjà sur une absence de compensation de l'inflation de 1 milliard d'euros, pour les seuls établissements publics de santé. Vous n'en avez pas tenu compte. Depuis 2005, plus de 11 milliards d'économies ont été demandés aux établissements de santé ; entre 2010 et 2018, l'activité d'hospitalisation a augmenté de 18 % quand les effectifs n'ont progressé que de 3,4 %. La situation est connue, écoutez au moins les remarques qui vous sont adressées, cela pourrait améliorer le sort de l'hôpital public !

M. le rapporteur général. Tout d'abord, monsieur Monnet, je ne faisais pas partie de la majorité en 2019. J'ai lu tous les amendements déposés sur ce PLFSS et je partage certaines phrases de vos exposés sommaires, par exemple « *La revalorisation des métiers du médico-social est aujourd'hui une nécessité pour faire face à la pénurie de personnels et améliorer les conditions de travail.* » Vous avez évoqué aussi le financement du Ségur, qui n'a pas été totalement assuré, comme l'a reconnu le ministre Laurent Saint-Martin cet automne.

Cependant, ce n'est pas en modifiant l'Ondam d'un exercice clos que nous répondrons aux problèmes de financement de l'hôpital. Cette réponse technique s'impose, même si je comprends que vous ayez envie d'entamer le débat. Vous avez déposé des amendements d'appel sur les établissements de santé, les primes, les Ehpad... Chaque sujet mérite l'attention. Comme certains d'entre vous, je siège, sans voix délibérative, dans des conseils de surveillance d'hôpital et je mesure la dégradation de la situation.

En revanche, contrairement à certains d'entre vous, par exemple les auteurs de l'amendement AS268, je n'oppose pas la médecine de ville à l'hôpital. Nous avons besoin des deux. Nous devons prendre soin à la fois de la médecine de ville et des établissements de santé.

Comme le souligne M. Guedj, il est nécessaire de compenser l'inflation pour les hôpitaux, ce qui n'a pas toujours été le cas. Néanmoins, nous sommes en plein exercice de rectification de la rectification : l'inflation est aujourd'hui légèrement inférieure à l'estimation effectuée en octobre – 2 % contre 2,1 % –, ce qui constitue une bonne nouvelle.

En 2024, des rallonges ont été accordées mais un pilotage par rallonges, c'est-à-dire par crédits non renouvelables, se révèle déresponsabilisant. Il est nécessaire de réinsuffler de la responsabilité, notamment par le biais de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens à la base nettoyée et non par celui d'une modification de l'Ondam d'un exercice clos.

Je demande le retrait des amendements ; à défaut, l'avis sera défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). Sans cesse revient la demande de moyens supplémentaires, alors que 60 milliards d'euros ont été injectés dans les hôpitaux sans aucune amélioration des conditions de travail des professionnels de santé ni de la prise en charge des patients. Cela me pose véritablement problème. Pourquoi en est-il ainsi ?

Les moyens sont-ils toujours insuffisants ? Il me semble que c'est une réponse trop courte. Le problème de l'hôpital est ancien : nous avons une responsabilité à assumer, mais les premières difficultés proviennent des 10 milliards d'euros d'économies imposées par Marisol Touraine sans aucune réorganisation ni réflexion sur l'organisation des soins et la gouvernance hospitalière, suivies de la tarification à l'activité et de l'instauration des pôles hospitaliers, qui ont considérablement complexifié le système. Celui-ci n'est probablement plus soutenable, mais nous ne l'avons pas réformé quand il fonctionnait et nous ne le faisons pas plus maintenant que nous manquons de temps et de moyens financiers. Nous allons droit dans le mur, et nous triplerions les moyens que cela ne marcherait probablement pas mieux.

Nous devrions être capables de mener un travail collectif de réforme. En 2018, le groupe La France insoumise avait proposé à la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) d'analyser s'il fallait conserver l'Ondam ou élaborer un nouvel outil. Le rapport avait été confié à Caroline Fiat, qui avait abandonné le travail en raison de sa complexité.

M. Yannick Monnet (GDR). La tarification à l'activité a été créée en 2004 par Philippe Douste-Blazy avant d'être renforcée pendant la présidence de Nicolas Sarkozy. C'est le modèle économique de la tarification à l'activité qui a mis l'hôpital à genoux.

Vous pensez que l'hôpital ne fonctionnerait pas mieux si l'on triplait ses moyens ? Essayons, nous verrons bien ! Je milite pour que l'on sorte le financement des hôpitaux et des Ehpad du PLFSS pour le sanctuariser pendant cinq ans dans une loi. D'ailleurs, pour moi, la sécurité sociale devrait être gérée par les seuls partenaires sociaux, comme cela était le cas jusqu'aux années 1960 : la gestion des politiques a créé le bazar. Avant, l'approche était centrée sur les besoins davantage que sur les dépenses.

M. Damien Maudet (LFI-NFP). Est-ce que tripler les moyens de l'hôpital améliorerait la situation ? Madame Vidal, vous ne vous posez la question que pour les investissements dans les services publics. Les exonérations de cotisations sociales, elles, ont doublé depuis 2017 sans que personne ne se demande si cela fonctionnerait mieux, et il en va de même pour les aides aux grandes entreprises.

Comment peut-on croire que les hôpitaux peuvent investir s'ils ne peuvent pas payer leurs charges à cause de l'inflation ? Oui, il faut consacrer davantage de moyens aux hôpitaux, et pourquoi pas le triple !

Madame Vidal, la semaine dernière, en séance publique, vous avez été celle qui a déposé le plus d'amendements contre l'amélioration des conditions de travail du personnel hospitalier lors de l'examen de la proposition de loi visant à instaurer des ratios de soignants par patient. Vous dites qu'on ne trouve pas de solution, mais vous faites de l'obstruction dès qu'on en propose.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle rejette l'article 2.

Article 2 bis (nouveau) : Rectification du montant Z pour 2024

Amendement de suppression AS587 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. La commission des affaires sociales du Sénat a créé cet article par amendement, avec le soutien du Gouvernement. Il vise à corriger une sous-évaluation de l'assiette de la clause de sauvegarde du dispositif médical, à hauteur de 50 millions d'euros sur les 140 millions d'écart.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 avait fixé le montant Z, qui correspond au montant que ne peuvent pas dépasser les produits ou prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, à 2,31 milliards d'euros, soit une progression de 4,5 % par rapport à l'année précédente. Problème : le seuil a été calculé sans tenir compte de l'exonération de TVA prévue par le présent PLFSS, laquelle aurait dû conduire à diminuer le montant Z de 140 millions.

Néanmoins, l'absence d'adoption du PLFSS 2025 avant le 31 décembre 2024 menace la pérennité de cette mesure : en effet, comme la clause de sauvegarde est assimilée à une imposition de toute nature, toute modification de portée rétroactive doit être justifiée par un motif d'intérêt général suffisant, contrôlé par le juge. Dans la mesure où il n'est pas certain à ce jour que la clause de sauvegarde du dispositif médical sera appelée au titre de 2024, la correction de l'assiette prévue par l'article 2 bis est une mesure de rétroactivité fiscale pure, qui risquerait fort d'être annulée par le juge puisqu'elle remet en cause une situation légalement constituée pour les entreprises, motivée par une perte de recettes fiscales qui n'est qu'éventuelle. Je vous propose donc de supprimer l'article.

La commission adopte l'amendement et l'article 2 bis est supprimé.

En conséquence, les amendements AS204 de M. Yannick Monnet et AS406 de Mme Élise Leboucher tombent.

La commission en ayant rejeté tous les articles, l'ensemble de la première partie du PLFSS est rejeté.

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 dans le cadre de la réforme du mode de calcul de la pension de retraite de base

La commission adopte l'article 3 non modifié.

Article 3 bis A (nouveau) : Extension des missions du comité de suivi des retraites à la comparaison des situations des Français de l'Hexagone et des Français ultramarins

Amendement de suppression AS582 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Je vous propose de supprimer l'article 3 bis A, inséré dans le texte par le Sénat contre l'avis du Gouvernement et de la commission des affaires sociales. La CMP l'avait supprimé.

L'article confie au comité de suivi des retraites la mission de produire, dans son avis annuel, une analyse comparée de la situation des retraités résidant en France métropolitaine et de ceux habitant dans des collectivités régies par l'article 73 de la Constitution.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 3 bis A non modifié.

Article 3 bis : Affiliation au régime général des agents des Terres australes et antarctiques françaises pendant la durée de leur mission

La commission adopte l'article 3 bis non modifié.

Article 3 ter : Accès des médecins en cumul emploi-retraite au régime simplifié des professions médicales

Amendements de suppression AS119 de M. Hendrik Davi et AS259 de Mme Karen Erodi

M. Hendrik Davi (EcoS). Plus de 13 000 médecins cumulent un revenu d'activité et une pension de retraite. Nous continuons de penser que ce n'est pas un bon dispositif. Il n'est pas normal que ces praticiens bénéficient d'une exonération de cotisations sociales et du régime simplifié des professions médicales.

Nous préférons recruter de jeunes médecins. On en forme ! Si des praticiens retraités veulent poursuivre leur activité, rien n’empêche qu’ils cotisent à la sécurité sociale et soient rattachés au régime commun. Voilà pourquoi nous souhaitons supprimer l’article.

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). Nous souhaitons supprimer les exonérations de cotisations sociales dont bénéficient les médecins cumulant un emploi et leur retraite. Cette mesure est directement inspirée du programme du Rassemblement national, qui avait été jusqu’à proposer, lors de sa niche parlementaire, d’étendre cette exonération à l’impôt sur le revenu – ils ont au moins le mérite de la clarté.

Le dispositif est profondément injuste car il avantage fiscalement une profession dont le revenu moyen annuel – 124 000 euros – fait partie des 2 % les plus élevés de notre pays, tout en privant la sécurité sociale de nouvelles ressources cruciales quand on sait que les exonérations de cotisations sociales les amputent déjà de 90 milliards d’euros chaque année.

Cette mesure est surtout inefficace, comme l’a même reconnu le Conseil national de l’Ordre des médecins (Cnom) : les exonérations de cotisations sociales n’ont aucun impact sur le maintien en activité des médecins retraités. En réalité, les professionnels prolongent leur activité non pour des raisons fiscales, mais par refus d’abandonner leurs patients et patientes dans les déserts médicaux.

Cette nouvelle exonération de cotisations sociales est une attaque insidieuse contre le droit au repos des médecins et contre la retraite, une énième mesure qui montre que le Rassemblement national soutient le départ à la retraite à 67 ans, voire plus tard, pour les médecins qui ont déjà des carrières longues et éprouvantes.

M. le rapporteur général. Deux articles du texte portent sur les médecins qui poursuivent leur activité, qui recouvrent deux sujets bien différents. L’article 3 *ter* concerne leur affiliation au régime simplifié, non l’exonération des cotisations. Il s’agit d’un allégement des démarches administratives, avec l’instauration d’un interlocuteur unique qui serait l’Urssaf. L’idée est de simplifier le retour à l’emploi des médecins qui s’étaient complètement arrêtés, afin de les y inciter. Cela pose des problèmes techniques, mais qui n’ont rien à voir avec les exonérations de cotisations.

Je suis défavorable à ces amendements.

M. Michel Lauzzana (EPR). Il paraît que le cumul emploi-retraite serait inutile ? Dans mon département, presque la moitié des médecins partiront à la retraite dans les cinq prochaines années. Si nous n’encourageons pas le cumul, ils ne poursuivront ou ne reprendront pas leur activité – ou alors ils deviendront salariés et ne feront plus de médecine de premier recours. Plusieurs médecins m’ont dit qu’ils faisaient attention à ne pas dépasser un certain revenu pour continuer de bénéficier du régime favorable : sans celui-ci, il n’est plus intéressant d’effectuer des remplacements.

Mme Sérgolène Amiot (LFI-NFP). Je m'oppose fermement à ces propos approximatifs émanant de l'institut du doigt mouillé. Quelques exemples ne pèsent guère par rapport à l'avis du CNOM lui-même, lequel affirme que l'exonération n'est pas efficace.

Il serait temps de réfléchir aux moyens de disposer d'un pôle suffisant de médecins. L'appel à des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) et la suppression du *numerus apertus* représentent une partie de la solution, bien davantage que des mesures fiscales, qui privent la sécurité sociale des ressources servant à payer les médecins.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Le système de guichet unique fonctionne déjà avec le CNOM : toutes les démarches sont centralisées pour les médecins qui démarrent ou reprennent une activité. Par ailleurs, dans le domaine de la psychiatrie, environ 20 % des médecins cumulent un emploi avec leur retraite ; compte tenu de la démographie médicale, l'arrêt de leur activité serait catastrophique pour l'accompagnement des patients.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je m'oppose à ces amendements de suppression. Bien sûr qu'il serait préférable qu'il y ait suffisamment de médecins, imposés comme tout le monde, mais en attendant, certains territoires sont en très grande souffrance ! Si des mesures, même imparfaites, permettent à des personnes d'avoir accès à un médecin, il faut les conserver. Le temps de la formation de nouveaux médecins est long, le besoin de praticiens est immédiat. Les propos qui ont été tenus sur les exonérations de cotisations sociales – qui ne sont pas l'objet de cet article, comme l'a dit le rapporteur général – sont délétères dans la situation que nous connaissons.

La commission rejette les amendements.

Amendements AS341 et AS342 de M. Hendrik Davi (discussion commune)

M. Hendrik Davi (EcoS). Le régime simplifié des professions médicales est soumis à un taux unique de cotisation de 13,5 %. Certes, ce n'est pas une exonération de cotisations, monsieur Bazin, mais ce régime est dans la plupart des situations favorable aux retraités et induit des pertes de cotisations pour la sécurité sociale.

Face aux 80 milliards d'euros d'exonérations de cotisations sociales et aux problèmes de financement de l'hôpital public, nous proposons dans l'amendement AS341 d'assortir le régime simplifié des professions médicales d'une compensation intégrale des recettes par une diminution des exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires. Et si vous ne voulez pas taxer les heures supplémentaires, nous proposons dans l'amendement AS342 de compenser par une diminution des exonérations patronales.

Ces amendements devraient contenter tout le monde puisqu'ils permettent aux médecins de bénéficier de ce régime sans manque à gagner pour la sécurité sociale, le tout pour des montants qui ne sont pas énormes.

M. le rapporteur général. Étant opposé aux réductions de cotisations pour les heures supplémentaires, il est cohérent que vous proposiez de les supprimer pour servir de compensation au régime simplifié. Vos deux amendements suivent cette logique de gage, mais chacun fait une victime collatérale : les salariés pour l'amendement AS341, qui pèserait sur leur pouvoir d'achat, et les entreprises pour l'AS342.

Cela dit, les conséquences du montant global des exonérations dans le PLFSS sont un vrai sujet, et davantage encore avec l'augmentation du Smic.

Avis défavorable aux deux amendements.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale présente de façon très claire la compensation des mesures de réduction et d'exonération de cotisations et contributions. De mémoire, le montant des exonérations de cotisations liées aux heures supplémentaires qui ne sont pas compensées par le budget de l'État est de 2,5 milliards d'euros. Cela contribue à expliquer le déficit de la sécurité sociale.

Toutefois, contrairement aux années précédentes, nous n'avons pas déposé d'amendement supprimant la désocialisation des heures supplémentaires, au nom du pouvoir d'achat. Nous serons donc favorables à l'amendement AS342, qui porte sur une autre exonération non compensée.

M. Hendrik Davi (EcoS). Toute utilisation des exonérations de cotisations sociales au service d'une politique fait une victime collatérale : le budget de l'État, si l'exonération est compensée, ou celui de la sécurité sociale, donc les hôpitaux, si elle ne l'est pas.

Je ne suis pas favorable au cumul emploi-retraite, mais si vous pensez qu'il est nécessaire, je demande simplement que le manque à gagner pour la sécurité sociale soit compensé. Le montant en cause est presque dérisoire en comparaison de celui des exonérations liées aux heures supplémentaires. Mais c'est une question de principe : toute exonération doit être compensée.

Mme Joëlle Mélin (RN). L'ensemble des exonérations de charges sociales représentent un montant de 90 milliards d'euros. De façon simpliste, on pourrait considérer que cela correspond à 90 milliards de surcoût du travail, car ces exonérations qui se sont accumulées au fil du temps, pour des motifs certainement légitimes, ont pu devenir obsolètes, inefficaces ou réservées à une trop petite partie de la population.

Ces exonérations posent un vrai problème pour la remise en état de nos comptes. Deux solutions sont envisageables : soit les compenser, ce qui implique

de chercher les financements sur d'autres budgets, soit instaurer des règles pour éviter d'en créer de nouvelles – principe suivi par Sarkozy en 2007, sans succès puisque c'est l'inverse qui s'est produit. Quoi qu'il en soit, nous devons réfléchir à une diminution du coût du travail en identifiant les exonérations devenues obsolètes.

M. Yannick Monnet (GDR). Comment peut-on dire que les exonérations augmentent le pouvoir d'achat ? C'est une vue de l'esprit, ou une posture idéologique. Tout affaiblissement de la sécurité sociale représente des coûts supplémentaires pour les gens – médicaments non remboursés, déplacements non pris en charge, mutuelles qui augmentent !

Le Rassemblement national propose de baisser les charges sociales pour redonner l'équivalent aux salariés, mais il n'y aurait pas de gain puisque cela entraînerait des surcoûts de santé bien plus importants !

M. le rapporteur général. Je rappelle que l'amendement AS341 porte sur les heures supplémentaires alors que l'AS342 porte sur la réduction Fillon, instaurée il y a plus de vingt ans et jamais remise en cause depuis. Si la réduction Fillon a bien été compensée, par la TVA, les exonérations liées aux heures supplémentaires ne l'ont pas été. Elles représentent environ 2,5 milliards. La plupart des exonérations sont compensées par la TVA.

Je rappelle aussi que les exonérations dont peuvent bénéficier les médecins retraités qui travaillent concernent l'assurance vieillesse et n'ont donc aucun impact sur la branche maladie.

Enfin, l'objet de l'article 3 *ter* est de simplifier des démarches administratives. Il ne peut donner lieu à un débat – certes nécessaire – sur le coût du travail et les problèmes de compétitivité.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle adopte l'article 3 ter non modifié.

Article 3 *quater A* (nouveau) : *Exonération de cotisation d'assurance vieillesse pour les médecins exerçant en situation de cumul emploi-retraite*

Amendements de suppression AS3 de M. Jérôme Guedj, AS76 de M. Hendrik Davi, AS295 de Mme Karen Erodi et AS610 de M. Frédéric Valletoux

Mme Sandrine Runel (SOC). Nous proposons par l'amendement AS3 de supprimer cet article qui prévoit, encore et toujours, une exonération, en l'occurrence pour les cotisations d'assurance vieillesse des médecins en cumul emploi-retraite. Cette exonération, qui était déjà prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, a eu un effet inverse à l'objectif recherché puisqu'il y a eu moins de médecins retraités actifs en 2023 qu'en 2022.

M. Hendrik Davi (EcoS). On ne peut pas à la fois dire qu'on n'a pas d'argent pour abroger la réforme des retraites et prévoir, au détour d'un article, des exonérations sur les cotisations d'assurance vieillesse.

J'ajoute que les médecins retraités ont en général des revenus suffisants pour payer ces cotisations.

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). Le dispositif d'exonération de cotisations sociales pour les médecins en cumul emploi-retraite est une idée inspirée du Rassemblement national. Une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques de 2024 montre que ce dispositif n'a pas fait ses preuves : il a surtout provoqué un effet d'aubaine dans les zones urbaines ; il n'a pas été utile pour lutter contre la désertification médicale.

Plutôt que d'inciter nos aînés à travailler jusqu'à 75 ans avec des appâts financiers, attelons-nous à chercher de vraies solutions : ouvrir des places dans les universités et mettre fin au *numerus clausus*, réguler l'installation des praticiens, notamment en soutenant le texte transpartisan sur les déserts médicaux, et surtout régulariser les Padhue, ainsi que le prévoyait la proposition de loi de nos collègues Damien Maudet et Hadrien Clouet défendue lors de notre niche parlementaire.

Arrêtez de singer le RN et revenez sur ces exonérations de cotisations.

M. le rapporteur général. Depuis la première lecture, où des amendements, que je connais bien, proposant des exonérations de cotisations sans plafond et sans condition avaient été déposés, ce sujet a évolué. L'exonération n'est qu'un des leviers pour inciter les médecins à continuer à travailler ou à reprendre le travail.

Madame Runel, je ne suis pas sûr qu'on puisse tirer des conclusions sur l'efficacité du dispositif à partir des données de la période 2022-2023, qui a été influencée par des facteurs démographiques et par le post-covid. Je rappelle également que les décrets d'application n'ont été publiés qu'en juin, ce qui raccourcit d'autant la période de mise en œuvre du dispositif. Vous évoquez aussi dans votre exposé sommaire une aggravation mécanique du déficit de la branche maladie, mais l'exonération en question ne peut avoir aucun impact en la matière puisqu'elle ne concerne que l'assurance vieillesse.

Le vrai problème est que la Caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf) se trouve en situation de déséquilibre financier et fait face à une équation démographique compliquée. Il faut prévenir tout effet d'aubaine afin d'éviter un déséquilibre trop grand entre le nombre de cotisants et le nombre de retraités. Le dispositif devra donc être retravaillé d'ici à la séance en approfondissant les dispositions adoptées en CMP et au Sénat concernant les plafonds, les critères et les zones d'intervention prioritaire, qui couvrent environ un tiers de notre pays.

À approfondir aussi, l'idée que chaque cotisation puisse ouvrir des droits. Contrairement à certaines caisses de retraite autonomes, la Carmf ne prévoit pas de seconde liquidation pour les périodes travaillées après la retraite. Les médecins retraités qui réfléchissent à reprendre leur activité peuvent trouver cela injuste par rapport à d'autres métiers.

Nous devrons donc trouver d'ici à la lecture définitive un dispositif équilibré, qui soit incitatif sur le court terme et qui ne crée pas de déséquilibre mettant en danger notre système de retraite sur le long terme.

M. le président Frédéric Valletoux. Compte tenu des arguments du rapporteur général, je retire mon amendement.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). C'est dommage ! Nous étions pourtant totalement d'accord. Comme le montre votre exposé sommaire, les dispositifs d'incitation se sont multipliés ces dernières années, mais ils n'ont pas fait leurs preuves.

Les médecins ne sont pas uniquement mus par l'appât du gain. Ils décident de s'installer parce qu'ils voient de l'intérêt à leur activité et parce que des services publics et des réseaux scientifiques ou collégiaux sont déjà présents sur le territoire.

J'ajoute que les exonérations prévues par l'article ne s'appliquent que jusqu'à un certain plafond de revenus. Le revenu sera donc le même au-delà de ce seuil : le dispositif n'incite donc pas à travailler davantage. Pour citer Frédéric Valletoux à la fin de son exposé sommaire, « *Cette mesure tend à mettre en place une exonération en deçà d'un revenu d'activité et pourrait, par conséquent, encourager les médecins à être en dessous de ce seuil et engendrer ainsi une baisse du temps médical disponible pour les patients.* » La mesure n'est pas simplement inutile : elle a des effets négatifs.

J'invite donc tous les commissaires à écouter le président de la commission et à voter la suppression de cet article.

M. le rapporteur général. Vous avez tous raison ! En fonction des situations, un dispositif peut être incitatif ou non. Il faut également prendre en compte les évolutions sociétales : des soignants peuvent être tentés, à un moment de leur carrière, de ralentir ou d'arrêter, avant de décider de reprendre. Il faut faciliter cette décision, administrativement et financièrement.

Je trouve qu'un système optionnel laissant le choix entre les exonérations sans droits nouveaux et les cotisations avec droits nouveaux serait plus juste et plus équilibré, mais il ne m'appartient pas d'en décider puisque les caisses sont autonomes.

Nous avons besoin des médecins retraités. Ils font tenir certains établissements et nous avons tous été bien contents de pouvoir faire appel à eux pendant la covid et les opérations de vaccination.

Comme tout dispositif prévoyant un plafond, cet article provoquera des effets de seuil. Plutôt que de le supprimer, je vous invite à travailler avec le Gouvernement pour arriver à un équilibre, avant, dans l'idéal, de travailler avec la Carmf pour élaborer à moyen terme un système gagnant-gagnant.

M. Yannick Monnet (GDR). Je n'ai jamais cru aux exonérations de cotisations. Je ne pense pas que les médecins se décident à poursuivre par appât du gain. Dans un territoire très rural comme le mien, leur principale préoccupation est de récupérer du temps médical. La charge administrative est aujourd'hui telle que des médecins s'arrêtent car ils en ont marre de devoir consacrer un tiers de leur temps aux démarches administratives ! Nous ferions mieux de nous poser cette question. Il existe des réponses, comme l'exercice salarié dans les centres municipaux de santé, qui permet de disposer de davantage de temps médical.

L'amendement AS610 est retiré.

La commission adopte les amendements et l'article 3 quater A est supprimé.

En conséquence, les amendements AS350 et AS347 de M. Hendrik Davi tombent.

Article 3 quater : Trajectoire de hausse progressive du taux global des cotisations et contributions des micro-entrepreneurs

Amendement de suppression AS297 de M. Hadrien Clouet

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Depuis bientôt dix ans, Emmanuel Macron déploie son projet de contournement du salariat et de destruction méthodique des protections sociales, notamment issues du droit du travail. Le développement massif de l'autoentrepreneuriat, avec plus de 700 000 autoentrepreneurs supplémentaires entre 2017 et 2022, est un des leviers de cette politique. Les libéraux, depuis la présidence Hollande, ont transformé la relation salariale pour permettre toujours plus d'exploitation.

Le programme du NFP est en rupture radicale avec cette logique. Il promeut l'utilisation des cotisations sociales pour garantir les droits sociaux, notamment en matière de retraite. Plusieurs jugements ont confirmé l'obligation d'affiliation des microentrepreneurs à un régime complémentaire de retraite. Un calendrier de hausse progressive des cotisations, essentiel pour garantir des retraites dignes, commence au 1^{er} juillet 2024. Les diminutions proposées, de 20 % pour l'année 2024 et de 10 % pour l'année 2025, ne trouvent aucune justification. Nous proposons donc la suppression de cet article.

M. le rapporteur général. Cet article fait suite à une décision du Conseil d'État qui, le 9 février 2024, a jugé que les microentrepreneurs ne pouvaient pas déroger à l'obligation d'affiliation à un régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse. Cette décision implique une hausse progressive du taux

global de cotisation et de contribution des microentrepreneurs libéraux, qui doit désormais inclure la cotisation au régime complémentaire de retraite. Sans cet article, la hausse serait brutale puisque le taux passerait de 21,1 % à 26,1 % d'un coup.

Le Conseil d'État a jugé que l'entrée en vigueur de sa décision devait être différée, compte tenu des conséquences qu'aurait son application immédiate. Le décret du 30 mai 2024 prévoit donc une hausse progressive sur trois ans. L'article permet de sécuriser juridiquement cette progressivité, qui est d'autant plus nécessaire que le rappel de cotisation est rétroactif pour les micro-entrepreneurs concernés.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 3 quater non modifié.

Article 4 : Pérennisation du dispositif d'exonération de cotisations patronales lié à l'emploi des travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi et relèvement du plafond d'exonération totale de 1,20 Smic à 1,25 Smic

Amendement AS63 de M. Vincent Descoeur et sous-amendement AS607 de M. Thibault Bazin

Mme Sylvie Bonnet (DR). Nous proposons d'inclure les entreprises de travail agricole dans les bénéficiaires du dispositif travailleur occasionnel-demandeur d'emploi (TO-DE). Cela permettrait de mettre fin à une rupture d'égalité et participerait à la compétitivité économique de l'agriculture.

M. le rapporteur général. Je suis favorable à cet amendement sous réserve de l'adoption de mon sous-amendement, qui propose de circonscire l'extension de cette exonération aux saisonniers des entreprises de travaux forestiers (ETF), plutôt que de l'ensemble des entreprises de travaux agricoles, ruraux et forestiers. Nous avons mené une expertise depuis la CMP et nous avons constaté que les besoins de main-d'œuvre des ETF, qui connaissent des fragilités, sont concentrés dans le temps.

La commission adopte le sous-amendement puis rejette l'amendement.

Amendement AS2 de M. Arthur Delaporte, amendements identiques AS206 de Mme Karine Lebon et AS399 de Mme Zahia Hamdane (discussion commune)

Mme Sandrine Runel (SOC). L'amendement AS2 est défendu.

Mme Mereana Reid Arbelot (GDR). Dans une logique de protection des travailleurs et de contrôle des finances publiques, l'amendement AS206 vise à soumettre au respect de critères sociaux les aides versées au secteur agricole au titre du dispositif TO-DE. Il s'inspire des travaux de nos collègues André Chassaigne et Marcellin Nadeau dans le cadre de la proposition de loi visant à garantir aux travailleurs saisonniers agricoles des conditions de travail et d'accueil dignes.

Les saisonniers agricoles sont souvent embauchés pour faire face à des pics d'activité dans des secteurs peu ou pas mécanisés. Dans de trop nombreux cas, leurs conditions de vie et de travail contreviennent aux stipulations de leur contrat. Un rapport parlementaire datant de 2015 cite un vaste contrôle portant sur 8 000 exploitations : aucun des dossiers examinés n'était pleinement conforme au code de travail. Ces manquements peuvent entraîner des accidents graves, parfois mortels.

Dans ce contexte, nous proposons de soumettre l'exonération des cotisations patronales applicables à l'emploi des travailleurs occasionnels et des demandeurs d'emploi à l'existence d'un logement digne, à la protection des salariés lors des canicules, à la remise en cause de la rémunération à la tâche et à la prise en charge des frais de transport.

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Mon amendement vise à subordonner la pérennisation du dispositif TO-DE au respect de critères sociaux pour l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi. Il reprend une proposition de la Confédération paysanne que nous soutenons pleinement.

Les vendanges, par exemple, sont trop souvent émaillées de faits tragiques. Elles sont caractérisées par des logements indignes, des traitements inhumains et des conditions de travail déplorables, comme en témoignent régulièrement des cas révoltants. Il est donc impératif d'imposer des critères sociaux pour le versement de ces aides, en exigeant des logements dignes, une protection accrue des travailleurs en période de canicule, la remise en cause de la rémunération à la tâche et la prise en charge des frais de transport des salariés.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Dans l'immense majorité des cas, les conditions de travail des intéressés sont de qualité. Vous voulez conditionner le bénéfice d'une exonération par le fait que la réglementation soit respectée, mais j'espère bien, comme tout le monde ici, que tel est d'ores et déjà le cas ! Je ne nie pas qu'il existe des abus mais, élu non loin des Vosges, où l'on produit des mirabelles, j'ai constaté dans les exploitations que j'ai visitées que les conditions de travail avaient énormément évolué par rapport au temps de ma jeunesse. Certains discours donnent l'impression qu'elles sont toujours horribles ; tel n'est pas le cas.

Par ailleurs, adopter l'un des amendements aurait pour effet de créer une surcharge administrative. Ce n'est pas, me semble-t-il, ce que demande la profession agricole.

Enfin, le dispositif TO-DE vise aussi à rétablir un peu de justice face à la concurrence déloyale de producteurs installés dans des pays voisins. Sa pérennisation est une attente forte de nos agriculteurs, sans qu'il soit besoin d'alourdir la procédure : il va de soi que la réglementation doit être respectée, et nous tenons tous à ce que les saisonniers travaillent dans des conditions dignes.

M. Jérôme Guedj (SOC). Ces trois amendements soulignent que le sujet de la conditionnalité des exonérations de cotisation et des allégements de charges généraux devra être mis sur la table à court ou moyen terme. Par-delà le débat sur leur efficacité en matière d'emploi et de compétitivité, la question des contreparties se pose. Il s'agit de les rendre plus vertueux.

Je veux bien croire que, dans la très grande majorité des cas, tout se passe bien, mais, en période caniculaire par exemple, il arrive que des problèmes d'hébergement et de conditions de travail surgissent. L'amendement AS2, que j'ai signé, vise à garantir aux saisonniers un jour de repos hebdomadaire, car tel n'est pas toujours le cas. Il faut s'attacher, pour ce qui concerne les TO-DE, à évaluer à tout le moins la situation, et de façon générale à réfléchir à des contreparties aux exonérations de cotisations.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je soutiens ces amendements. Puisqu'il est question des Vosges, monsieur le rapporteur général, dans certaines exploitations, on est carrément au festival du film d'horreur de Gérardmer ! C'est marginal, mais il arrive que des personnes décèdent ou soient mises en danger en temps de chaleur excessive, ou en raison d'un manque de repos. Vous dites que le respect de la réglementation va de soi quand on perçoit une aide, mais il arrive que l'un aille sans l'autre. Pourquoi alors devrions-nous maintenir l'aide ? On ne peut pas indéfiniment donner de l'argent sans y associer des exigences.

Puisque les choses se passent bien dans la plupart des cas, tant mieux : l'aide sera maintenue. Mais enfreindre la réglementation à laquelle vous avez rappelé votre attachement doit se traduire par une perte financière. Cela permettra d'élever significativement le niveau de protection des salariés, et d'ailleurs de diffuser par capillarité ces normes plus élevées.

M. Yannick Monnet (GDR). Monsieur le rapporteur général, pour savoir si les choses se passent bien, encore faut-il définir ce que cela signifie. Pourquoi ne trouve-t-on plus de saisonniers pour les vendanges ? Parce qu'ils ne sont plus logés. Ainsi, certaines conditions de travail jouent contre la profession. Conditionner les aides dont elle bénéficie et l'inciter à améliorer les conditions de travail est bénéfique à tout le secteur.

M. le rapporteur général. J'ai conscience que certains saisonniers n'ont pas de bonnes conditions de travail, dans des secteurs aussi divers que l'agriculture, le spectacle vivant, le tourisme ou la restauration. Mais nous parlons ici du dispositif TO-DE, qui s'applique au secteur agricole. Mon rôle est d'évaluer les conséquences qu'auraient les amendements.

L'amendement AS206 vise à garantir aux saisonniers des conditions de logement dignes. Il s'agit d'une vraie question. Des évolutions ont eu lieu – j'ai mené des auditions à ce sujet. Dans nos départements du Grand Est, des contrôles ont été opérés sur ce sujet.

L'amendement AS2 vise à fixer un socle de conditions de travail dignes. Qui serait contre ? Mais les accords de branche conclus dans le secteur agricole vont très loin, notamment en matière de repos des saisonniers.

L'amendement AS399 propose que la Mutualité sociale agricole (MSA) contrôle les bons de transport des saisonniers. À raison d'un aller-retour pour chacun des 900 000 contractuels saisonniers agricoles, cela fait 1 800 000 bons à vérifier. Une telle surcharge administrative ne me semble pas opportune.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS405 de Mme Élise Leboucher

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). L'amendement vise à exclure les sociétés de prestation de service internationale (PSI) du bénéfice de la pérennisation du TO-DE. Ces sociétés sont responsables de manquements graves envers les salariés agricoles et de tragédies humaines. Certains travailleurs sont morts dans les vignes ou sur le chemin du retour vers leur hébergement. Des hébergements collectifs insalubres ont été fermés par arrêté préfectoral dans la Marne, où des dizaines de vendangeurs sans contrat étaient logés. Des travailleurs rémunérés à la tâche ont été mis à pied pour avoir osé contester leurs conditions de travail et leur rémunération.

Ces faits rappellent l'extrême vulnérabilité des travailleurs agricoles saisonniers, particulièrement ceux issus de l'étranger, exploités par ces sociétés. Il est inacceptable que leur vie soit mise en danger et leurs droits fondamentaux bafoués. Comme le rappelle la Confédération paysanne dans un communiqué du 22 septembre 2023, « *le respect des travailleur·euses de la terre, quel que soit leur statut et leur origine, est supérieur à toutes considérations économiques* ».

M. le rapporteur général. Effectivement, les entreprises de PSI se développent, et le monde agricole y recourt de façon croissante. La question que vous abordez est un sujet de préoccupation et quiconque a connaissance d'abus doit immédiatement alerter les antennes locales de la MSA et l'inspection du travail. Les abus doivent être sanctionnés. Toutefois, vous évoquez des cas de maltraitance de saisonniers sans contrat. Or quiconque travaille pour une entreprise de PSI en a un. Aucune exonération prévue par le dispositif TO-DE n'est accordée en l'absence d'un contrat.

Avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Un contrat n'y change rien : nous souhaitons priver ces sociétés du bénéfice du dispositif du TO-DE. Pour la préservation de nos finances publiques, les exonérations qu'il permet, auxquelles nous sommes de toute façon opposés, doivent à tout le moins être réservées aux sociétés qui emploient en France.

Mme Joëlle Mélin (RN). Appelons les choses par leur nom : il s'agit de sociétés employant des travailleurs détachés, employés sous le régime social de leur pays d'origine, qui est bien moins favorable que le nôtre. Il est donc impensable de leur accorder des exonérations particulières.

Il est exact que ces sociétés, notamment de grandes sociétés espagnoles, sont mêlées à la plupart des difficultés observées sur le terrain. Je fais toutefois observer à nos collègues de gauche, avec beaucoup de courtoisie, que ce sont leurs collègues du Parlement européen qui ont favorisé le recours aux travailleurs détachés lors de la révision de la directive relative au détachement de travailleurs et lors de l'examen de la grande directive sur l'harmonisation des prestations sociales au niveau européen. Leurs demandes tombent sous le sens.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS4 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement vise à obtenir un rapport d'évaluation sur l'impact des exonérations liées au dispositif TO-DE. Lorsque Marc Ferracci et moi-même avons travaillé sur ce sujet en 2023, nous manquions de ressources. Nous sommes parvenus à un montant qui dépasse les 500 millions d'euros.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS207 de M. Yannick Monnet

M. Yannick Monnet (GDR). Cet amendement a été adopté en première lecture. Il vise à obtenir un rapport documentant le travail saisonnier agricole dans toute sa diversité.

M. le rapporteur général. Des trois amendements visant à obtenir un rapport à ce sujet, celui-ci est le mieux rédigé. Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS411 de M. Damien Maudet

Mme Sérgolène Amiot (LFI-NFP). Cet amendement de repli vise à obtenir un rapport d'évaluation du coût, pour la sécurité sociale, de la pérennisation du dispositif TO-DE. Il détaillerait les modalités d'un conditionnement du dispositif par des critères sociaux. Les accidents du travail saisonnier agricole ont été nombreux l'été dernier, en raison de la canicule mais aussi de conditions de travail insuffisamment protectrices. Les salariés ne portaient pas d'équipements de protection individuelle ou n'avaient pas toujours accès à des espaces de repos, voire à des points d'eau. Nous demandons que la lumière soit faite à ce sujet.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 4 modifié.

Article 4 bis : Extension aux coopératives d'utilisation de matériel agricole du bénéfice de l'exonération dite « TO-DE »

La commission adopte l'article 4 bis non modifié.

Article 4 ter (nouveau) : Extension aux coopératives de conditionnement des fruits et légumes du bénéfice de l'exonération dite « TO-DE »

Amendement AS565 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Reprenant une réaction adoptée en CMP, l'amendement vise à clarifier la désignation juridique des coopératives de conditionnement de fruits et légumes.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS371 de M. Hendrik Davi

M. Hendrik Davi (EcoS). L'article 4 ter étend le bénéfice de l'exonération TO-DE aux coopératives agricoles de légumes. Nous proposons de compenser les pertes induites en matière de cotisations sociales.

M. le rapporteur général. Cet amendement s'inscrit dans la cohérence d'ensemble, que je salue, du NFP s'agissant des exonérations et des réductions de cotisations. Je prends note de l'appel à éviter d'y recourir et de l'idée consistant à remplacer le gage de plusieurs articles par la suppression de niches fiscales d'incidence équivalente. Mais en l'espèce, la rédaction globale retenue en raison de l'adoption de l'amendement AS565 rend le vôtre caduc.

Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 4 ter modifié.

Article 5 : Cumuler l'exonération applicable aux jeunes agriculteurs et les taux réduits de droit commun des cotisations maladie et famille

Amendement AS121 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (EcoS). L'article 5 permet aux jeunes agriculteurs et agricultrices de cumuler l'exonération de cotisations à l'assurance maladie des exploitants qui leur est destinée avec le taux dégressif de cotisation lié aux revenus d'activité. Le présent amendement a été adopté en première lecture après avoir été sous-amendé pour tenir compte du fait qu'un tiers des jeunes agriculteurs ont plus de 40 ans : nous avions donc préféré à l'appellation « jeunes agriculteurs » la qualification « nouvellement installés dans la profession ».

Dans dix ans, la moitié des agriculteurs en activité seront partis à la retraite. Il faut faciliter l'installation de leurs remplaçants en tenant compte de la démographie. Beaucoup se lancent, des femmes le plus souvent, dans l'agriculture biologique et la vente directe au consommateur. Il faut accompagner ce changement de culture.

M. le rapporteur général. Je dois vous avouer que mon avis a évolué au cours de la navette parlementaire. Je me suis renseigné sur la signification symbolique de la limite d'âge. Le soutien aux jeunes agriculteurs inclut une perspective de renouvellement des générations. Tel est notamment le cas de la dotation aux jeunes agriculteurs, dont la limite d'âge initiale de 35 ans a d'ailleurs été relevée.

Vous évoquez des personnes de plus de 40 ans en reconversion professionnelle. J'en ai rencontré dans ma circonscription. Elles ont accès à d'autres dispositifs dont le champ est plus large, notamment l'aide à la création et à la reprise d'entreprise, qui est aussi une exonération de cotisations sociales. En l'état, j'émet un avis défavorable, sans toutefois exclure d'y travailler d'ici à la séance publique.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Je conçois que l'on veuille conserver la spécificité des dispositifs destinés aux jeunes agriculteurs, mais je considère que l'évolution des profils à l'installation et la diversité des situations amènent à en ouvrir l'accès.

M. le rapporteur général. Il y a peut-être une piste. L'âge moyen à l'installation, s'il demeure bien inférieur à 40 ans, est en augmentation. Je propose, plutôt que de supprimer la limite d'âge, de la reculer légèrement.

M. Nicolas Turquois (Dem). Cette piste offre un équilibre satisfaisant. L'évolution des profils à l'installation est une réalité. Il ne faut sans doute pas ouvrir le bénéfice des dispositifs destinés aux jeunes agriculteurs à tout le monde, mais reculer la limite d'âge, notamment au bénéfice des gens qui se lancent dans une seconde carrière, dans l'esprit de ce que propose Sébastien Peytavie et en dépit des inévitables effets d'aubaine, semble judicieux.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Nous avons eu ce débat en première lecture. Il ne nous semble toujours pas pertinent de maintenir une limite d'âge. La formule « nouvellement installés dans la profession » nous semble pertinente.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS595 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. L'amendement vise à appliquer aux cotisations et aux contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2025 le cumul de l'exonération dont bénéficient les jeunes agriculteurs et des réductions proportionnelles des taux des cotisations d'allocations familiales et d'assurance maladie applicables aux autres travailleurs indépendants. Il s'agit de corriger l'un des effets du défaut d'adoption du PLFSS avant le 31 décembre. Cette disposition est très attendue par nos jeunes agriculteurs.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 5 modifié.

Article 5 bis A (nouveau) : *Exonération de cotisations pour les agriculteurs à raison des revenus tirés de la location des gîtes ruraux*

Amendements AS566 de M. Thibault Bazin et AS41 de M. Paul-André Colombani (discussion commune)

M. le rapporteur général. Cet amendement reprend la rédaction issue de la CMP prévoyant le maintien des abattements de cotisations qui s'appliquaient aux revenus issus de la location de gîtes ruraux avant l'adoption de la loi du 19 novembre 2024 visant à renforcer les outils de régulation des meublés de tourisme à l'échelle locale. Afin de permettre à la MSA de créer une catégorie spécifique qui permettra de traiter ces éléments de manière fiable, cette disposition ne s'appliquerait qu'à compter du 1^{er} janvier 2026.

M. Laurent Panifous (LIOT). Mon collègue Colombani propose la même mesure, mais souhaite qu'elle s'applique dès le 1^{er} janvier 2025.

M. le rapporteur général. Les concertations que j'ai menées depuis la tenue de la CMP montrent que la MSA n'est pas prête. La disposition serait donc inopérante, et fragiliserait même la situation des gîtes si elle devait s'appliquer dès 2025 : la MSA doit d'abord créer cette catégorie pour comptabiliser les revenus qui y sont liés.

Le problème ne se posait pas avant l'adoption de la loi Le Meur-Echaniz. Il me semble préférable de préserver le dispositif adopté en CMP mais de reporter son application à 2026, pour des raisons pratiques. Je demande donc le retrait de l'amendement AS41 au profit du mien.

M. Laurent Panifous (LIOT). Je voterai en faveur de l'amendement du rapporteur général, mais je maintiens celui de mon collègue, quitte à ce qu'il tombe le cas échéant.

La commission adopte l'amendement AS566 et l'article 5 bis A est ainsi rédigé.

En conséquence, l'amendement AS41 tombe, ainsi que l'amendement AS378 de M. Hendrik Davi.

Article 5 bis : *Diverses mesures d'aménagement de la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants*

Amendement AS304 de Mme Zahia Hamdane

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Nous nous opposons aux exonérations de cotisations sociales sur les plus-values de cession à court terme. Cette mesure, introduite par le Gouvernement, n'a fait l'objet d'aucune évaluation sérieuse. Alors que les exonérations de cotisations sociales dépassent les 90 milliards d'euros et ne cessent d'augmenter, la priorité de la droite est de créer une nouvelle exonération sur les plus-values de cession comprises entre 90 000 et 1 million d'euros.

Les assurés sociaux et les travailleurs continuent de payer le prix fort : les besoins des assurés ne sont pas pris en charge et les travailleurs sont mis à contribution sans rémunération. Malgré cela, ce PLFSS se résume à une série d'exonérations fiscales. Nous proposons de supprimer celle-ci.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

L'article 5 bis s'inscrit dans un ensemble de mesures de soutien au secteur agricole. Les alinéas qui préservent l'exonération de contribution sociale généralisée (CSG) pour les indépendants agricoles réalisant des plus-values de cession à court terme inférieures à 350 000 euros répondent à une attente des agriculteurs. Nous devons être au rendez-vous d'engagements que nous avons tous soutenus, notamment après la mobilisation de l'année dernière. Au vu de tout ce que les agriculteurs ont subi, qu'il s'agisse des conditions climatiques, des zoonoses ou de l'évolution des marchés, j'estime que nous devons adopter cette mesure si nous voulons favoriser le renouvellement des générations.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je ne suis pas tout à fait d'accord avec le rapporteur général. Ce dispositif d'exonérations accentue le phénomène de surcoût de mécanisation dont souffre l'agriculture française, en ce qu'il incite les exploitants à renouveler trop fréquemment leur matériel – on l'achète, on comptabilise un amortissement massif et on le revend. Je ne prône nullement le retour à la charrue et je ne nie pas la nécessité de se doter de matériel de qualité, mais un renouvellement trop fréquent induit des coûts préjudiciables. Je le constate dans mon entourage : certaines des structures qui connaissent des difficultés sont celles qui sont prises dans cet engrenage.

Sans forcément partager la logique des auteurs de l'amendement, j'estime qu'il y a là une vraie question, que nous ne posons pas correctement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS494 de M. Fabrice Brun

Mme Sylvie Bonnet (DR). Le Sénat a préservé l'exclusion des plus-values professionnelles à court terme pour les exploitants affiliés au régime social agricole et exerçant des activités fiscalisées au titre des bénéfices agricoles. Toutefois, les entreprises de travaux agricoles (ETA) sont exclues de cette exonération, alors qu'elles en bénéficiaient depuis l'origine. Nous proposons de corriger cet oubli.

M. le rapporteur général. Merci d'avoir décelé cette erreur et prévenu une injustice. Les ETA doivent continuer de bénéficier de l'exonération d'impôt sur les plus-values de cession à court terme. Je suis donc favorable à ce que nous adoptions cet amendement, quitte à le modifier d'ici la séance pour le rendre pleinement opérationnel.

La commission adopte l'amendement.

La réunion est suspendue de vingt-trois heures dix à vingt-trois heures quinze.

Amendement AS567 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Dans la mesure où la réforme de l'assiette sociale des indépendants prévue à l'article 18 de la loi de financement pour 2024 s'appliquera aux non-salariés agricoles à compter du 1^{er} janvier 2026, il convient de préciser qu'il en ira de même des aménagements prévus à l'article 5 bis du PLFSS 2025. Je propose ici de reprendre une modification élaborée par la CMP.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 5 bis modifié.

Article 5 ter : *Application de la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants à Mayotte et allongement du délai d'une ordonnance*

Amendement AS568 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet amendement de coordination tend à corriger des erreurs de référence en reprenant le texte adopté en CMP.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 5 ter modifié.

Article 5 quater (supprimé) : *Rapport sur la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants*

Amendements identiques AS5 de M. Jérôme Guedj et AS208 de Mme Karine Lebon

M. Jérôme Guedj (SOC). L'Assemblée nationale avait adopté en séance un article, supprimé ensuite par le Sénat, visant à obtenir du Gouvernement un rapport sur l'intérêt d'harmoniser l'assiette des cotisations sociales et celle de la CSG, en réponse au rapport d'Antoine Bozio et Étienne Wasmer, qui fait état de 3 042 exemptions modifiant l'assiette de cotisations sociales.

Je précise que la commission des affaires sociales s'est elle-même emparée de cette question, sur laquelle nous échangerons prochainement avec la Cour des comptes.

M. le président Frédéric Valletoux. Je vous confirme d'ailleurs que cette dernière a accepté de conduire un travail d'évaluation.

M. le rapporteur général. La Mecss avait déjà commis un excellent rapport en septembre 2023. En tout état de cause, la Cour des comptes devrait effectivement nous fournir des éléments beaucoup plus précis que ceux que nous pourrions attendre du Gouvernement.

Demande de retrait, ou avis défavorable.

M. Jérôme Guedj (SOC). Puisque la Cour des comptes a accepté de faire ce travail, je retire mon amendement.

M. le président Frédéric Valletoux. Elle a effectivement accepté la demande de la commission, que je lui ai faite au nom du bureau. Nous avons rendez-vous pour lancer la mission et préciser son périmètre.

Les amendements sont retirés.

La commission maintient la suppression de l'article 5 quater.

Article 5 quinques (nouveau) : *Étendre aux établissements publics de coopération intercommunale l'exonération patronale pour l'emploi des aides à domicile dont bénéficient les centres intercommunaux d'action sociale*

Amendement AS605 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Le Sénat a introduit une disposition tendant à exonérer de cotisations patronales la rémunération des aides à domicile employées par des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) pour intervenir au domicile de personnes âgées ou en situation de handicap.

Actuellement, pour bénéficier de cette exonération, un EPCI doit avoir créé un centre intercommunal d'action sociale : les EPCI choisissant un autre mode d'organisation en sont exclus. L'article adopté par le Sénat vise à corriger cette différence de traitement, mais il comporte un risque de non-conformité au principe d'égalité devant les charges publiques. Le Conseil constitutionnel a en effet admis que le bénéfice de cette exonération puisse être réservé à certaines catégories d'établissements publics, mais seulement à condition qu'ils soient spécialisés dans l'action sociale.

Pour éviter toute rupture d'égalité devant les charges publiques, donc tout risque de censure constitutionnelle, nous proposons de réserver l'exonération aux seuls EPCI dont l'objet exclusif est l'action sociale, reprenant ainsi une modification apportée par la CMP.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 5 quinques modifié.

Article 5 sexies (nouveau) : *Exonération de cotisations sociales à raison des prestations perçues par les volontaires du service civique*

La commission adopte l'article 5 sexies non modifié.

Article 6 : Réforme des allégements généraux de cotisations patronales

Amendements de suppression AS102 de Mme Katiana Levavasseur, AS166 de Mme Sylvie Bonnet et AS261 de M. David Amiel

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS102 est défendu.

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'article 6 prévoit plus de 5 milliards d'euros d'économies sur l'enveloppe des allégements de cotisations patronales, ce qui se traduirait mécaniquement par une hausse du coût du travail alors même que ces exonérations, instaurées dans les années 1990 pour préserver l'emploi, se montrent efficaces.

Il faut préserver la compétitivité des entreprises sans hypothéquer l'emploi. S'il est indispensable de redresser les comptes publics, le sujet de fond est bien celui de la maîtrise des dépenses sociales et de la lutte contre les fraudes.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Par l'amendement AS261, nous souhaitons revenir sur les augmentations de charges prévues dans le texte. La hausse du coût du travail va à l'encontre de toutes les politiques visant à rapprocher le salaire perçu par le salarié du coût supporté par l'employeur. Notre priorité doit être d'inciter à la progression des salaires et à la désmicardisation – nous avons déposé un amendement en ce sens. L'emploi ne doit pas être une variable d'ajustement budgétaire.

M. le rapporteur général. Comme vous le savez, j'ai moi-même exprimé des réserves quant à cet article lors de son examen en première lecture, avant d'être élu rapporteur général. Je me suis néanmoins, depuis, efforcé de trouver un moyen d'avancer en m'appuyant sur certains des points d'accord trouvés en CMP, quitte à revenir sur ma position initiale.

Initialement, l'article 6 prévoyait d'augmenter le coût du travail d'environ 5 milliards d'euros, ce qui aurait généré 4 milliards de recettes supplémentaires pour la sécurité sociale – une fois prise en compte l'incidence de la mesure sur les recettes d'impôt sur les sociétés. Il s'agissait d'augmenter les cotisations applicables au niveau du Smic, à hauteur de 2 points en 2025 puis de 4 points en 2026, alors même que c'est précisément à ces niveaux de revenu que l'emploi est le plus sensible au coût du travail. L'article permettait aussi au Gouvernement de réformer par ordonnance plusieurs exonérations spécifiques, notamment le dispositif prévu par la loi pour le développement économique des outre-mer, dite « Lodeom », ce qui suscitait de fortes inquiétudes, d'autant que ces exonérations auraient par ailleurs été affectées par la hausse des cotisations déjà évoquée.

Je reste, par principe, réservé à l'égard de toute augmentation du coût du travail, d'autant que la situation économique s'est détériorée depuis octobre dernier, y compris sous l'effet de l'instabilité politique et de l'absence de budget qui a découlé de la censure. Plusieurs avancées ont cependant été obtenues au cours de la navette.

D'abord, le Sénat a supprimé la réduction des exonérations sur les plus bas salaires, faisant disparaître le risque d'accroître le coût du travail à ces niveaux de revenu et de détruire des emplois. C'est là une avancée majeure, de nature à répondre aux inquiétudes exprimées par les représentants des secteurs qui auraient été les plus exposés à ce risque.

Ensuite, le Sénat et la CMP ont adopté des dispositions permettant de préserver les exonérations spécifiques, y compris le dispositif Lodeom. J'ai d'ailleurs déposé un amendement visant à rétablir les avancées obtenues en la matière à la faveur de la CMP.

Cette dernière a réduit très sensiblement le coût de l'article 6 pour les entreprises, en relevant le point de sortie des bandeaux famille et maladie en 2025 et celui de la réduction générale des cotisations patronales en 2026. Le rendement de la réforme a ainsi été ramené à 1,6 milliard d'euros, en 2025 comme en 2026.

L'équilibre trouvé lors de la CMP n'est certes pas parfait, surtout au regard de la situation des comptes publics. Il y aurait par ailleurs un intérêt non négligeable à fusionner, à compter de 2026, les trois dispositifs d'allégements en vigueur afin de mieux répartir les exonérations entre les niveaux de revenu. Je suis cependant défavorable à la suppression de cet article et proposerai de rétablir les termes de l'accord trouvé lors de la CMP.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'alliance entre les groupes RN, EPR et DR nous avait empêchés de débattre de l'article 6 dans l'hémicycle, alors même qu'il s'agit d'un des articles les plus importants de ce PLFSS – chacun sait que la sécurité sociale doit s'acquitter de toute une série de dépenses non financées et que ses recettes sont insuffisantes. Quand Michel Barnier a courageusement, reconnaissons-le, mis le pied dans la porte et engagé une remise en question des exonérations de cotisations patronales, ce front du refus s'est manifesté, incarné par ceux-là mêmes qui n'hésitent pas à questionner l'efficacité de la dépense publique. Or ces exonérations sont bien des dépenses fiscales, dont l'efficacité mérite d'être débattue.

Nous ne devons pas supprimer l'article 6, mais le corriger. Pardon de souligner l'hypocrisie absolue des députés du socle commun, qui viennent de faire part de leur opposition à toute remise en question des exonérations de cotisations patronales, tout en soutenant un gouvernement qui, manifestement, souhaite préserver, au minimum, le compromis adopté par la CMP – que nous jugeons, pour notre part, insuffisant. Un peu de cohérence ! Ne nous refaites pas le numéro de la CMP !

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). C'est merveilleux : le 22 octobre dernier, nous examinions les treize amendements déposés par M. Bazin pour liquider cet article ; aujourd'hui, il le défend. Comme quoi les choses peuvent évoluer dans le bon sens !

Petite précision sémantique : en France, on ne paye pas des charges, mais des cotisations. Rémunérer les soignants, guérir des patients, élaborer un plan de prévention des accidents du travail, ce ne sont pas des « charges ».

Il faut donc abonder les caisses de la sécurité sociale pour utiliser les cotisations à bon escient. Or 90 milliards d'euros sont perdus chaque année, sans aucun bilan réel de l'incidence des exonérations sur l'emploi ou les salaires. C'est une vaste blague. Depuis 2017, ce chiffre a progressé de 127 %. Quel salaire en a fait autant ? Pour la seule branche maladie, cela fait près de 40 milliards de perdus, soit dix-sept fois le budget du centre hospitalier universitaire de Toulouse !

Il faut récupérer une petite partie de ces sommes extravagantes. C'est tout ce dont il est question ici. Il y a quatre mois, les macronistes parlaient d'en recouvrer 4 milliards d'euros. C'était 3 milliards après le passage du texte au Sénat, puis 1,6 milliard après la CMP. À ce rythme-là, ce sera bientôt 100 balles et un Mars !

Cet article doit être non seulement maintenu, mais durci. Nous ne pouvons pas continuer à dilapider des dizaines de milliards d'euros dans l'indifférence générale.

M. Yannick Monnet (GDR). Vous êtes des libéraux et vous êtes contre la sécurité sociale. Vous feriez mieux de le dire carrément, ce serait plus simple ! Les gens ne peuvent plus se soigner, la sécurité sociale a besoin de recettes, mais vous les lui refusez. C'est donc bien que vous n'en voulez pas.

Quant à cette histoire de « coût du travail », je vous signale qu'une personne en bonne santé travaille mieux qu'une personne qui ne peut pas se soigner. Ce n'est pourtant pas le modèle que vous proposez.

Enfin, j'entends ici plusieurs professionnels de santé s'exprimer contre la sécurité sociale. Dois-je leur rappeler que c'est elle qui les a fait vivre pendant toute leur carrière ?

M. Hendrik Davi (EcoS). À travers cet article, nous vous proposons des recettes. Le montant de 13 milliards d'euros que nous envisagions a été ramené à 1,6 milliard, mais c'est encore trop pour vous : vous répondez qu'il faut réduire les dépenses. J'appelle toutefois votre attention sur le fait que, quoiqu'il arrive, la baisse des dépenses n'est pas pour demain. Même si le système de santé devient plus efficient, les dépenses ne baisseront pas suffisamment pour épouser la dette de la sécurité sociale. Nous n'avons pas d'autre choix que de trouver des recettes.

Par ailleurs, il n'existe pas de lien mécanique entre le salaire brut, qui intègre les cotisations sociales, et la compétitivité d'une entreprise. Celle-ci dépend avant tout de la qualification des salariés et de sa capacité d'innovation. C'est bien pour cela que l'Allemagne, où les salaires bruts sont supérieurs aux nôtres de 1 000 euros, est bien meilleure à l'exportation.

L'amendement que nous avions déposé en vue de dégager 13 milliards d'euros de recettes supplémentaires a été déclaré irrecevable au prétexte qu'il n'était pas gagé, mais il sera examiné en séance. En attendant, il ne faut surtout pas supprimer cet article.

M. Nicolas Turquois (Dem). Notre groupe s'était prononcé en faveur de l'article 6, moyennant certaines modifications. Dès lors que le financement de la sécurité sociale repose non seulement sur le taux de cotisation, mais aussi sur le nombre de salariés qui travaillent – d'où l'importance des 2 millions d'emplois créés depuis sept ans –, il faut fixer un niveau de cotisations suffisant pour financer la sécurité sociale sans créer des coûts trop élevés qui entraveraient l'emploi. Les chiffres du chômage publiés aujourd'hui montrent combien cet équilibre est fragile : l'incertitude économique causée par la censure a des impacts directs, par exemple sur les entreprises du bâtiment qui souffrent du gel des investissements des collectivités locales.

Trouver cet équilibre implique d'examiner les exonérations de cotisations en vigueur pour s'assurer de leur efficacité. Nous estimons que certaines d'entre elles ne sont pas pertinentes et mériteraient d'être retravaillées.

M. Christophe Bentz (RN). En première lecture, le groupe Rassemblement National s'était déjà opposé à l'article 6. Cet article est dangereux, tant pour les employeurs, en particulier pour les patrons de très petites, petites et moyennes entreprises, que pour les salariés rémunérés au Smic ou à un niveau proche, prisonniers d'une sorte de trappe à bas salaires. Avant d'être élu rapporteur général, monsieur Bazin, vous vous étiez montré plus que sceptique à l'égard de cet article ; cela équivaut à un quasi-avis favorable aux amendements de suppression.

Mme Annie Vidal (EPR). En première lecture, notre groupe avait défendu la suppression de cet article. Nous n'avons pas changé d'avis, même si nous avons accepté, après discussion, de revoir à la baisse un certain nombre d'exonérations. Ne perdons pas de vue le fait que la baisse du coût du travail a permis de lutter contre le chômage de masse, qui était, en 2017, une véritable préoccupation pour de nombreux salariés. Certes, la censure du gouvernement Barnier a entraîné une incertitude et une instabilité qui rejallisent sur les chiffres de l'emploi, mais l'augmentation du coût du travail empirerait encore la situation. Cet article 6 ne sert donc pas les intérêts des salariés. Pour voir dans ma circonscription de nombreux plans sociaux, je suis convaincue de la nécessité de préserver la dynamique de la baisse du coût du travail. Du reste, plus il y aura de salariés, plus la sécurité sociale percevra de recettes.

M. Laurent Panifous (LIOT). Le volume global des exonérations de cotisations avoisine les 80 milliards d'euros, ce qui est une somme importante.

Il faut appeler un chat un chat : des exonérations en vigueur depuis trente ans ne sont plus vraiment des exonérations ; les remettre en cause revient en fait à augmenter les cotisations. Malgré toute la prudence dont nous devons faire preuve,

donc, en augmentant les cotisations, il me semble assez justifié de le faire, comme cela avait été envisagé en commission mixte paritaire quand des parlementaires de tous bords s'étaient mis d'accord pour aller chercher les ressources dont nous avons besoin pour équilibrer nos comptes sociaux. Je suis donc opposé à la suppression de l'article 6.

Cependant, comme je l'ai dit tout à l'heure aux ministres, nous devons aussi envisager un élargissement de la base de financement de notre modèle de protection sociale. Si nous le voulons large et puissant, les cotisations ne suffiront pas.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS271 de M. Hendrik Davi

M. Hendrik Davi (EcoS). Nous proposons que toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale instaurée après l'entrée en vigueur de la présente loi de financement soit compensée par la suppression, dans la même proportion, d'une mesure de réduction ou d'exonération de cotisations prévue à l'article 6.

M. le rapporteur général. Rien n'empêcherait le législateur de revenir par la suite sur ce principe.

Du reste, il arrive qu'une exonération bien ciblée soit plus efficacement compensée par des crédits budgétaires que par la suppression d'une autre mesure d'exonération, qui peut être efficace par ailleurs. Le dispositif que vous proposez est donc trop mécanique. Il est même un peu rigide, puisqu'il porte exclusivement sur la réduction générale des cotisations patronales, qui s'applique aux salaires inférieurs à 1,6 Smic. Or il me semble paradoxal de faire porter la compensation sur une exonération ciblée sur des niveaux de revenus pour lesquels la réduction du coût du travail est la plus apte à créer des emplois.

Avis défavorable.

M. Hendrik Davi (EcoS). Nous savons que les réductions ou exonérations de cotisations sociales au niveau du Smic que nous avons poussées pendant des années créent des trappes à Smic. En raison de ces mesures, les entreprises françaises n'ont pas suffisamment innové ni cherché à augmenter le niveau de qualification de leurs salariés. Cela explique un certain nombre des retards dont souffre l'industrie française, comme le souligne d'ailleurs un excellent rapport que vous citez souvent.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). C'est vrai, monsieur le rapporteur général, une loi prochaine pourrait toujours supprimer ce principe si nous l'adoptions, mais il faudrait alors en faire la démarche, ce qui compliquerait les choses. L'amendement de M. Davi permettrait de « cranter » cette position politique.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS604 de M. Thibault Bazin ; sous-amendements AS616 et AS617 de M. Jérôme Guedj

M. le rapporteur général. Dans la version du texte adoptée par le Sénat, qui nous est soumise, les réductions d'exonérations de cotisations sociales doivent rapporter 3 milliards d'euros en 2025 et 4,5 milliards en 2026. Pour ma part, je propose de revenir à l'accord trouvé en CMP, qui correspond à 1,6 milliard pour chacune de ces deux années.

Il convient en outre de modifier les modalités de calcul de la réduction générale dans les branches dont le salaire minimum national professionnel des travailleurs sans qualification est inférieur au Smic, de neutraliser l'effet de la suppression des bandeaux sur les exonérations spécifiques – je pense notamment à celles de la Lodeom – et de limiter le champ de l'habilitation à légiférer par ordonnance à la correction des cas où ces exonérations deviendraient moins favorables que le droit commun à compter de 2026. Je propose de décaler la date d'entrée en vigueur des mesures qui auraient dû s'appliquer dès 2024 au 1^{er} janvier 2025.

Les autres amendements déposés pour rétablir certaines dispositions du texte de la CMP seront totalement satisfaits par l'adoption de mon amendement, qui les fera donc tomber.

M. Jérôme Guedj (SOC). Monsieur le rapporteur général, je me félicite qu'après avoir voté en octobre, dans l'hémicycle, la suppression de l'article 6, vous nous appellez aujourd'hui à le consacrer, même si c'est dans la version de la CMP.

Quant à nous, nous pensons qu'il faut aller plus loin, non par principe, mais pour dégager les ressources nécessaires au financement des dépenses que nous voterons en examinant l'article 27 relatif à l'Ondam. Nous aurons besoin de 500 millions, 1 milliard, voire 1 milliard et demi d'euros supplémentaires pour financer les Ehpad et l'hôpital. Aussi le sous-amendement AS616 vise-t-il à modifier le point de sortie du bandeau maladie, qu'il ramène de 2,25 à 2,1 Smic, et celui du bandeau famille, qu'il fait passer de 3,3 à 3,1 Smic, préférant ainsi le texte issu du Sénat au compromis trouvé en CMP.

Votre amendement global pose une autre difficulté : il intègre plusieurs dispositions que nous approuvons par ailleurs, notamment celles relatives à la prise en compte des minima conventionnels ou aux modalités de calcul des allégements généraux. Il me semblerait plus judicieux de les examiner dans le détail plutôt que de voter cet amendement qui consacre le compromis de la CMP. Il serait d'ailleurs paradoxal que ceux qui proposaient il y a quelques minutes la suppression de l'article 6 votent comme un seul homme cet amendement.

M. le rapporteur général. Au début de l'examen des amendements, j'ai expliqué que je ne repartirais pas forcément de mes positions initiales, mais que je tâcherais de tracer un chemin des possibles afin de doter notre pays d'un budget de la sécurité sociale. Je me suis donc rapproché d'un certain nombre d'équilibres et d'accords trouvés lors de la CMP, qui fut la première conclusive depuis longtemps pour un PLFSS, en enlevant certains irritants, notamment en matière de retraites.

Les points de sortie que vous proposez me semblent bien trop bas. Ils impliqueraient, pour 2026, une hausse du coût du travail encore supérieure à celle que prévoyait la rédaction initiale du projet de loi. Le rapport Bozio-Wasmer indiquait qu'il était possible d'ajuster à la marge le montant des allégements généraux, mais qu'il ne fallait pas le réduire dans des proportions trop importantes, au risque de détruire des emplois, de dégrader la compétitivité-coût des entreprises et de freiner la dynamique des salaires. Dans ma région comme ailleurs, l'emploi industriel rémunéré au-delà du Smic pourrait être pénalisé par les mesures que vous proposez. Alors que la situation économique se dégrade, ce n'est pas le moment de porter les augmentations de cotisations de 1,6 milliard, montant arrêté le 2 décembre, à 3 milliards d'euros. Je vous invite donc à adopter mon amendement et à rejeter les sous-amendements défendus par M. Guedj.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). C'est vraiment la période des soldes ! Monsieur le rapporteur général, vos propositions vont dans le mauvais sens. Nous voterons donc les sous-amendements de M. Guedj, tout en appelant au rejet final de votre amendement.

Pour une raison tenant au coût du travail – une expression qui n'a pas beaucoup de sens – ou au niveau des rémunérations, vous voulez aider les entreprises avec une exonération de cotisations jusqu'à 3 Smic. L'emploi de salariés rémunérés 5 400 euros par mois dépendrait donc d'un cadeau ? C'est qu'alors ils ont un vrai problème de productivité, ou que leur employeur les paie trop cher ! En réalité, les emplois rémunérés à un tel niveau ne se jouent pas à 50 ou 60 euros près. Je ne vois pas quelle entreprise déciderait de licencier des employés qu'elle estime valoir ce montant pour une légère augmentation des cotisations sociales. Ce n'est pas crédible.

Ce qui est clair, en revanche, c'est que votre amendement ferait perdre 1,5 milliard d'euros à la sécurité sociale. Allez-vous jeter par les fenêtres cet argent qui permettrait de recruter 40 000 soignants ? Allez-vous sacrifier ces 40 000 emplois pour cajoler des salariés payés 5 500 euros par mois ? J'espère que non !

M. Nicolas Turquois (Dem). La solution trouvée en première lecture en commission était préférable à l'accord conclu en CMP. Dans un contexte de l'emploi qui se durcit, des modifications substantielles et brutales peuvent avoir un impact sur l'emploi : il faudra les évaluer et les réexaminer l'année prochaine. Cela étant, l'amendement défendu par M. le rapporteur général nous convient. Quant aux sous-amendements de M. Guedj, nous y sommes défavorables.

Mme Stéphanie Rist (EPR). J'ai exprimé en CMP la position de notre groupe, très défavorable à toute baisse d'exonérations pour les entreprises. Aujourd'hui encore plus qu'hier, nous nous opposerons à toute augmentation du coût du travail. En cohérence, nous voterons contre l'amendement du rapporteur général.

M. Yannick Monnet (GDR). Monsieur le rapporteur général, vous trouvez excessif de porter les baisses d'exonérations de 1,6 à 3 milliards d'euros mais il faut quand même préciser, pour remettre les choses en perspective, que le volume total de ces exonérations est de 80 milliards !

Par ailleurs, prôner des exonérations, c'est prôner la baisse des salaires, car les cotisations sont en réalité du salaire différé, socialisé, qui donne aux travailleurs les moyens de se soigner.

Enfin, chers amis du bloc central, je suis très surpris de vous entendre dire que le point d'équilibre correspond aux conclusions de la CMP. Dois-je vous rappeler que c'est sur ces conclusions que le précédent gouvernement est tombé ? Si vous ne voulez pas que le gouvernement actuel subisse le même sort, vous devriez faire un pas de plus dans notre direction. Mais peut-être n'écoutez-vous ou ne comprenez-vous pas ce qu'a dit la majorité de l'Assemblée nationale, ce qui serait beaucoup plus inquiétant...

M. Michel Lauzzana (EPR). Si des exonérations de cotisations ont été décidées, y compris par le Parti socialiste à une certaine époque, c'est parce que le poids des charges était beaucoup trop important pour les entreprises. Aujourd'hui encore, les impôts de production sont beaucoup plus élevés en France qu'en Allemagne ou dans d'autres pays européens. Tout ce qui augmente les charges pesant sur les entreprises les empêche d'exporter et de rester compétitives et compromet leur survie. Petit à petit, on tue les entreprises et on tue l'emploi.

M. le rapporteur général. Ma position de rapporteur général est inconfortable. Je ne l'étais pas en première lecture, mais je m'inscris dans une forme de continuité car je ne peux pas balayer toutes les discussions que nous avons eues alors, parfois même à votre demande. Plusieurs articles ont d'ailleurs été améliorés, au cours de la navette, par rapport au texte initial, qui avait été rédigé en quelques jours.

Monsieur Monnet, vous m'appelez à ne pas oublier que le précédent gouvernement a été censuré après avoir engagé sa responsabilité sur ce texte. Certes, mais, article par article, les positions de ceux qui l'ont fait tomber diffèrent. Les députés du groupe Rassemblement National souhaitent supprimer l'article 6 car ils ne veulent absolument pas que l'on touche à ces exonérations que vous, vous voudriez supprimer en partie...

J'essaie de trouver un chemin de consensus. Mme Rist se déclare opposée à toute augmentation du coût du travail, mais c'est du texte du Sénat que nous sommes saisis, qui prévoit 3 milliards d'euros de baisses d'exonérations en 2025 puis 4,5 milliards en 2026. Je vous propose de retenir 1,6 milliard pour chacune de ces deux années.

Certes, monsieur Monnet, la somme totale des exonérations est beaucoup plus importante, mais l'effet n'est pas le même selon les branches et les secteurs – les élus des territoires industriels le savent bien. En ce début d'année, alors que la

situation économique s'est dégradée et que le chômage a progressé, nous devons être très prudents. Il ne faudrait pas que la croissance, aujourd'hui estimée à 0,9 %, se retrouve à 0,5 % : cela représenterait 12 milliards d'euros en moins pour notre pays. Sans salariés, il n'y a pas de cotisations.

Nous devons élaborer un budget de la sécurité sociale en trouvant un consensus sur le plus grand nombre d'articles ; or j'ai l'impression que mon amendement peut constituer un point d'équilibre.

La commission adopte successivement les sous-amendements et l'amendement sous-amendé.

En conséquence, les amendements AS252 de Mme Sylvie Bonnet, AS425 de M. Mathieu Lefèvre et AS149 de M. Yoann Gillet, les amendements identiques AS23 de M. Jérôme Guedj et AS40 de M. Laurent Panifous, les amendements AS24 de M. Jérôme Guedj, AS226 de M. Yannick Monnet, AS270 de M. Hendrik Davi, AS458 de M. Damien Maudet, AS424 de Mme Élise Leboucher, AS429 de M. Hadrien Clouet, AS431 de Mme Zahia Hamdane, AS434 de M. Damien Maudet et AS470 de Mme Élise Leboucher, les amendements identiques AS104 de M. Max Mathiasin et AS286 de M. Jiovanny William, l'amendement AS148 de M. Yoann Gillet, les amendements AS181 et AS180 de M. Frédéric Maillot, ainsi que les amendements identiques AS224 de Mme Karine Lebon, AS430 de M. Mathieu Lefèvre et AS461 de M. Hadrien Clouet tombent.

*

* * *

2. Réunion du mardi 28 janvier 2025 à 16 heures 30 (article 6 [suite] à article 8 quindecies)

Lors de sa première réunion du mardi 28 janvier 2025, la commission poursuit l'examen, en nouvelle lecture, du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (n° 622) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Guillaume Florquin, M. Louis Boyard, Mme Sandrine Rousseau et M. Philippe Vigier, rapporteurs)⁽¹⁾.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous poursuivons l'examen de l'article 6 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025. Je vous rappelle que les différentes interventions ne doivent pas excéder une minute.

Article 6 (suite) : Réforme des allégements généraux de cotisations patronales

Amendement AS423 de M. Hendrik Davi

M. Hendrik Davi (EcoS). Mon amendement vise à inclure tous les dispositifs de partage de la valeur – l'intéressement, le plan d'épargne entreprise et différentes primes, dont la prime de partage de la valeur – dans l'assiette des cotisations sociales à la charge de l'employeur.

Selon la Cour des comptes, les pertes de recettes relatives aux compléments de salaire exonérés et non compensés s'élevaient à près de 19 milliards d'euros en 2023 – soit un « pognon de dingue », pour reprendre une expression du Président de la République. Sous l'ère Macron, entre 2018 et 2022, le montant de ces pertes a augmenté de 8 milliards d'euros, tandis que le déficit de la sécurité sociale augmentait de 6 milliards. Il faut récupérer cet argent.

Monsieur le rapporteur général, vous répondrez que les entreprises et les salariés demandent ces primes. Selon moi, les nombreuses entreprises qui ont versé des dividendes à leurs actionnaires – plus de 90 milliards d'euros ont été versés l'an dernier – disposent de moyens suffisants pour financer eux-mêmes, sans exonération de cotisations sociales, le salaire et les primes de leurs salariés.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Avis défavorable.

Ces compléments de salaire – auxquels je suis attaché – sont déjà soumis à des prélèvements sociaux. L'adoption de votre amendement découragerait les employeurs d'y recourir, en accroissant leur coût.

Par ailleurs, toutes les entreprises ne distribuent pas des dividendes à leurs actionnaires. Surtout, toutes les entreprises n'enregistrent pas de bénéfices chaque année. Comme vous, je préférerais des augmentations de salaire, mais c'est impossible car l'économie empêche les entreprises de se projeter sur plusieurs années.

(1) <https://assnat.fr/wCtCOM>

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS445 de M. Damien Maudet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Les conventions collectives constituent un acquis social majeur – elles résultent notamment des combats menés sous le Cartel des gauches, il y a cent ans. Elles permettent d'éviter le dumping, la mise en concurrence des salariés d'un même secteur d'activité, qui tire les payes vers le bas.

Or actuellement, les salaires minimaux prévus dans de nombreuses conventions collectives sont inférieurs au Smic. Cela ne signifie évidemment pas que, dans ces secteurs, des salariés sont rémunérés en dessous du Smic – ce serait illégal – mais que les salariés doivent attendre d'avoir atteint dix, quinze ou vingt ans d'ancienneté pour que leur paie dépasse ce niveau. Ainsi, les salariés des hôpitaux privés, qu'ils relèvent du coefficient le plus bas de la grille, 176, ou du plus élevé, 242, restent collés au Smic. C'est anormal.

Je propose donc que, quand le salaire minimal prévu dans une convention collective est inférieur au Smic pendant plus de six mois, les employeurs ne puissent pas bénéficier d'exonérations. Pas de cadeau pour ceux qui payent en dessous du Smic.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà débattu du projet de soumettre le bénéfice des allégements généraux à des conditions. Il ne faut pas détourner ces allégements de leur finalité : soutenir l'emploi et la compétitivité.

En outre, le rapport d'information de MM. Jérôme Guedj et Marc Ferracci sur le contrôle de l'efficacité des exonérations de cotisations sociales a montré que la conditionnalité des aides, telle que vous la prévoyez, poserait plusieurs problèmes techniques. En particulier, il n'est pas forcément évident de savoir quelle convention collective s'applique à chaque entreprise, car certaines relèvent de plusieurs branches à la fois.

Enfin, la mesure apparaît disproportionnée, et viserait des entreprises qui ne sont pas individuellement responsables de la lenteur des négociations conventionnelles.

Le texte de la commission mixte paritaire (CMP) prévoyait également une mesure visant à revaloriser les salaires, dans les cas où les minima sont inférieurs au Smic – toutefois, il s'agissait non pas de supprimer le bénéfice de la réduction de charges, mais de calculer son montant à partir des minima conventionnels.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS439 de Mme Zahia Hamdane

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Je propose de suspendre le bénéfice de la réduction générale de cotisations patronales, dès lors qu'une entreprise maintient la rémunération de ses salariés au niveau du Smic pendant plus de deux ans. Nous mettrons ainsi fin au plancher collant du Smic.

En seulement deux ans, le nombre de salariés rémunérés au Smic a explosé, passant de 12 % en 2021 à 17,3 % en 2023. Cela représente 1 million de salariés supplémentaires, pour un total de 3 millions de travailleurs concernés.

Pourtant le Smic a été conçu pour les salariés sans expérience ni qualification. Il n'est pas acceptable que des millions de salariés restent bloqués à un tel niveau de rémunération, sans espoir de revalorisation.

Les réformes proposées dans ce PLFSS, notamment les exonérations fiscales, ne permettent pas de régler le problème de la trappe à bas salaires, conséquence de trente ans de politiques qui ont dévalorisé le prix du travail.

Pour permettre la mobilité salariale et que les travailleurs puissent vivre dignement de leur travail, il faut augmenter les salaires.

M. le rapporteur général. Vous demandez d'exclure du bénéfice de la réduction générale les entreprises dans lesquelles la rémunération d'au moins un salarié est égale au Smic pendant au moins deux années consécutives. C'est parfaitement déraisonnable. Pensez à l'agriculteur ou à l'artisan qui travaillent parfois à perte, ou avec des marges extrêmement réduites, et ne peuvent augmenter leurs salariés. Ils seraient obligés de les licencier, pour éviter que leurs cotisations n'augmentent de 32 points.

De plus, cette mesure empêcherait de diminuer l'écart entre salaire brut et salaire net, et réduirait le revenu disponible des salariés. Ainsi, elle leur porterait préjudice, ce qui n'est pas votre intention.

Avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). C'est un vrai débat : le Smic sert-il uniquement à empêcher la paupérisation ? Ou sert-il également, comme je le crois, à empêcher que les employeurs sous-paiient leurs salariés, au vu de leur qualification, de leur expérience, de leur ancienneté ?

Le salaire minimum vise à protéger l'entrée dans le monde du travail ; il n'est pas prévu pour la suite de la carrière. Quand un salarié a trois ans d'ancienneté, il sait faire son métier, il a acquis une qualification, une expérience. Il n'est donc pas normal de le rémunérer au Smic et cet amendement est tout à fait justifié.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS436 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous proposons de suspendre l'exonération de cotisations sociales pour les entreprises où l'évolution des salaires décroche par rapport à l'inflation. Cette mesure concernerait tous les salaires dont le niveau est en passe d'être rattrapé par celui du Smic, car celui-ci est indexé sur l'inflation. Il faut éviter l'aplatissement total des rémunérations dans l'entreprise, car il revient à méconnaître la qualification apportée par l'ancienneté.

Monsieur le rapporteur général, vous indiquez qu'une même entreprise peut relever de plusieurs branches. Justement, puisque cette situation permet aux entreprises de choisir la branche la moins protectrice, il faut harmoniser par le haut la protection dans toutes les branches.

M. le rapporteur général. C'est là une belle idée, un idéal. Mais votre proposition, la suppression généralisée de la réduction générale dans les entreprises où les salaires progressent à un rythme inférieur à l'inflation, ne permet pas de prendre en considération la diversité des situations économiques et sociales des entreprises. Il est de notre devoir de parlementaires de ne pas placer dans l'embarras les entreprises qui font face à des difficultés sectorielles.

En outre, la mesure coûterait peut-être plus aux finances publiques qu'elle ne rapporterait, car elle causerait de coûteuses destructions d'emplois.

Enfin, sachez que le bénéfice des allégements généraux est déjà conditionnel. Une entreprise peut en être privée, si elle n'engage pas les négociations annuelles obligatoires.

Votre amendement est donc satisfait et je vous demande de le retirer. À défaut, avis défavorable.

M. Hendrik Davi (EcoS). Comme nos concitoyens, nous demandons l'indexation des salaires sur l'inflation. Toutefois, puisqu'il est impossible d'inscrire une telle mesure dans le présent texte, nous vous prenons à votre jeu, en proposant – comme vous, quoique dans un sens inverse au vôtre – d'utiliser les exonérations de cotisations sociales pour orienter la politique publique. Nous proposons que les exonérations soient supprimées pour les entreprises qui n'augmentent pas suffisamment les salaires.

L'idée selon laquelle l'augmentation des cotisations sociales détruit de l'emploi, que vous répétez à l'envi, ne repose sur aucune preuve, comme le montre un très bon rapport récent de la CFDT. L'examen de l'histoire économique des années 1980 n'a pas permis de montrer une relation directe entre réduction des exonérations et destruction de l'emploi.

M. Michel Lauzzana (EPR). Nous ne sommes pas dans les années 1980. De plus en plus d'entreprises se trouvent dans une situation compliquée, comme le montre l'augmentation actuelle du chômage.

Actuellement, quand une entreprise veut augmenter de 100 euros la paye de ses salariés rémunérés au Smic, elle doit parfois payer 400 euros. C'est beaucoup, d'autant que 90 % de nos entreprises sont de petites ou moyennes entreprises.

M. Philippe Vigier (Dem). Depuis trente ans, tous les gouvernements accroissent les allégements de charges pour rendre sa compétitivité à l'économie française. Leur montant atteint désormais 92 milliards d'euros. Sans une telle politique, les destructions d'emplois se multiplieraient.

Certains chefs d'entreprise n'auraient pas les moyens d'augmenter la paye de leurs salariés au même rythme que l'inflation. En fin de compte, avec votre mesure, nous risquons de perdre des emplois.

M. Jérôme Guedj (SOC). Je soutiens cet amendement. Monsieur le rapporteur général, vous rappelez que le code du travail prévoit déjà la possibilité de sanctionner les entreprises n'ayant pas engagé les négociations annuelles obligatoires. Dans notre rapport d'information, M. Ferracci et moi avions constaté que le nombre de sanctions prononcées en vertu de cette disposition était dérisoire, au regard du coût budgétaire des allégements généraux. Au total, depuis 2009, quelque 1 000 sanctions ont été prononcées, pour un montant cumulé d'environ 25,2 millions d'euros.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS442 de Mme Élise Leboucher

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Cet amendement vise à suspendre le bénéfice de la réduction générale de cotisations patronales pour les entreprises des branches n'ayant pas révisé les classifications pour la cinquième année consécutive.

Actuellement, le droit du travail impose aux branches une telle révision au moins tous les cinq ans, en prenant en compte les objectifs d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, et de mixité des emplois, afin d'actualiser et de renforcer la reconnaissance des qualifications des salariés.

Toutefois, ce cadre ne suffit pas à garantir le dynamisme de la négociation collective en la matière. Les syndicats représentatifs exigent donc qu'il faille désormais non pas seulement réviser ces classifications, mais conclure un accord en la matière tous les cinq ans.

M. le rapporteur général. Vous demandez que si une branche n'a pas mené le travail nécessaire dans le délai de cinq ans, toutes les entreprises de cette branche soient lourdement pénalisées. Ce serait injuste, puisque la responsabilité de l'absence d'accord ne leur incomberait pas.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

*Amendements AS448 de M. Hadrien Clouet et AS219 de M. Yannick Monnet
(discussion commune)*

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Vous nous rappelez un truisme, monsieur le rapporteur général : toutes les entreprises sont différentes – et tous les députés aussi, d'ailleurs.

Toutefois, sous la multitude de différences, l'une compte plus particulièrement : certaines entreprises participent à la bifurcation environnementale et écologique par leur activité, les qualifications qu'elles permettent d'acquérir et les formations qu'elles dispensent. Elles accroissent ainsi la sécurité de l'humanité en ce début de XXI^e siècle. D'autres jouent le rôle inverse, en pratiquant l'extractivisme, en produisant de l'énergie d'une manière insoutenable pour le climat, en encourageant les formations dans les secteurs les plus polluants ou en maintenant artificiellement des activités toxiques pour l'environnement ou les salariés.

Plutôt que d'attendre que ces entreprises changent d'elles-mêmes, nous proposons d'utiliser les 90 milliards d'euros d'exonérations sociales existantes, en subordonnant leur attribution au caractère écologiquement soutenable des entreprises.

M. Yannick Monnet (GDR). Refuser de fixer des conditions à l'octroi de ces exonérations, c'est offrir aux entreprises de se servir dans les caisses de la sécu pour faire ce qui leur chante. L'argent de la sécurité sociale ne doit pas servir à cela.

Dans ce débat, il faut mieux distinguer entre les entreprises. Bluestar, une entreprise d'État chinoise, parce qu'elle s'est implantée dans mon département, a touché 80 millions d'euros en dix ans. Puis, du jour au lendemain, elle a décidé de délocaliser sa production de méthionine. Faute de conditionnalité des exonérations, nous ne pouvons pas réclamer cet argent, dont elle n'avait pas besoin, selon moi. Il faut cesser ce gaspillage.

M. le rapporteur général. À titre personnel, je suis favorable à une conditionnalité des aides à l'installation. Le comportement que vous décrivez est scandaleux ; il relève de la concurrence déloyale. C'est une question de souveraineté et de respect.

Vous défendez ici les allégements de charges – ou allégements de cotisations, dans vos termes – pour les entreprises au comportement le plus louable. Cela m'étonne, car je vous croyais défavorable aux allégements en général.

Surtout, cela ne correspondrait pas à l'objectif des allégements généraux – qui peuvent d'ailleurs être améliorés. Ils ont été conçus pour favoriser l'emploi et la compétitivité. Ne mélangeons pas tout.

Avis défavorable.

Monsieur Guedj, le problème est qu'il est difficile de vérifier que les entreprises respectent les conditions prévues dans le droit du travail pour l'obtention de ces exonérations. Vous-même l'écrivez dans votre rapport.

M. Philippe Vigier (DEM). Monsieur Monnet, je suis d'accord avec vous sur un point : si une entreprise délocalise, elle doit rembourser les subventions versées. Il faut taper dur. Sachez toutefois que cette possibilité existe déjà. Dans ma circonscription, une grande collectivité a ainsi pu exiger le remboursement des aides perçues par une entreprise qui fermait son site local.

Le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), en vigueur entre 2012 et 2017, n'était accordé que si des contreparties sociales et environnementales énumérées dans un décret étaient respectées, soit un dispositif similaire à celui que vous proposez. Je vous invite à consulter le bilan du dispositif. S'ils comportent des dizaines de critères, les décrets sont inapplicables.

Nous nous en sortirons si nous aidons les entreprises à gagner en compétitivité, car cela permettra de revaloriser la grille des salaires.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Vous prétendez que nous serions incapables de fixer les critères prévus dans cet amendement. Pourtant, ils existent déjà, notamment concernant l'égalité salariale entre les hommes et les femmes, l'obligation d'employer des personnes en situation de handicap, ou les normes environnementales.

Je rappelle que l'an dernier, grâce à Mme Marie-Charlotte Garin, nous avons voté en faveur d'une suspension de l'allégement général en cas d'inégalité de salaires entre hommes et femmes.

Actuellement, nous récompensons les entreprises les moins vertueuses au même titre que celles qui respectent la loi et travaillent à rendre l'environnement social et économique plus sain pour notre pays et notre planète. C'est un problème.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Monsieur le rapporteur général, contrairement à ce que vous indiquez, nous ne nous opposons pas à tous les allégements. Dans un esprit de compromis, que vous devriez reconnaître, nous proposons d'en maintenir une bonne partie.

Initialement, les allégements visaient à protéger les emplois. Toutefois, le doublement de leur volume ces sept dernières années n'a pas empêché les destructions d'emploi, ce qui laisse songeur sur leur efficacité.

Désormais, le défi est la transition environnementale. Nous devons mobiliser un instrument existant comme les exonérations pour la permettre.

Enfin, je rappelle que plutôt que de charges, il faut parler d'investissement. Soigner les gens, c'est investir. Ce n'est pas une charge.

M. Yannick Monnet (GDR). Oui, monsieur Vigier il est normal que nous récupérons les subventions si les entreprises ne respectent pas les règles. Mais pourquoi ne ferions-nous pas de même avec les allégements de cotisations ? Les collectivités sont bien gérées. Pourquoi la sécurité sociale ne le serait-elle pas ?

M. Didier Le Gac (EPR). Les contreparties que vous prévoyez sont déjà des obligations légales – je pense notamment à celles relatives à l'emploi des personnes en situation de handicap. Vous ne pouvez demander dans un projet de loi de respecter la loi ! Vous ne pouvez soumettre l'octroi d'une exonération au respect de la loi ! Ce ne serait même pas constitutionnel. La même loi doit s'appliquer à tous.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). La crise sociale et écologique actuelle, d'une ampleur inédite dans l'histoire de l'humanité, demande un État stratège, qui oriente l'économie, pilote la transition des entreprises vers des modes de production plus responsables écologiquement et socialement. Des exonérations conditionnelles le permettraient et celles-ci ne constitueraient pas une contrainte délirante.

Surtout, il y va de l'avenir de notre démocratie. Si l'État n'accepte pas d'exercer le rôle de pilote, il laisse les mains libres aux marchés, alors que ceux-ci ne sauraient garantir le bien commun.

M. le rapporteur général. Les allégements généraux doivent rester généraux. Les subventions que vous citez comme exemple sont, au contraire, ciblées. Ce point avait été abordé dans le rapport de MM. Guedj et Ferracci.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS146 de Mme Marie-Charlotte Garin

Mme Marie-Charlotte Garin (EcoS). Chaque année, entre le 8 novembre et le 31 décembre, les femmes travaillent gratuitement, à cause de la persistance des inégalités salariales. Le salaire des femmes est encore en moyenne inférieur de 24 % à celui des hommes et, dans 57 % des entreprises, les femmes représentent moins de 30 % des cadres dirigeants.

Nous proposons de subordonner le bénéfice des allégements de cotisations patronales au respect de l'égalité salariale entre les femmes et les hommes. Celui-ci serait mesuré à partir de l'index d'égalité.

Notre commission a déjà adopté deux fois un tel amendement – lors du premier PLFSS de la législature précédente, en 2022 et à nouveau en 2023 –, à chaque fois sans effet, à cause de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution. Il serait normal de prévoir une telle conditionnalité.

M. le rapporteur général. Je partage votre objectif d'égalité salariale entre les femmes et les hommes. Nous avons encore beaucoup à faire pour l'atteindre.

Toutefois, l'outil que vous proposez n'est pas le bon. Les allégements généraux doivent avoir pour seul objectif de protéger l'emploi et la compétitivité.

En outre, la loi Rixain a déjà renforcé les obligations en matière d'égalité salariale et a prévu des sanctions administratives. Menons des travaux d'évaluation et de contrôle pour juger de son efficacité, avant d'adopter de nouvelles dispositions.

Avis défavorable.

Mme Marie-Charlotte Garin (EcoS). Je rappelle que cet amendement a été très largement voté par cette commission deux années de suite ! Pour les entreprises, les allégements ne sont pas un dû. Il est normal que nous établissions des critères. Franchement, vu le niveau d'exigence de l'indice de l'égalité professionnelle, nous ne demandons pas grand-chose – d'autant qu'il y a aussi une question d'exemplarité des acteurs économiques.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS220 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). Les exonérations n'ont jamais été aussi élevées alors que la situation des entreprises n'a jamais été aussi difficile : il y a eu 60 000 défaillances en 2024, et ce sera sans doute autant en 2025. Au lieu de sauver l'emploi, vous affaiblissez le pouvoir d'intervention de l'État. Poser des conditions, c'est simplement récupérer un peu de capacité à intervenir dans l'économie.

M. le rapporteur général. J'appréhende ce sujet avec beaucoup d'humilité : je constate que les allégements généraux ont été mis en place par le gouvernement de M. Balladur et renforcés par la gauche plurielle, puis par les réductions Fillon et enfin par le CICE. Les majorités successives, de gauche comme de droite, ont considéré qu'il fallait de tels dispositifs pour soutenir l'emploi.

Avis défavorable.

M. Nicolas Turquois (Dem). À vouloir traiter tous les sujets, on perd le fil.

L'amendement évoque ainsi le « nombre de fins de contrat de travail ». Dans l'agriculture, il y a beaucoup de contrats saisonniers : comment cela sera-t-il pris en compte ? Vous citez aussi « la nature des contrats de travail et [...] leur durée » : de la même façon, cela varie énormément suivant le secteur économique. Peut-on laisser l'entreprise un peu libre, quitte à la contrôler pour s'assurer qu'elle respecte les règles du droit du travail et de l'environnement ? Il y a en France un problème de coût du travail et aussi de protection sociale, mais il ne faut pas tout mélanger.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS22 de M. Jérôme Guedj et AS414 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je viens d'entendre un plaidoyer pour la liberté des entreprises : mais qui paye cette liberté ? Nous parlons ici d'une niche sociale, celle qui permet le cumul du bénéfice des allégements généraux et des déductions forfaitaires liées aux heures supplémentaires. Tout cela nous coûte 2 milliards d'euros par an. Si c'était seulement un beau cadeau, on pourrait réfléchir, nous sommes généreux – mais cela joue aussi contre l'emploi : quand une boîte a trente salariés, il est plus rentable pour elle de payer trente fois une heure supplémentaire que de recruter quelqu'un. Vous demandez que les entreprises soient libres, mais le chômage a librement augmenté de 4 % au trimestre dernier. Cela ne me paraît pas un bon usage de la liberté : il faut réguler, car tout cela se joue avec notre argent, socialisé. Nous avons notre mot à dire et nous voulons récupérer ces 2 milliards.

M. Jérôme Guedj (SOC). Notre amendement empêche le cumul des allégements généraux jusqu'à 1,6 Smic et de la déduction forfaitaire des cotisations patronales applicable aux heures supplémentaires réalisées dans des entreprises de moins de vingt salariés.

Il s'agit ici des seules cotisations patronales : notre proposition ne touche pas au pouvoir d'achat des salariés qui font des heures supplémentaires.

M. le rapporteur général. Monsieur Clouet, vous parlez de 2 milliards d'euros, mais les cotisations patronales dont il est question ici ne représentent que 800 millions.

Monsieur Guedj, il s'agit plutôt ici des entreprises de 20 à 250 salariés.

Soyons clairs : le texte ne rend pas ce cumul possible ; il l'est déjà. Cet alinéa n'est qu'une mesure de toilettage du code.

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS421 de Mme Zahia Hamdane

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous proposons de mettre fin à cette niche sociale de manière égalitaire et générale. Ainsi, on arrête de payer pour des mesures qui détruisent de l'emploi, c'est-à-dire de payer deux fois, une fois pour subventionner les heures supplémentaires, et une autre pour dédommager les personnes qui sont au chômage à cause de ces dispositifs.

M. le rapporteur général. L'effet serait fort, pour le coup ! La conséquence, ce serait que nous n'encouragerions plus les salariés à effectuer des heures supplémentaires pour gagner plus. Nous avons là un désaccord de fond : plus de la moitié des heures supplémentaires sont réalisées dans nos TPE et nos PME, dont j'estime que nous devons les soutenir, surtout dans un contexte économique compliqué.

Avis défavorable.

M. Philippe Vigier (Dem). Dans les très nombreuses entreprises artisanales qui sont restées à 39 heures, la différence entre 35 et 39 heures est payée en heures supplémentaires. Vous verriez l'effet sur le pouvoir d'achat ! Et, dans une entreprise qui compte trois salariés, les douze heures supplémentaires ne sont pas sécables, vous ne trouveriez pas un salarié à mi-temps. Vous paupériseriez à la fois l'entreprise et les salariés.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS37 de M. Laurent Panifous

M. Laurent Panifous (LIOT). Dans de nombreuses branches, les salaires minimaux sont inférieurs au Smic : ce n'est pas normal. Il y a là des pertes de rémunération, par exemple sur les primes d'ancienneté. Nous proposons donc de contraindre les branches à mener ce travail de négociation, et pour cela de conditionner les exonérations de cotisations à la revalorisation des minima de branches lorsque ceux-ci sont inférieurs au Smic pendant plus de six mois.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS455 de Mme Élise Leboucher

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Nous proposons de réduire le seuil de sortie des exonérations de cotisations sociales dites « bandeau famille » et « bandeau maladie » à 2 Smic.

Les exonérations de cotisations sociales ont explosé au cours du premier quinquennat d'Emmanuel Macron ; elles atteindront 89,7 milliards d'euros en 2024, soit une augmentation de plus de 127 % en sept ans. L'enveloppe totale dépassera les 91 milliards d'euros en 2025, notamment en raison des bandeaux famille et maladie.

Le bandeau famille correspond à une exonération de 1,8 point des cotisations d'allocations familiales sur les salaires inférieurs à 3,5 Smic ; le bandeau maladie est une exonération de 6 points des cotisations d'assurance maladie sur les salaires jusqu'à 2,5 Smic. En 2024, ces moindres recettes en cotisations sociales coûteront 39,5 milliards d'euros à la sécu, dont 27 milliards liés au bandeau maladie – presque dix-sept fois le budget de l'hôpital de Toulouse. Les pertes sont de 15,9 milliards d'euros pour l'ensemble de la branche famille.

Loin d'encourager des hausses de salaire, ces exonérations coûtent très cher aux finances publiques, n'ont que peu d'effet sur l'emploi et alimentent la trappe à bas salaires. Il est urgent de mettre fin à cette politique de subventionnement indirect des entreprises.

M. le rapporteur général. Les sous-amendements de Jérôme Guedj sur les bandeaux famille et maladie adoptés hier alourdissent le coût du travail de

3 milliards d'euros en 2025 et de 4,5 milliards en 2026. J'aurais préféré, vous le savez, que nous en restions à 1,6 milliard pour ces deux années comme en CMP. Votre amendement porte cette somme à 4 milliards en 2025.

Les points de sortie tels que vous les proposez mettent l'emploi en danger. Je vous renvoie au rapport Bozio-Wasmer sur ce point.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS223 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). Cet amendement subordonne l'attribution des exonérations de cotisations patronales au respect de certaines conditions, mais en fonction de la taille de l'entreprise. C'est un amendement de bon sens.

M. le rapporteur général. Pour mener une politique, il faut un objectif clair et donc éviter de multiplier les objectifs sans les hiérarchiser. Je suis sensible à votre intention, mais l'amendement ne me paraît pas opérationnel, d'autant qu'il faudrait aussi prendre en compte des différences territoriales, sectorielles...

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

M. Philippe Vigier (Dem). Nos entreprises sont en compétition avec celles des pays qui nous entourent, vous l'avez dit vous-même tout à l'heure. Je vous invite à ne pas voter votre amendement !

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS222 de M. Yannick Monnet

M. Yannick Monnet (GDR). Cet amendement s'inspire des propos de l'ancien président du groupe Les Démocrates, M. Mattei, qui parlait de bénéfices improductifs. Nous proposons de supprimer les exonérations pour les entreprises qui versent des dividendes aux actionnaires. C'est une question de bonne gestion des comptes publics et de justice sociale. On nous parlait tout à l'heure du coût pour l'entreprise des augmentations de salaire : c'est vrai, il y a des cotisations qui s'ajoutent au salaire net. Mais, pour les cent plus grandes entreprises, la dépense a augmenté de 22 % pour les salariés, de 57 % pour les actionnaires. Accorder des exonérations aux entreprises qui versent des dividendes va contre l'emploi : autant ouvrir les caisses de la sécurité sociale aux actionnaires pour qu'ils se servent dedans !

M. le rapporteur général. Les entreprises peuvent, à certains moments, estimer qu'il est pertinent de verser des dividendes. Nous voudrions tous les deux que les salariés profitent des bénéfices – je suis très attaché à la participation, à l'intéressement, au partage de la valeur. Mais on ne peut pas fixer une règle.

D'ailleurs, ces dividendes sont taxés et viennent financer notre modèle de protection sociale.

Avis défavorable.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Le CICE a été la première politique économique de diminution du prétendu « coût du travail » mise en place par Emmanuel Macron, alors conseiller de François Hollande : il a coûté 18 milliards d'euros la première année, et des chercheurs ont montré qu'il avait créé à peine 160 000 emplois – soit 112 000 euros d'argent public pour un seul emploi ! Créez des fonctionnaires : ce sera plus sûr et ça coûtera moins cher.

M. Philippe Vigier (Dem). Jean-Paul Mattei parlait non pas des dividendes en général, mais des superdividendes ; il ne faut pas confondre. Et ces superdividendes peuvent être très élevés une année, mais s'effondrer la suivante : à nous de trouver les bonnes solutions pour les taxer. Le projet de loi de finances contient des pistes qui n'ont pas été explorées depuis longtemps, y compris sous la gauche, par exemple sur la taxe sur les transactions financières et les optimisations fiscales.

M. Yannick Monnet (GDR). Nous ne nous mettrons pas d'accord, mais il est trop facile d'invoquer la liberté des entreprises quand elles reçoivent de l'argent public ! Il faut des conditions. Pour quelqu'un qui touche le revenu de solidarité active (RSA), c'est-à-dire moins de 600 euros, il y a une multitude de conditions ; mais une entreprise qui touche des millions, vous la laissez faire ce qu'elle veut. Je déplore ce deux poids, deux mesures.

La commission adopte l'amendement.

Amendements AS227 de M. Yannick Monnet, amendements identiques AS6 de M. Jérôme Guedj et AS38 de M. Laurent Panifous (discussion commune)

M. Jérôme Guedj (SOC). Merci au rapporteur général d'avoir rappelé l'adoption de mes sous-amendements, dont je rappelle qu'ils ne font que nous ramener à la version du texte adoptée par le Sénat. C'est une avancée, mais ce n'est pas une folie gauchiste !

Je vous propose d'aller plus loin sur le seul bandeau famille en appliquant la recommandation centrale du rapport que j'ai rendu avec Marc Ferracci. Le consensus des économistes est qu'entre 2,5 et 3,5 Smic, le bandeau famille n'a aucun impact sur l'emploi ou sur la compétitivité des entreprises concernées. Le rapport Bozio-Wasmer proposait également de l'abaisser à 2,45 Smic.

Cet amendement permettrait de dégager entre 1 et 1,3 milliard d'euros supplémentaire pour la sécurité sociale, qui en a bien besoin.

M. Laurent Panifous (LIOT). Les exonérations, si elles sont probablement nécessaires pour les salaires autour du Smic, sont discutables au-delà d'un certain montant. Le seuil de 2,5 Smic, soit un salaire net de 3 500 euros environ, nous semble être le bon.

M. le rapporteur général. On serait en effet au-delà de ce qui a été voté hier, même si le montant est difficile à connaître.

Ce qui me gêne, c'est qu'on pénaliserait surtout les salariés du secteur industriel. Il me paraît paradoxal de vouloir à la fois diminuer les allégements généraux et augmenter les salaires : ce sont bien les salariés du secteur industriel, souvent qualifiés et donc mieux rémunérés, qui seraient victimes de cet amendement.

J'ajoute que le contexte économique s'assombrit depuis quelques mois : ce n'est pas le moment d'alourdir encore le coût du travail et de pénaliser les entreprises, qu'il faut plutôt accompagner.

M. Philippe Vigier (Dem). J'irai dans le sens du rapporteur général. Mon territoire a connu une désindustrialisation massive. Au moment où nous commençons à reconstruire quelques emplois, n'allons pas dans cette direction, surtout dans un contexte économique difficile pour nos entreprises, et au moment où nous ne sommes à l'abri de rien sur la scène internationale – avec un Donald Trump qui veut court-circuiter l'Union européenne au profit de discussions bilatérales. Si vous doutez de ce que je dis, venez dans ma circonscription, vous verrez ce qu'il en est et peut-être tiendrez-vous d'autres propos.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). M. Vigier nous explique que nous allons bloquer Trump avec le bandeau famille. Je ne suis pas très convaincu, je vous l'avoue.

Ces amendements portent sur des salaires supérieurs à 2 800 euros net : nous ne sommes plus aux niveaux de salaire qui sont sensibles à ces exonérations. Ces embauches ne se jouent pas sur une exonération de cotisations sociales.

Mme Sérgolène Amiot (LFI-NFP). Dire aujourd'hui que nous remontons la pente de l'emploi industriel, alors que nous voyons au contraire des centaines d'emploi disparaître dans nos circonscriptions, et qu'on nous annonce au moins 150 000 suppressions dans les mois à venir, c'est vraiment être loin de la réalité ! Et il faudra aider ces gens qui se trouveront au chômage, et pour cela alimenter les caisses de la sécurité sociale.

Mme Alma Dufour (LFI-NFP). Monsieur Vigier, vous avez quand même beaucoup de culot ! Vous donnez les chiffres de l'année dernière, alors que les faillites n'ont pas été aussi élevées depuis quinze ans : le cabinet Altares estime que 250 000 emplois sont menacés. Notre déficit commercial est l'un des pires d'Europe, nous nous battons depuis deux ans pour vous dire que la crise de l'énergie allait mettre par terre des secteurs industriels entiers, vous avez voté contre toutes

nos solutions de protectionnisme pour les industries, et vous venez, comme à votre habitude, tout mélanger en faisant comme si la question des exonérations de cotisations sur le bandeau famille avait quoi que ce soit à voir avec la situation des industries en train de fermer.

Vous nous dites de venir sur le terrain : j'étais, moi, la semaine dernière devant Bercy avec les salariés des entreprises en train de fermer. Je ne vous y ai pas vu. Aucun député macroniste n'était présent pour les soutenir.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS472 de M. Damien Maudet

Mme Sérgolène Amiot (LFI-NFP). Il faut cesser de fonctionner les caisses de la sécurité sociale pour faire des cadeaux aux entreprises intermédiaires et aux grandes entreprises, qui ont les moyens de cotiser pour la branche famille. L'amendement tend donc à supprimer ces entreprises du bandeau famille.

M. le rapporteur général. Avec cet amendement, ce ne sont pas les grandes entreprises, mais les entreprises de taille intermédiaire (ETI) qui seraient pénalisées, ainsi que celles qui grandissent et qui recrutent de nouveaux salariés. Il introduirait également une différence de traitement non seulement entre les employeurs, mais aussi et surtout entre les salariés, car les différences de taux de cotisation se répercuteraient finalement sur le salaire net, ce qui est contraire aux fondements de notre système de protection sociale.

Je vous invite donc à retirer l'amendement. À défaut, avis défavorable.

Mme Sérgolène Amiot (LFI-NFP). Nous maintenons l'amendement, car je ne vois pas comment les cotisations patronales pourraient se répercuter sur le salaire net des salariés.

M. le rapporteur général. Dans la vie réelle, l'employeur intègre dans le salaire les charges qui lui incomberont.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS432 de M. Damien Maudet

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Le CICE, qui a coûté 90 milliards d'euros en cinq ans pour à peine 100 000 emplois créés, soit 160 000 euros par emploi, a été pérennisé en 2019 sous forme d'exonération de cotisations sociales, sans effets sur l'emploi, les ventes ou l'investissement. En 2022, cela a coûté 26,4 milliards, soit six fois plus que ce que le Gouvernement espérait économiser avec le gel des retraites. Il est temps de mettre fin à cette gabegie et de réorienter les ressources vers de nouvelles mesures réellement efficaces pour notre système social.

M. le rapporteur général. Cet amendement est cohérent avec l'ensemble de ce que vous défendez, mais il est curieux de demander à un comité d'étudier l'abrogation de dispositions d'une ancienne LFSS qui n'aurait aucun effet sur les allégements généraux du fait des modifications opérées entretemps. Il est également étrange de présumer des évaluations qui pourraient être menées en demandant dès à présent la suppression du bandeau maladie. Votre amendement pose un problème technique et un problème de méthode.

M. Jérôme Guedj (SOC). Puisqu'il n'est pas prévu d'explications de vote sur les articles, je tiens à dire que, dans un instant, le Rassemblement national, le bloc central et la Droite Républicaine vont détricoter le texte qui revient du Sénat, nous ramenant à la situation existante, sans aucune augmentation du coût du travail. Vous êtes donc favorables au statu quo et ne dégagerez aucune ressource supplémentaire pour la sécurité sociale, alors que, dans toutes vos circonscriptions, vous constatez les difficultés budgétaires des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et des hôpitaux. Tout le monde s'accorde à dire que la crise de la sécurité sociale est plus une crise des recettes que des dépenses – lesquelles, comme le souligne encore le rapport du Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS) de vendredi dernier, sont contenues et ne dérapent pas. La seule mesure permettant de dégager des recettes est l'article 6, que vous allez flinguer dans deux secondes.

M. Damien Maudet (LFI-NFP). Nous venons d'entendre des collègues macronistes nier que le problème de la sécurité sociale est lié à de moindres recettes, alors qu'Emmanuel Macron lui-même le dit : voulez-vous donc vous mettre en porte-à-faux avec la dernière personne qui apprécie votre travail ?

Le CICE représente quatorze fois le budget annuel du centre hospitalier universitaire de Toulouse et ceux qui en ont le plus profité au cours des dernières années sont Auchan, qui a engagé un immense plan social, Casino, qui a mis la clef sous la porte en licenciant des milliers de personnes, et Carrefour, qui n'a aucune difficulté économique et qui a même vu ses bénéfices augmenter. Tout cela se fait au détriment de notre protection sociale. Doit-on financer les licenciements d'Auchan et les bénéfices de Carrefour plutôt que nos hôpitaux, l'autonomie et la protection sociale ? Trouvons des recettes et mettons des moyens là où il faut – ce que vous ne faites plus.

M. Yannick Monnet (GDR). Sur l'article 6, et même s'ils ne sont pas satisfaisants, des compromis ont été trouvés, montrant que nous avons pris un chemin différent de celui de la CMP : si vous revenez à celle-ci, nous risquons de nous trouver dans la même situation que lors du dernier PLFSS, à propos duquel le Gouvernement a été censuré. Il faut donc essayer d'adopter ce texte lorsque nous aurons fini de discuter des amendements.

M. Nicolas Turquois (Dem). La France a les taux d'imposition et les charges sociales les plus élevés au monde, et la relation de cause à effet avec la situation de l'emploi est évidente. Les besoins de financement sont réels et

l'article 6, qui propose un chemin, même limité, avec une moindre exonération, me semble être un bon compromis entre des objectifs de financement et de protection de l'emploi.

M. le rapporteur général. Chacun sera responsable de la stratégie qu'il aura adoptée lors de l'examen de cet article 6. Depuis le début, j'étais de ceux qui pensent qu'il ne faut pas alourdir les charges pour les entreprises mais, depuis cinq jours que vous m'avez désigné rapporteur général, je n'ai pas déposé d'amendements à titre personnel et me suis efforcé d'être sur le chemin des possibles et des souhaitables en déposant des amendements reprenant certains équilibres qui avaient été discutés. Toutefois, les mesures que vous proposez, et les chiffres qui en découlent, nous en éloignent et je peux comprendre que certains députés préfèrent supprimer l'article 6 plutôt que de les adopter.

Nous n'en sommes qu'à l'examen du texte en commission : peut-être la stratégie sera-t-elle différence en séance publique. Je pense, pour ma part, que nous avons besoin d'un PLFSS. Il est important de tenir les équilibres et les trajectoires, mais il faut également viser à une cohérence d'ensemble, même si les majorités ne sont pas les mêmes selon les articles. Nous sommes tous dans la cuisine et si nous voulons qu'il y ait un plat à manger, nous avons une responsabilité collective. Il nous faut trouver un chemin, qui ne sera peut-être pas celui que nous souhaitions les uns et les autres, mais qui sera un entre-deux pour chacun.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Alors que mon groupe a fortement défendu l'idée qu'il ne devrait y avoir aucune baisse de charges sociales ni augmentation du coût du travail pour nos entreprises, la hausse de 1,6 milliard d'euros que j'ai finalement votée dans le cadre de la CMP permettait d'obtenir un compromis, mais une censure est intervenue – et je rappelle qu'elle ne venait pas de nous. En cohérence, nous n'allons pas accepter une augmentation du coût du travail de plus de 3 milliards. Nous voterons donc contre l'article.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS426 de Mme Élise Leboucher

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement vise à limiter la casse. La crise n'est pas, en effet, celle de la dépense de la sécurité sociale, mais de ses recettes. Il y a trente ans, les recettes du régime obligatoire étaient assurées à 82 % par les cotisations, qui n'en représentent plus aujourd'hui que 49 %. Nous proposons donc que chaque nouvelle exonération de cotisations soit désormais compensée par le retrait d'une autre, soit une compensation à 100 % : si vous voulez faire un cadeau à l'un, il faudra retirer un cadeau à un autre.

M. le rapporteur général. Cet amendement, qui vise à demander au comité de suivi de la réforme des allégements généraux d'étudier l'instauration d'un principe de non-prolifération des exonérations de cotisations sociales, me semble être un amendement d'appel. Il est légitime de s'interroger sur les raisons qui ont conduit à instaurer ces exonérations – je n'étais, du reste, pas présent chaque fois

que cela a été le cas –, mais il existe un lien entre les exonérations, le coût du travail et notre système de prestations. Il ne me semble pas nécessaire de modifier les missions du comité de suivi prévu par le Sénat.

Avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Il y va de la sauvegarde de notre modèle social assuranciel. À force d'exonérations de cotisations, il finira par ne plus y avoir du tout de cotisations, et donc plus d'argent à redistribuer et plus de modèle social. Nous avons bien compris que c'était là votre objectif, mais ce n'est pas le nôtre, qui est, au contraire, de sauvegarder le système, ce qui implique de mettre fin à la possibilité d'augmenter les exonérations de cotisations. L'amendement n'est donc aucunement un amendement d'appel mais, au contraire, un amendement de repli par rapport à toutes nos propositions, et même un amendement de compromis.

M. Hendrik Davi (EcoS). Chaque fois qu'on exonère les entreprises de cotisations sociales, l'État compense en partie. Ainsi, ce que les entreprises ne paient pas, ce sont les contribuables qui le paient. Les exonérations, qui représentent 80 milliards d'euros, dont 60 milliards compensés, contribuent donc à la dette française, que vous ne cessez d'invoquer. Cette réalité n'est pas assez présente dans le débat.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). M. Yannick Neuder déclarait le 21 octobre 2024, en qualité de rapporteur, que la non-compensation des exonérations par l'État était un vrai problème sérieux. Vous devriez vous inspirer davantage de notre ancien collègue, qui est aujourd'hui ministre – il l'est, du reste, peut-être devenu grâce à l'acuité de cette analyse – et qui aurait certainement voté cet amendement.

M. le rapporteur général. Monsieur Clouet, au risque de vous décevoir et comme je l'ai dit d'emblée, je n'ai pas pu, faute de temps, mener toutes les consultations et concertations que j'aurais voulu. Toutefois, il n'est pas vrai que, sur 80 milliards d'euros d'exonérations, 60 milliards seulement soient compensés, car le reste l'est par la TVA et 2,5 milliards seulement ne le sont pas.

Quant au fond de l'amendement, le comité de suivi s'intéressera nécessairement à cette question. Votre amendement est donc satisfait. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS225 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). Le fait que je signe, que je défende et que je vote cet amendement montre que nous n'avons pas une approche dogmatique des exonérations. Cet amendement de nos collègues ultramarins vise à ne pas supprimer les exonérations dans les territoires d'outre-mer, qui méritent une attention spécifique. Je vous propose donc de le voter, après quoi nous voterons l'article 6. Notre commission aura ainsi créé du consensus et fait preuve d'intelligence.

M. le rapporteur général. Sur le fond, l'amendement semble satisfait par les dispositions que nous avons adoptées pour préserver le dispositif de la loi pour le développement économique des outre-mer (Lodeom). Je m'étais d'ailleurs battu à vos côtés en première lecture et, dans l'évolution du dispositif, nous avions adopté des amendements qui ont été en partie repris et qui ont prospéré au Sénat.

Sur la forme, l'amendement ne fonctionne pas encore vraiment et je vous invite à le retirer pour le retravailler en vue de la séance publique, car il conduirait à appliquer simultanément plusieurs versions d'un même article.

Avis défavorable.

M. Philippe Vigier (Dem). Si l'amendement est satisfait, nous en prendrons acte, mais s'il ne l'est pas, je rappelle qu'un engagement avait été pris au banc par le Gouvernement : compte tenu de la spécificité et la fragilité économique des territoires ultramarins, il ne faudrait pas y renoncer au bout d'un mois.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle rejette l'article 6 modifié.

Article 6 bis (nouveau) : Augmenter le taux de la contribution patronale sur les actions gratuites

Amendement de suppression AS253 de Mme Sylvie Bonnet

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'attribution d'actions gratuites est un mécanisme de rémunération complémentaire qui vise à fidéliser certains salariés. Elle fait partie des outils qui associent directement et durablement les salariés à la réussite de leur entreprise. C'est un dispositif qui vise à partager le capital, qui crée un intérêt fort au développement de l'entreprise et qui implique largement tous les acteurs autour du projet entrepreneurial. C'est pour ces raisons que la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 a ramené cette contribution patronale au taux de 20 %. L'amendement vise à préserver ce dispositif tel qu'il existe actuellement. Il s'inscrit dans la volonté du groupe Droite Républicaine de défendre une meilleure valorisation du travail.

M. le rapporteur général. Je partage votre souci de ne pas pénaliser le développement de l'actionnariat salarié. L'attribution d'actions gratuites, peu utilisée en France, peut toutefois concerner des petites entreprises et n'est pas nécessairement le dispositif caricatural qu'on en fait. Je m'efforce toutefois de m'en tenir à l'accord de la CMP.

Je précise en outre que les PME et les ETI qui n'ont pas versé de dividendes sont exonérées de cette contribution. Les plus petites structures ne sont donc pas exposées aux dispositions du texte. Par ailleurs, les attributions restent concentrées sur une part réduite de salariés, qui correspond majoritairement aux mieux rémunérés. Enfin, la mesure n'aura aucun effet sur les autres mécanismes d'association des salariés aux résultats de l'entreprise.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'article sera adopté, puisqu'il figurait dans les conclusions de la CMP. Depuis 2022, nous sommes plusieurs à avoir déposé exactement cette proposition. Qu'elle soit aujourd'hui validée est bien la preuve que nos propositions de recettes ne sont pas incongrues.

Cela signifie également que nous pouvons aller plus loin, car il s'agit ici d'une niche sociale, d'ailleurs régulièrement identifiée par la Cour des comptes comme un levier possible. De fait, près de 80 milliards d'euros de compléments de salaire ne sont pas soumis au taux normal de cotisation. C'est le cas, par exemple, des voitures de fonction, qui représentent des centaines de millions d'euros. Il est ici question de 500 millions et je regrette que, dans les deux dernières années, ils aient manqué à la sécurité sociale alors que vous reconnaissiez aujourd'hui la pertinence de la mesure. Nous devrions travailler sur tous les compléments de salaire, notamment sur les versements de dividendes et sur toute une série d'avantages en nature qui ne contribuent pas au financement de la sécurité sociale. Je tiens, à cet égard, à saluer le groupe communiste et le groupe Écologiste - Solidarité et Territoires du Sénat, à l'origine de cette proposition.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Il ne faut pas supprimer cet article, que nous voulons voter. L'enjeu est de 400 millions d'euros et la rémunération en actions revient à désocialiser le revenu, et même à le défiscaliser en partie. Il est absurde qu'un euro touché en actions ne contribue pas à l'intérêt collectif alors qu'un euro perçu en salaire y contribue.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS594 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. L'amendement vise à décaler l'entrée en vigueur de l'augmentation du taux de la contribution patronale sur l'attribution gratuite d'actions au premier jour du mois suivant l'entrée en vigueur de la LFSS 2025.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 6 bis modifié.

Article 6 ter (nouveau) : Étendre 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

Amendement AS606 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet amendement, qui reprend une modification adoptée par la CMP, propose ainsi de ne viser que les établissements publics spécialisés dans l'action sociale.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 6 ter modifié.

Article 6 quater (nouveau) : Mutualiser les coûts liés à certaines maladies professionnelles des bénéficiaires de l'obligation d'emploi de travailleur handicapé pour le calcul des cotisations d'accidents du travail et maladies professionnelles

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement de suppression AS228 de M. Yannick Monnet.

Puis elle adopte l'article 6 quater non modifié.

Article 6 quinquies (nouveau) : Inclusion en 2026 et 2027 des entreprises du bâtiment et des travaux publics de Guadeloupe, de Martinique et de La Réunion dans les bénéficiaires du coefficient de compétitivité renforcée pour l'exonération dite « Lodeom »

Amendement de suppression AS570 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. L'amendement reprend une décision de la CMP.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 6 quinquies est supprimé.

Article 6 sexies (nouveau) : Expérimenter durant trois ans 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 adopte l'article 6 sexies non modifié.

Article 7 : Rationaliser l'assujettissement des contrats d'apprentissage et des entreprises d'armement maritime aux cotisations et contributions salariales

Amendements de suppression AS69 de M. Gaëtan Dussausaye et AS305 de Mme Élise Leboucher

M. Gaëtan Dussausaye (RN). La question de savoir quel effort il faut demander aux jeunes apprentis et aux entreprises qui se chargent de leur première entrée dans le monde du travail a fait l'objet de nombreuses discussions depuis le début du débat budgétaire et, si le défi de l'attractivité de l'apprentissage a été relevé, son efficacité pose question, compte tenu de son coût annuel de 16 milliards d'euros pour l'État.

Nous avions notamment proposé de recentrer les primes à l'embauche en priorité vers les petites entreprises de moins de 250 salariés et vers des métiers utiles pour l'avenir de la nation, comme les métiers industriels et technologiques. Je sais que des discussions sont engagées avec le Gouvernement, qui serait relativement favorable à des mesures en ce sens, mais puisque nous n'en sommes encore qu'à la lecture du Sénat, cela ne figure pas dans cet article. Afin donc de ne pas faire payer les jeunes apprentis, nous demandons la suppression de celui-ci.

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Cet article veut faire cotiser les apprentis au-delà de 50 % du Smic, visant 360 millions d'euros d'économies au détriment de jeunes déjà mal rémunérés. L'apprenti au salaire moyen perdra 24 euros par mois et le Gouvernement prévoit également d'abaisser le seuil par décret. Cette réforme s'en prend à nouveau aux plus pauvres pour éviter de remettre en question les aides aux entreprises. L'apprentissage est un gâchis colossal, avec 25 milliards gaspillés, souvent pour subventionner des embauches déjà prévues. Il faut plutôt réorienter ces fonds en supprimant la prime à l'embauche et en demandant aux entreprises de contribuer plus. Nous ne devons pas imposer davantage les apprentis, mais redonner du sens à la politique publique de l'apprentissage. L'amendement vise donc à la suppression de l'article.

M. le rapporteur général. Le projet de loi de finances et le PLFSS comportent l'un et l'autre des éléments relatifs à l'apprentissage, mais l'exposé des motifs qui accompagne ces amendements ne semble pas tenir compte des évolutions intervenues depuis plusieurs semaines. Sur ce sujet qui nous préoccupe tous, des annonces ont été faites en fin d'année, notamment à propos de l'aide à l'embauche : nous n'en sommes donc plus du tout à l'annonce initiale faite voilà trois mois. Il existe par ailleurs des effets de seuil et il peut sembler injuste que, du fait des exonérations de cotisations, un apprenti gagne parfois mieux qu'un salarié.

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). La base salariale est différente !

M. le rapporteur général. Il nous a été rapporté des cas qui suscitent un sentiment d'injustice sociale. C'est une question de fond.

Vous vous battez contre les exonérations depuis plusieurs heures – un combat légitime, que je respecte –, et tout à coup, vous voulez rétablir l'exonération totale de contribution sociale généralisée (CSG) et de contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) pour les apprentis !

Afin de ne pas affecter la rémunération de ceux dont le contrat aura débuté d'ici à l'entrée en vigueur – tardive – de la LFSS, j'ai déposé à l'article 7 bis A un amendement visant à n'appliquer la réforme qu'aux futurs apprentis. C'est d'ailleurs la solution qui avait été retenue par le Sénat, puis par la CMP.

En l'état, je ne peux émettre qu'un avis défavorable sur ces amendements.

M. Gaëtan Dussausaye (RN). Vous n'avez clairement pas conscience du niveau de rémunération des apprentis.

Depuis le début des débats, nous nous sommes montrés ouverts à la discussion, ce qui nous a permis d'avancer sur plusieurs sujets – privilégier les petites entreprises et les artisans, comme les bouchers et les restaurateurs, ou les secteurs en tension, notamment dans l'industrie textile ou la sidérurgie. Mais avec cet article, le Gouvernement propose, une fois de plus, de faire porter les efforts comptables sur les jeunes apprentis. Pourtant, le temps d'apprentissage n'est pas un temps de travail comme les autres, il est donc normal qu'ils soient exonérés de cotisations. C'est toujours un peu de pouvoir d'achat en plus.

Mme Sérgolène Amiot (LFI-NFP). Je tombe des nues. En première année, un apprenti de 16 ou 17 ans touche 486,49 euros par mois, soit 27 % du Smic ; seuls les apprentis de plus de 26 ans qui sont déjà en troisième année – et qui ont donc trois ans d'ancienneté dans leur emploi –, peuvent toucher 100 % du Smic. Je ne vois pas comment des salariés pourraient être moins bien payés que les apprentis : vous vous moquez du monde. Il est grand temps de s'interroger sur ce que nous voulons faire pour les apprentis : en l'espèce, votre proposition ne correspond pas du tout au projet que nous défendons.

M. le rapporteur général. Je comprends votre inquiétude, madame Amiot, mais je n'entends me moquer de personne. Les apprentis qui touchent moins de 500 euros ne seront pas concernés par cet article, puisque seule la partie de rémunération qui excède 50 % du Smic sera soumise à cotisations. On vise donc essentiellement les apprentis de l'enseignement supérieur. Je rappelle que les salariés, eux, paient des cotisations sur l'intégralité de leur rémunération.

D'un point de vue légal, pour un apprenti en troisième année, 100 % du Smic est une rémunération plancher, et rien n'empêche qu'il touche davantage : c'est ce dernier cas qui est visé par l'article, qui prévoit, je le répète, l'acquittement de cotisations uniquement pour la partie de salaire qui excède la moitié du Smic. Il me semble un peu injuste qu'une personne au Smic paie des cotisations sur l'intégralité de sa rémunération, alors qu'une personne qui touche davantage bénéficie d'une exonération totale.

M. Paul Midy (EPR). Pour ma part, j'ai déposé un amendement visant à rétablir le dispositif jeune entreprise innovante, largement modifié par le Sénat. En effet, dans sa rédaction actuelle, cet article aboutira à augmenter le coût du travail de pas moins de 30 % pour des centaines de PME innovantes. C'est pourquoi il faut absolument le supprimer.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 7 est supprimé et les amendements AS443 et AS449 de M. Matthieu Lefèvre, les amendements identiques AS7 de Mme Estelle Mercier, AS42 de M. Stéphane Viry, AS169 de Mme Sylvie Bonnet, AS229 de Mme Karine Lebon et AS475 de M. Hadrien Clouet, les amendements AS308 de M. Hadrien Clouet, AS43 de M. Laurent Panifous, AS237 de M. Didier Le Gac, AS598 de M. Thibault Bazin, AS370 de M. Didier Le Gac, les amendements identiques AS84 de Mme Angélique Ranc, AS262 de M. Paul Midy, AS398 de M. Christophe Plassard et AS454 de M. Matthieu Lefèvre ainsi que les amendements AS479 de Mme Élise Leboucher, AS309 de Mme Zahia Hamdane et AS599 de M. Thibault Bazin tombent.

Article 7 bis A (nouveau) : Plafonner la part de la rémunération d'un apprenti intégralement exonérée de cotisations salariales

Amendement de suppression AS171 de Mme Sylvie Bonnet

Mme Sylvie Bonnet (DR). Afin de préserver l'équilibre économique indispensable à la formation des apprentis, cet amendement vise à supprimer l'article 7 bis A, qui prévoit une réduction significative des exonérations de cotisations sociales, avec pour conséquence une baisse de la rémunération nette des apprentis, et donc de leur niveau de vie. Je précise que cette réduction s'ajoute à la diminution annoncée des aides accordées aux employeurs d'apprentis.

M. le rapporteur général. Supprimer l'article n'empêcherait pas le Gouvernement d'abaisser le seuil des exonérations, qui est fixé par voie réglementaire. Dès lors, la question qui se pose est la suivante : voulons-nous laisser le Gouvernement entièrement libre ou préférons-nous encadrer cette exonération en inscrivant un plafond dans la loi ? Je vous invite à retirer cet amendement, afin de voir, d'ici à l'examen en séance, comment nous assurer que la baisse ne sera pas trop pénalisante.

L'amendement est retiré.

Amendement AS600 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet amendement tend à limiter aux nouveaux contrats d'apprentissage l'abaissement du niveau de rémunération à partir duquel les apprentis doivent s'acquitter de la CSG et de la CRDS.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). D'un côté, le bloc central et ses supplétifs votent en faveur de l'abaissement de cotisations patronales sur les bas salaires ; de l'autre, ils cherchent à transférer une partie de cette charge sur les apprentis eux-mêmes. C'est paradoxal !

Nous, nous proposons que les gens cotisent normalement, sur un salaire normal.

Monsieur le rapporteur général, vous arguez que nous ne pouvons qu'encadrer un seuil qui, de toute façon, est décidé par voie réglementaire. Pour notre part, nous sommes opposés au principe même de cet abaissement, et nous ne voterons donc pas votre amendement, qui risque d'encourager le Gouvernement. Aujourd'hui, le monde de l'apprentissage a besoin de bien d'autre chose.

Il faut distinguer les cotisations sociales de la CSG et la CRDS : on parle bien, ici, d'un transfert de charges des employeurs vers les employés. Cela ne me semble pas normal.

M. le rapporteur général. Soyons précis : vous parlez de bas salaires, mais la suppression d'exonération ne s'applique qu'au-delà d'une certaine rémunération. La question, au fond, est de savoir à partir de quel niveau de revenus on doit cotiser. Je ne suis pas le Gouvernement : regardez mes votes en première lecture, et vous constaterez que, pour ma part, je suis plutôt favorable à ce que le coût du travail ne soit pas alourdi.

Mais, comme je vous l'ai expliqué, j'essaie de préserver l'équilibre des accords qui avaient été trouvés : nous avons supprimé un certain nombre d'irritants qui ont pu justifier la censure, mais de ce que j'ai entendu à la tribune, ce sujet n'en faisait pas partie. Nous devons être responsables et doter la France d'un budget pour la sécurité sociale : j'essaie de trouver un compromis.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle rejette l'article 7 bis A ainsi modifié.

La réunion, suspendue à dix-huit heures vingt, est reprise à dix-huit heures trente.

Article 7 bis B (nouveau) : Contribution de solidarité par le travail en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Amendements de suppression AS176 de M. Thibault Bazin, AS8 de M. Arnaud Simion, AS89 de M. Fabien Di Filippo, AS103 de Mme Stella Dupont, AS231 de M. Yannick Monnet, AS246 de M. Christophe Bentz, AS254 de Mme Sylvie Bonnet, AS310 de Mme Anaïs Belouassa-Cherifi, AS462 de M. Mathieu Lefèvre et AS553 de Mme Hanane Mansouri

M. le rapporteur général. Mon amendement vise à supprimer l'article 7 bis B, introduit par le Sénat à la faveur de l'adoption d'un amendement d'appel, et qui instaure une contribution de solidarité par le travail afin d'appeler à un débat sur le financement du grand âge.

La proposition sénatoriale reprend en grande partie les dispositions relatives à la journée de solidarité instaurée en 2004, tout en portant de sept à quatorze le nombre d'heures travaillées au titre de celle-ci, et en doublant le taux de la contribution sociale pour l'autonomie due par les employeurs publics et privés. Elle procède ainsi du constat, largement partagé, que le vieillissement de la population et l'amélioration de la reconnaissance et de la prise en charge des handicaps nécessitent d'augmenter les ressources de la branche autonomie.

Cependant, cette disposition pose des problèmes de méthode et de fond qui justifient qu'elle soit écartée.

Tout d'abord, mettre à contribution les actifs à travers un temps de travail non rémunéré paraît contradictoire avec l'objectif de revalorisation du travail, qui implique au contraire de veiller à ce que toute activité supplémentaire entraîne un surcroît de rémunération. Par ailleurs, une telle augmentation du nombre d'heures travaillées, qui concernerait l'ensemble des salariés et des agents publics, devrait à l'évidence faire l'objet d'une large concertation préalable impliquant les partenaires sociaux. En outre, cette disposition aurait un impact pour ceux qui bénéficient d'heures supplémentaires.

D'une façon générale, l'adaptation de la société au vieillissement et l'amélioration de la compensation du handicap appellent des réponses structurelles qui ne sauraient se limiter à la question du financement de la politique d'autonomie. Avant de choisir de nouveaux modes de financement, il est nécessaire de définir les objectifs de cette politique pour les prochaines années et de clarifier la répartition des compétences et des responsabilités entre l'ensemble des acteurs.

Cet article doit être avant tout regardé comme une contribution au débat et à la réflexion, préalable nécessaire à la détermination d'une politique ambitieuse en faveur de l'autonomie.

Pour l'ensemble de ces raisons, je vous propose de supprimer l'article, ainsi que l'avait fait la commission mixte paritaire.

M. Arnaud Simion (SOC). Cet amendement vise à supprimer la création d'une deuxième journée de solidarité pour l'autonomie, introduite par le Sénat. En effet, il existe d'autres pistes pour financer la branche autonomie : une hausse de la contribution de solidarité pour l'autonomie, l'introduction d'une CSG progressive, ou encore la mise à contribution des retraités les plus riches. Or cet article prévoit de faire contribuer à ce financement celles et ceux qui n'ont que leur travail pour vivre. Il convient donc de le supprimer.

M. Fabien Di Filippo (DR). Pour les raisons déjà développées par M. le rapporteur général, nous nous opposons à l'instauration d'une journée de solidarité supplémentaire. Aujourd'hui, les charges qui pèsent sur le travail sont déjà très élevées : inutile d'en ajouter davantage. Si notre modèle social n'est plus équilibré, il faut le remettre en cause beaucoup plus largement. Au reste, si un mouvement de solidarité devait être imposé, il devrait plutôt reposer sur les bénéficiaires des aides sociales et allocations non contributives. Je proposerai bientôt l'instauration d'une journée de solidarité sur les minima sociaux.

Mme Stella Dupont (NI). Pour ma part, je suis totalement opposée à cette idée.

En complément des arguments développés par nos collègues socialistes, j'ajoute que le Comité consultatif du secteur financier recommande la création d'un contrat de dépendance solidaire, au fonctionnement équitable. Sa généralisation permettrait de répartir les coûts tout en garantissant une couverture suffisante en cas de perte d'autonomie.

Au regard du mur démographique, et face à nos difficultés à financer le vieillissement de la population, nous devons étudier toutes les solutions possibles. Le contrat de dépendance solidaire, qui s'inscrit dans une logique positive, complémentaire de la solidarité nationale à laquelle je suis fermement attachée, me semble mériter toute notre attention.

M. Christophe Bentz (RN). L'instauration d'une nouvelle journée de solidarité était une des lignes rouges du Rassemblement national en première lecture. Le vote d'aujourd'hui permettra de clarifier la position de chacun sur cette question, et de s'assurer que le texte est conforme avec les mesures annoncées hier soir par le Premier ministre François Bayrou et les promesses faites par Catherine Vautrin, ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, lors de son audition il y a quelques jours, car hier, la ministre chargée du travail et de l'emploi, Mme Astrid Panosyan-Bouvet, n'était pas parfaitement claire s'agissant de la position du Gouvernement.

À travers une telle contribution, on demande un effort supplémentaire à la France du travail – une fois de plus. Nous proposons donc la suppression de cette injustice sociale.

Mme Sylvie Bonnet (DR). Conformément au compromis trouvé en CMP, cet amendement vise à supprimer l'instauration d'une contribution de solidarité, qui se traduirait par sept heures de travail supplémentaire non rémunérées, dans le but de financer la branche autonomie de la sécurité sociale.

Le retour à l'équilibre des comptes sociaux ne doit pas se faire sur le dos de celles et ceux qui travaillent. Plutôt que de faire travailler gratuitement les salariés, il faut agir d'urgence en faveur du retour à l'emploi du plus grand nombre, et pour que le travail rémunère toujours davantage que l'inactivité et l'assistanat. Contraindre les salariés et les employeurs à toujours plus d'efforts représente une insupportable injustice : les députés du groupe Droite Républicaine y sont fermement opposés et appellent le Gouvernement à soutenir le plafonnement des prestations sociales pour créer davantage d'écart en faveur de ceux qui travaillent.

Mme Anaïs Belouassa-Cherifi (LFI-NFP). En cherchant à leur imposer une journée supplémentaire de travail gratuit, cet article est une attaque frontale contre les travailleurs et les travailleuses de notre pays. Nous proposons donc de le supprimer.

Pour financer la branche autonomie, demandons plutôt aux grandes fortunes et aux actionnaires du CAC40 de contribuer à l'effort collectif. Pour soutenir cette démarche, je vous propose de cosigner la proposition de loi portant création d'une journée de solidarité des actionnaires en faveur de l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap, déposée par mon collègue Hadrien Clouet. Tout le monde doit contribuer à l'effort collectif : les travailleurs l'ont déjà fait, au tour des actionnaires !

M. Mathieu Lefèvre (EPR). Il faut effectivement supprimer cet article. Nous avons effectivement besoin de travailler plus, chaque semaine, tout au long de l'année et de la vie professionnelle, mais à condition d'être rémunéré. En outre, on ne saurait avoir ce débat sans aborder la question de la qualité de vie au travail : certains peuvent travailler plus, d'autre non ; certains le souhaitent, d'autre non.

Vingt ans après l'instauration des trente-cinq heures, nous devrons mener une réflexion collective sur la durée légale du travail : il ne me paraît pas aberrant qu'elle soit fixée dans les accords de branche, par exemple, ou au sein même des entreprises, car l'organisation du travail doit se décider là où la richesse se crée.

Cette mesure d'appel du Gouvernement contrevient totalement au message de valorisation du travail que nous défendons. Aussi, il convient de la supprimer.

M. Olivier Fayssat (UDR). L'amendement AS553 est défendu.

M. Yannick Monnet (GDR). Finalement, c'est un peu comme quand on voulait financer la branche vieillesse grâce à la vignette automobile ! En réalité, vous voulez faire travailler les gens gratuitement sept heures de plus uniquement parce que vous refusez de prendre l'argent là où il est – notamment chez les actionnaires et chez ceux qui perçoivent de gros dividendes.

Non seulement la mesure proposée sera inefficace et pas du tout à la hauteur des besoins, mais en plus, en renonçant à financer la branche autonomie, vous renoncez à mener une véritable politique sur le grand âge : c'est bien là le plus terrible et le plus navrant.

M. le rapporteur général. Je suis évidemment favorable à tous les amendements de suppression. Nous sommes très nombreux, ici, à reconnaître que le grand âge est un défi auquel il faudra apporter des solutions. Mais il y a un problème de méthode et, à travers ces amendements, les groupes ont envoyé un message très clair au Gouvernement : arrêtez de lancer des idées chaque matin, uniquement pour voir si elles peuvent constituer une piste sérieuse ou non, car cela peut susciter des inquiétudes. Stabilité et responsabilité sont essentielles si l'on veut pouvoir dégager un consensus. En l'espèce, le consensus est en faveur de la suppression de cet article, et je m'en réjouis.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Non seulement l'instauration d'une journée de solidarité avec les personnes âgées, le lundi de Pentecôte, n'a pas été bien reçue, mais en plus, cela n'a pas lancé de réflexion sur le grand âge, dans le prolongement de la vie professionnelle. Plutôt que d'instaurer une nouvelle journée de solidarité, mieux vaudrait réfléchir à ce que représente le travail, du début à la fin de la vie professionnelle, et aux manières de l'adapter en fonction de la pénibilité, en créant de nouvelles normes offrant davantage de flexibilité. Une nouvelle journée de solidarité, ce serait un pansement sur une jambe de bois : il faut supprimer cette mesure inefficace.

M. Hendrik Davi (EcoS). Dans cette mesure proposée à la va-vite, sans réelle réflexion sur les conséquences, rien ne va : au fond, la question est toujours de savoir sur qui doivent reposer les efforts.

La branche autonomie a évidemment grand besoin d'être abondée, mais les propositions de financement sont indécentes. Je me répète, mais je persiste à penser que nous aurions intérêt à faire de l'autonomie une véritable branche de la sécurité sociale, financée par les cotisations sociales et patronales. Or, avec cette proposition, l'effort ne repose que sur les employés. Revenir sur les exonérations de cotisations sociales, comme nous le proposons, permettrait de dégager 24 milliards d'euros de recettes supplémentaires pour la sécurité sociale : une partie doit revenir à la branche autonomie.

M. Jérôme Guedj (SOC). Sans surprise, je suis favorable à la suppression de cet article. Premièrement, depuis l'année dernière, les députés réclament à l'unanimité une loi de programmation relative au grand âge prévoyant un volet financement. Il faut partir des besoins immenses de la branche autonomie, puis dégager les ressources pour financer les Ehpad et les services à domicile, et baisser le reste à charge.

Deuxièmement, le Premier ministre a dit hier soir que « *le travail ne [devait] pas être gratuit* » et que « *tout travail [méritait] salaire* ». Il faudrait en tirer les conséquences. Si on allait au bout de la logique du Premier ministre, il faudrait supprimer le jour de travail non rémunéré qui a été instauré en 2004.

Troisièmement, M. Lefèvre soutient également la suppression de cet article. La bonne nouvelle, c'est qu'il est favorable à une augmentation des cotisations patronales : pour la première fois, il n'a pas avancé l'argument de la compétitivité et du coût du travail.

Mme Annie Vidal (EPR). Cet article me dérange pour plusieurs raisons. J'adhère aux propos relatifs à la valorisation du travail mais je regrette que le rôle du Parlement soit dévalorisé. En effet, alors que cette question devait être tranchée lors d'un débat parlementaire, la décision a été prise par le Premier ministre. Cette discussion, bien qu'intéressante, est un coup d'épée dans l'eau.

Je suis également désespérée de constater l'absence totale de réflexion concernant le financement de la branche autonomie, qui est une véritable branche de la sécurité sociale pilotée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Grâce aux 2 milliards d'euros de recettes, on aurait pu commencer à répondre aux besoins immenses de cette branche et aider les structures dont les difficultés sont telles que la question de leur fermeture finira par se poser. Puisqu'il existe un consensus sur ce point et que la décision a déjà été prise, je ne prendrai pas part à ce vote qui me semble ridicule.

M. Gaëtan Dussausaye (RN). Comme l'ensemble du Rassemblement national, je me réjouis de l'abandon de cette très mauvaise idée. Il y a quelques jours encore, on ne savait pas où on allait ni à quelle sauce seraient mangés les travailleurs français. Cette idée ne sort pas de nulle part ; elle émane de la commission des affaires sociales du Sénat, où le bloc central est majoritaire. Elle a été également remise sur la table par la ministre Catherine Vautrin, soutenue par Emmanuel Macron. Quant à Mme Panosyan-Bouvet, qui n'a pas voulu répondre à la représentation parlementaire, elle n'a eu aucune difficulté à s'étendre davantage sur la question sur un plateau de télévision, indiquant qu'il fallait poser la question du temps de travail.

Parler du temps de travail de personnes qui souffrent à la tâche de manière continue depuis des bureaux bien chauffés l'hiver et bien climatisés l'été est indécent. (*Protestations.*) Vous pouvez râler, vous connaissez très mal ces personnes. Je me réjouis de cette grande victoire pour le Rassemblement national et de l'unanimité que recueillent ces amendements.

Mme Sandrine Runel (SOC). Il faut que le Gouvernement arrête de lancer des idées en l'air. Cela étant, pour une fois, le Premier ministre n'a pas dit que des horreurs puisqu'il a même reconnu que « *tout travail [méritait] salaire* ».

Cessez aussi de vous acharner sur les allocataires du RSA que vous faites déjà travailler 15 heures par semaine. Laissez-les tranquilles et arrêtez d'avoir de mauvaises idées.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Depuis plusieurs années, le travail gratuit est une marque de fabrique des politiques sociales en Macronie. Le dernier épisode en date est l'obligation pour les allocataires du RSA de travailler au moins 15 heures par semaine. Vous dites qu'ils sont très contents : payez-les, ils le seront encore plus.

De même, un certain nombre d'associations suppléent les manquements de la fonction publique et de l'action publique. Les services publics, notamment l'hôpital, ne tiennent que grâce aux heures supplémentaires non payées. Le travail gratuit est un processus général. Dès lors, cette journée de solidarité m'apparaît particulièrement odieuse. Comment demander à des personnes qui travaillent dans le secteur du bâtimsent et de travaux publics, du soin ou des services à la personne, qui portent des charges lourdes et ont des activités très pénibles, de travailler une journée sans être rémunérées afin de financer la sécurité sociale ? Ce sont ces mêmes personnes qui seront affectées demain par la perte d'autonomie. Vous ne traitez pas le sujet, vous exploitez celles et ceux qui seront des victimes et qui auront besoin de l'argent ainsi collecté.

Enfin, cette mesure est en rupture avec le principe selon lequel les recettes affectées à la sécurité sociale augmentent lorsque les salaires sont également en hausse. Votre idée est d'abonder la sécurité sociale avec les recettes du travail non rémunéré. C'est une rupture historique avec Ambroise Croizat que nous n'acceptons pas.

M. Philippe Vigier (Dem). Rappelons-le, dans le cadre de la journée de solidarité, certaines personnes travaillent gratuitement et d'autres ne travaillent pas, l'entreprise ayant choisi de cotiser pour elles. Faire travailler les personnes gratuitement envoie un mauvais signal. Le travail gratuit n'existe pas. « *Tout travail mérite salaire* », le Premier ministre a tranché, nous pouvons avancer. Ce n'est ni la première ni la dernière fois qu'un ministre lance en l'air une idée...

Notre groupe votera pour la suppression de cet article, mais nous devrons trouver et mobiliser des financements. Il faut arrêter de verser des larmes de crocodile en disant que le mur est devant nous et qu'on ne parviendra pas à trouver des solutions pour nos aînés sans se donner les moyens d'y arriver. Chacun connaît le rapport Libault qui exige que nous soyons au rendez-vous. Arrêtons de nous refiler la patate chaude.

Mme Stella Dupont (NI). Une large majorité de députés souhaitent que nous examinions sérieusement ce sujet dont nous débattons depuis des années, et que nous trouvions une solution. Nos compatriotes sont très mécontents du travail accompli à l'Assemblée nationale, en particulier de notre incapacité à voter un budget. Ils nous mettent tous dans le même sac quels que soient nos votes respectifs.

Dès lors, nous serions bien inspirés de prendre à bras-le-corps la question de la dépendance qui concerne tous les Français de près ou de loin, et d'adopter des mesures concrètes en leur faveur ; c'est une attente majeure.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 7 bis B est supprimé et les amendements AS9 de M. Arnaud Simion et AS232 de Mme Karine Lebon tombent.

Article 7 bis : Modifier les moyens de preuve que peuvent utiliser les retraités résidant à l'étranger pour justifier de leur existence

Amendement de suppression AS311 de Mme Élise Leboucher

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Cet article est fondé sur des principes racistes et est malheureusement promu par l'extrême droite qui s'est infiltrée dans le Gouvernement. À chaque fois que des principes discriminatoires s'insinueront dans notre droit, nous nous y opposerons immédiatement. Vous nous trouverez toujours sur votre route lorsque vous ferez preuve de racisme.

M. le rapporteur général. Votre exposé des motifs m'a heurté. Il faut faire attention aux mots qu'on utilise. À l'époque, j'avais défendu l'amendement de Pierre Cordier. Dans le texte transmis au Sénat en application de l'article 47-1 de la Constitution, il a été retenu à condition que le dispositif prévu soit amélioré. Le Sénat l'a simplifié ; il s'agit de mettre un terme au versement des pensions aux personnes décédées.

Certes, toutes les personnes résidant à l'étranger qui perçoivent une pension ne la reçoivent pas indûment. Il convient de distinguer selon qu'il existe ou non des échanges automatiques de données de l'état civil. En l'absence d'échanges automatiques, les certificats sont établis par les autorités locales. Lorsque la personne détient un compte bancaire dans l'Union européenne, chaque année, un contrôle automatique est effectué pour déterminer si la personne est toujours vivante. Ce dispositif ne s'applique pas lorsque la personne vit en dehors de l'Union européenne.

Selon le dernier rapport du HCFiPS sur la lutte contre la fraude : « *Des certificats [délivrés par des représentants des autorités locales] font l'objet de contrôles automatisés doublés de contrôles manuels par une soixantaine d'agents des caisses qui détectent des anomalies dans 10 % des dossiers contrôlés* », en l'absence d'échanges automatiques de données. Ce pourcentage d'anomalies n'est pas négligeable d'autant que la branche vieillesse fait face à des défis.

La rédaction issue du Sénat simplifie le dispositif dans l'intérêt des personnes vivant à l'étranger. Certaines nous remercieront.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Cet article est totalement inopérant car nous n'avons pas de consulat dans tous les pays du monde. Dans certains pays, les ressortissants français ne pourront donc pas se soumettre à ce contrôle.

Par ailleurs, vous avez parlé d'anomalies. Le montant insuffisant des pensions par rapport aux droits en est une. Nous sommes en train de légiférer car la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) a détecté seize cas de fraude sur 3 000 dossiers ! N'avons-nous pas mieux à faire ? Nous allons mettre des bâtons dans les roues de tous les ressortissants français à l'étranger. Il n'y a pas de raison qu'ils ne puissent pas jouir de leurs droits à la retraite de la même manière que les Français installés en France sous prétexte qu'ils ont choisi de s'installer à l'étranger.

Mme Joëlle Mélin (RN). Je ne comprends pas pourquoi cet article choque certains d'entre nous. Chaque année, je dois envoyer un certificat de vie à toutes mes caisses de retraite. Il en est ainsi pour toutes les personnes ayant travaillé en France, bénéficiant d'une retraite et qui vivent à l'étranger. Le rôle des consulats est à cet égard très important, particulièrement pour les anciens combattants qui ont du mal à obtenir leurs pensions militaires.

M. le rapporteur général. La rédaction de cet article a évolué dans le cadre de la navette. Il ne sera plus exigé de passer par un consulat. La preuve de vie pourra être apportée par la personne en utilisant un téléphone, grâce au dispositif de contrôle biométrique. Elle pourra également être établie au moyen d'échanges d'informations entre les pays.

Certes, la Cnav a relevé seize cas de fraudes sur un échantillon de 3 000 dossiers. Or plus d'un million de personnes perçoivent des retraites à l'étranger, je vous laisse faire le calcul : il semblerait que notre système n'ait pas détecté le décès de plusieurs milliers de personnes. Il importe de mettre un terme à cette situation. Le but est non pas d'embêter les gens, mais d'arrêter de verser des pensions indues. C'est une question de justice sociale.

Mme Anaïs Belouassa-Cherifi (LFI-NFP). On ne prend pas la mesure de cet article. Pensons à nos aînés ! Mon grand-père ne pourrait pas ainsi avoir recours au contrôle biométrique.

Il faut en outre se demander pour quelle raison nos concitoyens décident de passer leur retraite à l'étranger. Peut-être n'ont-ils plus les moyens de vivre en France à cause du faible niveau de leur pension.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS90 de M. Fabien Di Filippo

M. Fabien Di Filippo (DR). Alors que le dispositif de contrôle prévu concerne des Français, il est tout à fait déplacé de le qualifier de raciste.

Lors d'une opération de contrôle menée en Algérie en 2022, 30 % des personnes contrôlées ne s'étaient pas présentées. Je ne prétends pas qu'elles étaient toutes décédées. Néanmoins, dans certains pays, un doute subsiste sur l'enregistrement de la personne à l'état civil et sur la transmission à l'administration française de l'information en cas de décès.

Cet amendement reprend le dispositif de M. Cordier : le pensionné doit se présenter chaque année devant les autorités consulaires françaises ou toute personne morale ou physique agréée par celles-ci pour continuer à percevoir sa pension. C'est du bon sens alors que nous cherchons à faire des économies dans tous les domaines. Remettons un peu de contrôle dans notre modèle social, qui risque de ne plus avoir d'avenir. Revenons sur terre : la leçon des sept dernières années est que l'« argent magique », c'est fini. Nous ne pourrons pas continuer à être généreux et solidaire sans exercer un minimum de contrôle. Ce n'est pas du racisme, c'est du bon sens.

M. le rapporteur général. Votre amendement est satisfait. Si on l'adoptait, il écraserait d'autres moyens de preuve prévus en fonction de la diversité des situations.

L'article 7 bis prévoit que « la preuve d'existence peut être apportée : 1° Par un échange automatique de données entre l'organisme ou le service mentionné à l'article L. 161-24 et un organisme ou service chargé de l'état civil du pays de résidence du bénéficiaire ; 2° Par un contrôle sur place par un organisme tiers de confiance conventionné ; 3° En fournissant un certificat d'existence visé par le service consulaire du pays de résidence du bénéficiaire ».

Dans le cadre de l'examen de la réforme des retraites, nous avions auditionné la Cnav, qui reconnaissait avoir des difficultés à obtenir des preuves d'existence sérieuses. Nous devons avancer. Cet article renforce la lutte contre les abus et simplifie le dispositif.

Madame Beloussa-Cherifi, rien n'empêchera votre grand-père de se rendre au consulat ou dans un organisme tiers de confiance ; il ne sera pas obligé d'installer l'application qui sera proposée. Du reste, la date fixée pour utiliser ces outils est fixée à 2028, précisément pour laisser du temps aux personnes pour s'équiper.

Enfin, le meilleur moyen d'augmenter le pouvoir d'achat des retraités est de leur permettre de travailler ; ils bénéficieront ainsi de retraites plus élevées.

Je vous invite à retirer votre amendement.

M. Fabien Di Filippo (DR). Ne souhaitant pas que d'autres moyens de preuve disparaissent, je retire mon amendement.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 7 bis non modifié.

Article 8 : Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale

Amendement de suppression AS482 de Mme Élise Leboucher

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS238 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement vise à supprimer la fusion, décidée unilatéralement par le précédent gouvernement, de la commission de compensation démographique et de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

M. le rapporteur général. La commission de compensation démographique, instaurée en 1974, visait à assurer une solidarité financière entre les régimes. Dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes a fortement critiqué le système de compensation démographique qu'elle jugeait complexe, mal piloté et déconnecté de la réalité. Selon ce rapport, « *cette commission ne se réunit plus depuis 2016, n'a plus de président depuis de nombreuses années, et ne produit aucun procès-verbal des consultations effectuées auprès de ses membres* ». En revanche, la Commission des comptes de la sécurité sociale fonctionne.

En attendant d'avoir un débat plus large sur le financement des régimes de retraites et la pertinence de la suppression de ce dispositif, il paraît judicieux de supprimer une commission qui n'est en réalité plus qu'une coquille vide.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS484 de M. Damien Maudet

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Nous nous opposons fermement au transfert des excédents du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) à la branche vieillesse du régime général. Contrairement à ce que suggère cet article, la branche vieillesse est confrontée, non pas à un problème de dépenses, mais à un manque chronique de recettes.

Le système de retraite par répartition repose sur la solidarité entre les générations, mais il est en déficit uniquement à cause du refus du Gouvernement d'y allouer les ressources nécessaires. Les excédents du FSV, estimés à 800 millions d'euros en 2025 et à 700 millions en 2026, doivent être utilisés pour soutenir nos aînés les plus précaires dont plus de 10 % vivent sous le seuil de pauvreté. Ces 1,5 milliard d'euros ne doivent pas servir à combler les failles d'un système qui ne finance pas correctement les retraites. Pour ces raisons, nous demandons la suppression de ce transfert injustifié.

M. le rapporteur général. Cette mesure n'a vocation à s'appliquer qu'en 2025 car, à compter du 1^{er} janvier 2026, le FSV sera intégré à la Cnav.

Selon les prévisions de l'annexe pluriannuelle, le FSV pourrait dégager un excédent de 0,7 milliard d'euros en 2025. Alors que vous considérez que la branche vieillesse est confrontée à un problème de recettes, vous proposez de supprimer une disposition qui permet précisément de les augmenter ; il y a donc là une forme de contradiction.

Surtout, cette disposition permettrait d'améliorer la situation de trésorerie du régime général et de réduire son besoin de recourir à l'endettement. Votre amendement va à l'encontre de cet objectif et fragilise la Cnav. Or si nous voulons soutenir nos aînés, nous ne devons pas mettre en difficulté sa trésorerie.

Avis défavorable.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'amendement AS488 de M. Hadrien Clouet tombe.

Amendement AS239 de M. Yannick Monnet

M. Yannick Monnet (GDR). Par cet amendement, nous souhaitons obtenir quelques éclaircissements sur l'intégration du FSV à la branche vieillesse.

Toujours par voie d'amendement, le précédent gouvernement a fait adopter au Sénat une disposition visant à supprimer le FSV à compter du 1^{er} janvier 2026. Ses missions seront désormais assumées directement par la branche vieillesse. L'argument de la simplification a été mis en avant : les lois de financement de la sécurité sociale gagneraient en lisibilité avec la disparition des lignes et des tableaux relatifs au FSV et des présentations intégrant ou non le FSV.

Néanmoins, il ne s'agit pas seulement d'une mesure de simplification qui amélioreraient la lisibilité de ces lois. Le FSV a une fonction propre depuis sa création en 1994 : il assure le financement d'une partie des avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale, c'est-à-dire de droits qui ne sont pas conditionnés par le paiement de cotisations retraite.

Par conséquent, en quoi les parlementaires gagneront-ils en lisibilité lorsque le FSV aura disparu ? Quelle vision aurons-nous de la solidarité, des actions menées dans ce domaine par le FSV et de leur financement ? Quelle vision aurons-nous de la branche vieillesse et de la nature des ressources qui lui sont affectées ?

M. le rapporteur général. Je me suis moi-même étonné, lors de l'audition des ministres, que le Gouvernement ait introduit ces dispositions par amendement au Sénat. En tout état de cause, celles-ci ne modifieront en rien les droits des assurés et des bénéficiaires de la solidarité nationale en matière d'assurance vieillesse : la Cnav assurera l'intégralité des missions qui lui sont actuellement dévolues, en particulier le financement du minimum vieillesse et la prise en charge des trimestres validés au titre du chômage.

En outre, le Parlement sera peut-être mieux informé – c'est en tout cas le vœu que je forme – puisqu'il sera destinataire, non plus du seul solde du FSV, mais d'un rapport retraçant les efforts de la nation en matière de solidarité vieillesse.

Avis défavorable.

M. Hendrik Davi (EcoS). La philosophie de la sécurité sociale, financée par les cotisations des travailleurs, à qui elles ouvrent des droits, est différente de celle du FSV, qui est un dispositif de solidarité nationale au profit de ceux qui n'ont pas pu cotiser. Dès lors, leur fusion participe de la même dynamique que celle qui consiste à transférer, par le jeu des exonérations, une grande partie des cotisations sociales vers la solidarité nationale. Une telle confusion me paraît assez grave.

M. le rapporteur général. Que ce soit très clair : le FSV ne verse, et ne versera rien aux assurés sociaux. Encore une fois, le dispositif qui nous est proposé nous permet de gagner en lisibilité.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle rejette l'article 8.

Article 8 bis A (nouveau) : *Ajustement de l'exclusion du calcul des effectifs des entreprises utilisatrices des salariés mis à disposition par les groupements d'employeurs*

La commission adopte l'article 8 bis A non modifié.

Article 8 bis : *Faire valider par les Urssaf l'immatriculation des entreprises étrangères sans établissement stable en France non agricoles*

La commission adopte l'article 8 bis non modifié.

Article 8 ter : *Diverses mesures de simplification du recouvrement et amélioration des échanges de données*

La commission adopte l'article 8 ter non modifié.

Article 8 quater : *Étendre aux organismes de recouvrement le droit de communication pour lutter contre la fraude*

Amendement de suppression AS314 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Cet article démagogique vise à invisibiliser le fait que plus des trois quarts des fraudes sont dues à des praticiens ou au travail dissimulé et non aux assurés, comme vous le faites accroire.

Au reste, le débat sur la fraude revêt un caractère largement imaginaire. Ainsi, M. Di Filippo a cru bon soulever un problème concernant les retraités centenaires en Algérie. Or, selon la Cnav, au 31 décembre, les pensionnés du régime

général étaient au nombre de 335 000 en Algérie et percevaient en moyenne une pension de 262 euros – soit 106 fois moins que celle de Michel Barnier –, ce qui témoigne plutôt de parcours marqués par une exploitation au travail et des salaires très bas. Par ailleurs, 0,3 % de ces pensionnés sont centenaires, ce qui correspond à la structuration classique de la population retraitée.

Vous inventez donc des problèmes qui n'existent pas en invoquant une mythologie. J'ajoute que les retraités résidant en Algérie sont avant des femmes titulaires de droits dérivés ; il serait donc normal qu'elles soient plus âgées que la moyenne.

M. le rapporteur général. Je fais attention à ce que je dis à M. Clouet car, ensuite, des vidéos circulent !

Vous estimatez que faciliter l'échange d'informations – comme le réclament les caisses elles-mêmes, du reste – pour lutter contre la fraude revient à cibler les assurés sociaux. Or non seulement ce nouveau droit pourra s'exercer à l'encontre des personnes physiques et morales, mais il permettra de remédier à des problèmes de recouvrement de cotisations liés aux excès de la financiarisation. Vous devriez donc retirer votre amendement et soutenir cet article !

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je maintiens l'amendement. Et puisque M. Bazin vient de nous livrer une profession de foi anticapitaliste, je l'invite à nous rejoindre dans la lutte contre la financiarisation. Des actes !

M. Philippe Vigier (Dem). M. Clouet, qui sait que je combats également la financiarisation, devrait être sensible à l'argument de M. Bazin.

Les personnes morales profitent, en effet, souvent de leur statut pour ne pas communiquer aux Urssaf les documents nécessaires au contrôle. Grâce à ces dispositions, nous saurons donc plus facilement s'il y a triche.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 8 quater non modifié.

Article 8 quinques : Sécuriser le prélèvement des cotisations sociales des micro-entrepreneurs par les plateformes numériques

Amendements identiques AS583 de M. Thibault Bazin et AS241 de M. Yannick Monnet

M. le rapporteur général. Je vous propose de revenir au texte équilibré adopté par la CMP.

L'article 8 *quinques* apporte plusieurs aménagements au dispositif de précompte des cotisations sociales par les plateformes numériques prévus par la LFSS 2024. Malgré une demande de retrait du Gouvernement et un avis défavorable de la commission, le Sénat a adopté un amendement visant à restreindre le champ

des plateformes concernées par ce dispositif. Or il paraît prématuré de modifier le champ d'application d'une mesure dont l'expérimentation débutera en 2026 en vue d'une généralisation en 2027.

M. Yannick Monnet (GDR). Pour rappel, le montant des cotisations éludées par ces plateformes s'élèverait à 144 millions d'euros en 2021 et à 175 millions en 2022. Nous sommes donc, bien entendu, également favorables à la suppression de l'alinéa 1 de cet article.

La commission adopte les amendements.

Amendements identiques AS243 de M. Yannick Monnet et AS422 de M. Hendrik Davi

M. Hendrik Davi (EcoS). Le secteur des travailleurs des plateformes est particulièrement concerné par la sous-déclaration des revenus : le taux d'évasion des cotisations est estimé à 58 % pour les livreurs et à 62 % pour les conducteurs de véhicule de transport avec chauffeur. Nous proposons donc de revenir sur la limitation aux seules plateformes volontaires du dispositif visant à mieux lutter contre ce phénomène.

M. le rapporteur général. L'aménagement ne vaut que pour l'expérimentation du dispositif : lorsqu'il sera généralisé, celui-ci concerne l'ensemble des plateformes. Convenez, monsieur Davi, que, pour que l'expérimentation soit concluante, mieux vaut la mener avec les volontaires.

Défavorable.

La commission adopte les amendements.

Puis elle adopte l'article 8 quinques modifié.

Article 8 sexies (nouveau) : *Opposabilité des contrôles réalisés par une caisse à l'ensemble des risques*

Amendement AS584 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Le dispositif tel qu'adopté par le Sénat est inopérant. C'est pourquoi je vous propose de le corriger en retenant la version de la CMP.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 8 sexies est ainsi rédigé.

Article 8 septies (nouveau) : *Obligation d'un organisme de sécurité sociale constatant des fraudes aux arrêts de travail d'en informer l'employeur de son auteur*

Amendements de suppression AS26 de M. Jérôme Guedj, AS244 de Mme Karine Lebon, AS245 de Mme Sandrine Rousseau et AS315 de Mme Zahia Hamdane

M. Yannick Monnet (GDR). Je défends l'amendement AS244.

Cet article, introduit au Sénat, permet à la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) qui constate la fraude d'un assuré à porter cette information à la connaissance de l'employeur. Il s'agit, selon nos collègues sénateurs, de favoriser la sanction disciplinaire de l'assuré par son employeur.

Or la fraude aux arrêts de travail peut être sanctionnée par des pénalités financières décidées par la Cpam. Elle constitue également, aux termes de l'article 441-2 du code pénal, un délit passible de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. On ne peut donc pas sérieusement prétendre qu'il n'existe aucune disposition dissuasive ou punitive s'agissant des faux arrêts de travail. De surcroît, rien n'empêche un employeur soupçonneux de vérifier la validité d'un arrêt de travail.

Avant de confier aux Cpam un rôle qui n'est pas le leur, on pourrait s'interroger sur ce qui pousse quelques travailleurs à recourir à un faux arrêt de travail compte tenu des sanctions encourues.

M. Hendrik Davi (EcoS). Je défends l'amendement AS245.

Les organismes de sécurité sociale n'ont pas à s'immiscer dans les relations entre l'employeur et l'employé.

Mme Sérgolène Amiot (LFI-NFP). Je défends l'amendement AS315.

Faut-il rappeler que 7 des 13 milliards d'euros de fraudes sociales identifiées sont dus au travail dissimulé et que, pour la seule assurance maladie, 80 % des fraudes sont le fait de professionnels de santé ?

Une fois de plus, on cherche à punir les salariés alors que le véritable problème est leur présentisme, voire leur surprésentisme, à savoir le fait de se rendre au travail épuisé ou malade. Ainsi, 25 % des arrêts maladie ne sont pas pris ou le sont seulement partiellement et 37 % des Français déclarent travailler en étant malades. Et ils le sont parfois du travail lui-même ; je pense au burn-out, qui n'est toujours pas considéré comme une maladie professionnelle alors que 13 % des salariés sont touchés par ce phénomène. Revenons à la réalité et attaquons-nous d'abord à la fraude fiscale, qui est la plus importante.

M. le rapporteur général. Il faut lutter contre tout type de fraude, qu'elle soit sociale ou fiscale.

Mme Sérgolène Amiot (LFI-NFP). Attaquez-vous à la plus importante !

M. le rapporteur général. Tenons-nous-en à ce qui relève de la compétence de notre commission. Et, encore une fois, les personnes morales sont également concernées.

L'article ne vise que les cas de fraude et, en cela, il me paraît responsabilisant. Toutefois, la rédaction du Sénat ne me convient pas. C'est pourquoi je vous proposerai, par l'amendement suivant, de revenir au texte de la CMP, qui tend à préciser, d'une part, que l'information n'est transmise qu'une fois la fraude avérée, c'est-à-dire établie après l'épuisement des voies de recours, d'autre part, à restreindre le champ des informations à celles qui concernent exclusivement la perception frauduleuse d'indemnités, de façon à écarter les pièces portant atteinte à la vie privée.

Je vous invite donc à retirer vos amendements et à adopter l'amendement AS571, qui rééquilibre le dispositif et, surtout, le rend opérant.

Mme Joëlle Mélin (RN). En 2007, Sarkozy avait lancé un grand plan de lutte contre la fraude, fraude dont le montant était alors évalué par notre ancien collègue Dominique Tian à au moins 10 milliards d'euros, tandis que le magistrat Prats l'estimait, pour ce qui est du seul travail dissimulé, entre 20 et 30 milliards – mais ce montant est, par définition, très difficile à apprécier. Toujours est-il que, vingt ans plus tard, nous ne récupérons que moins de 1 milliard chaque année... On ne peut passer sa journée à dire qu'il faut remplir les caisses de la sécu et, lorsqu'on a les moyens de le faire, ne pas en profiter.

M. Hendrik Davi (EcoS). Très attaché au secret médical, je m'oppose à ce que la sécurité sociale communique des données confidentielles à l'employeur. Imaginez qu'une personne atteinte d'un cancer fraude en n'allant pas travailler alors qu'elle le peut parfaitement. De quel droit informerait-on son patron de sa maladie ? Réfléchissez-y.

M. Philippe Vigier (Dem). Aucune information médicale ne circule !

M. Hendrik Davi (EcoS). Il est question, dans l'article, de « tout renseignement et de tout document utile pour caractériser ladite fraude » : je ne vois pas comment on pourrait éviter la communication d'informations médicales. La rédaction est à tout le moins problématique.

M. Yannick Monnet (GDR). Il faut évidemment lutter contre la fraude. Mais en rajouter une couche alors que des dispositifs de sanction existent déjà, c'est considérer que la fraude est le véritable problème et qu'en luttant efficacement contre ce phénomène, on réglera le problème du financement de la sécu. Or ce n'est pas vrai : ses recettes baissent parce qu'on ne conditionne pas les exonérations de cotisations patronales et qu'on les multiplie.

M. René Lioret (RN). La fraude est indéniable, même si elle est contestée au nom d'une certaine idéologie. Le fraudeur pénalise et la société, qui paie son faux arrêt de travail, et ses collègues, qui doivent faire son travail à sa place.

M. le rapporteur général. Je suis également sensible au respect du secret médical. Mais nous discutons de l'article tel qu'il a été adopté par le Sénat alors que je vous propose de retenir la rédaction de la CMP, qui limite les données transmises à celles qui sont nécessaires à la seule fin de caractériser la fraude, en excluant les données médicales. Cela figurera au compte rendu : l'intention du législateur est très claire.

M. Philippe Vigier (Dem). Petites ou grandes, toutes les fraudes doivent être combattues, et si l'on peut récupérer 1 milliard sur 15 ou 20 milliards d'euros, c'est toujours cela de pris. Par ailleurs, il n'est pas fait mention, dans la rédaction du Sénat, de « fraude avérée », de sorte que la présomption d'innocence n'est pas respectée. La rédaction de la CMP me paraît donc plus sécurisante.

La commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'amendement AS571 de M. Thibault Bazin.

Elle adopte ensuite l'article 8 septies modifié.

Article 8 octies (nouveau) : *Habilitation des agents des organismes gestionnaires des régimes obligatoires chargés de la lutte contre la fraude à consulter le fichier des passagers aériens*

Amendements de suppression AS572 de M. Thibault Bazin, AS344 de Mme Sandrine Rousseau et AS316 de Mme Élise Leboucher

M. Thibault Bazin (DR). Il s'agit, là encore, de revenir au texte de la CMP, car il convient de ne pas introduire dans le texte de mesures inconvénientielles. Je vous propose donc, quoique pour des raisons différentes de celles des signataires des autres amendements, de supprimer l'article 8 octies.

M. Hendrik Davi (EcoS). Je défends l'amendement AS344.

Cet article vise à autoriser les agents de la sécurité sociale à consulter les données de réservation des passagers aériens : c'est *Big Brother* ! On a le droit de prendre l'avion, même quand on est malade. Je ne vois pas en quoi une telle disposition permettrait de débusquer les fraudeurs. C'est grave !

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Je défends l'amendement AS316.

M. le président Frédéric Valletoux. À croire que le Sénat manque parfois de sagesse. (*Sourires.*)

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 8 octies est supprimé.

Article 8 nonies (nouveau) : Annulation automatique de la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations d'un professionnel de santé frauduleux

Amendement AS585 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Il s'agit, comme l'avait fait la CMP, de supprimer un article du Sénat qui présente un risque constitutionnel.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 8 nonies est supprimé.

Article 8 decies (nouveau) : Modification des règles applicables aux redressements en cas de récidive en matière de travail dissimulé

Amendement AS586 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet article, qui a trait à la majoration des sanctions contre les entreprises récidivistes en matière de travail dissimulé, avait été introduit au Sénat par un amendement adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement. Je vous propose de suivre la CMP et de le supprimer.

Je rappelle en effet que les majorations de redressement dont l'article prévoit l'augmentation ne sont pas les seules sanctions applicables aux entreprises recourant au travail dissimulé. Outre les mesures prévues dans le code de la sécurité sociale, les employeurs concernés encourrent des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à dix ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende pour les personnes physiques lorsqu'ils sont commis en bande organisée. Ils peuvent également se voir appliquer des peines complémentaires telles que l'interdiction d'exercice de certaines activités professionnelles ou l'exclusion des marchés publics, voire l'interdiction des droits civiques, civils et de famille. Les personnes morales encourrent, quant à elles, 225 000 euros d'amende et des peines complémentaires telles que la fermeture de l'entreprise. Cela me semble suffisant.

M. Yannick Monnet (GDR). Votre lutte contre la fraude est à géométrie variable ! Vous venez de plaider pour le renforcement des sanctions lorsqu'elle est commise par des salariés et, à présent qu'il s'agit sanctionner plus sévèrement la récidive en matière de fraude aux cotisations patronales, vous estimatez que le dispositif actuel est suffisant.

Par ailleurs, arrêtez de prendre le texte de la CMP comme base de discussion : cela ne fonctionnera pas davantage cette fois qu'à l'issue de la première lecture.

M. Hendrik Davi (EcoS). Voilà un très bel exemple du « deux poids, deux mesures ». Vous ne cessez de nous dire qu'il faut combattre la fraude mais, lorsqu'on propose d'augmenter les majorations de redressement en cas de travail dissimulé – et on sait combien il est important –, vous préférez qu'on s'en tienne au texte existant. Est-ce à dire qu'en l'espèce, le fraudeur a raison de frauder ?

M. Jérôme Guedj (SOC). Je souscris évidemment à l'analyse des deux précédents orateurs ; je suis donc favorable au renforcement des majorations de redressement. Toutefois, en réécrivant entièrement l'article, le Sénat a omis une disposition de l'article L. 133-4-2 du code du travail qui sanctionne l'entreprise fraudeuse en la privant du bénéfice de toute mesure de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou de contributions dues aux organismes de sécurité sociale.

Il nous faut donc maintenir cet article pour pouvoir y ajouter cette disposition par amendement en séance publique.

M. le rapporteur général. Il ne s'agit pas de reprendre l'intégralité du texte de la CMP, mais d'y revenir lorsqu'elle a apporté des corrections légitimes au texte du Sénat, notamment aux articles qui soulèvent des problèmes de conventionnalité, de constitutionnalité ou de délai.

Les tenants de cet article croient renforcer la lutte contre la fraude mais, en le maintenant, comme l'a dit Jérôme Guedj, ils priveraient les Urssaf de la possibilité de supprimer le bénéfice des mesures d'exonération de cotisations de sécurité sociale et d'empêcher leur annulation rétroactive pour les entreprises ayant commis une infraction à l'interdiction de travail dissimulé.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 8 decies non modifié.

Article 8 undecies (nouveau) : *Extension du 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*

La commission adopte l'article 8 undecies non modifié.

Article 8 duodecies (nouveau) : *Renforcement des obligations déclaratives incomptant aux employeurs suspectés de recourir à des entreprises éphémères*

Amendement de suppression AS591 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Je vous propose de supprimer cet article dont le titre peut paraître « sexy » mais qui se borne, en fait, à réaffirmer des obligations déclaratives en vigueur.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 8 duodecies est supprimé et l'amendement AS317 de M. Hadrien Clouet tombe.

Article 8 terdecies (nouveau) : Communication aux services de l'état civil de la décision de suspension du versement de la retraite d'un pensionné vivant à l'étranger

Amendement de suppression AS592 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet article, introduit par le Sénat, est déjà satisfait par le droit existant ; il convient donc de le supprimer.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). M. Bazin a tout à fait raison : les quarante-deux régimes de retraite ont déjà mutualisé la gestion du contrôle d'existence. Nous voterons donc pour cet amendement de suppression.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 8 terdecies est supprimé.

Article 8 quaterdecies (nouveau) : Restriction de la délivrance d'attestations relatives aux obligations déclaratives et de paiement

Amendement de suppression AS593 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Je vous propose, là encore, de supprimer cet article, d'une part, parce que son entrée en vigueur priverait l'ensemble des cotisants – et non pas seulement ceux qui se rendent coupables de fraude aux cotisations – d'une importante garantie procédurale, d'autre part, parce qu'une exception à la délivrance de l'attestation de paiement de cotisations est déjà prévue en cas de manquement à la législation concernant le travail dissimulé. Cet article ne permettrait donc pas de mieux lutter contre ce phénomène.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 8 quaterdecies est supprimé.

Article 8 quindecies (nouveau) : Suspension des délais de prescription des procédures de recouvrement de cotisations pendant la procédure de dialogue et de conciliation

La commission adopte l'article 8 quindecies non modifié.

*

* *

3. Réunion du mardi 28 janvier 2025 à 21 heures 30 (article 9 à article 9 bis)

Lors de sa seconde réunion du mardi 28 janvier 2025, la commission poursuit l'examen, en nouvelle lecture, du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (n° 622) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Guillaume Florquin, M. Louis Boyard, Mme Sandrine Rousseau et M. Philippe Vigier, rapporteurs) ⁽¹⁾.

Article 9 : Clarifier les modalités d'appel et de calcul des clauses de sauvegarde M et Z

Amendement AS247 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). Cet amendement vise à moduler, en fonction des aides et des financements publics que l'entreprise a perçus, le montant M, qui constitue le seuil de chiffre d'affaires déterminant le versement par l'entreprise pharmaceutique d'une contribution, nommée clause de sauvegarde. Selon le rapport de la commission d'enquête sénatoriale créée à l'initiative du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky, intitulé « Pénurie de médicaments : trouver d'urgence le bon remède », le montant des aides accordées dans le cadre du plan France Relance 2030 demeure opaque. Nous proposons que le montant M, au-delà duquel s'applique la clause de sauvegarde, soit modulé et diminué en fonction des aides publiques perçues.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Je partage votre volonté de clarifier les choses mais, paradoxalement, votre amendement alourdirait considérablement la procédure ; il nécessiterait de réintroduire la procédure déclarative des entreprises qui a été supprimée dans le cadre de la réforme de 2024. Cela reviendrait *in fine* à déterminer un seuil de déclenchement par entreprise.

Avis défavorable.

M. Jean-Carles Grelier (Dem). On ne fera sans doute jamais pleurer nos compatriotes sur le sort des laboratoires pharmaceutiques – à juste titre – mais n'oublions pas que, depuis une quinzaine d'années, entre le montant M et la clause de sauvegarde, on a imposé entre 1,5 et 2,5 milliards d'euros d'économies chaque année à la filière du médicament. Derrière ces entreprises, il y a 200 000 emplois français, de l'innovation thérapeutique, un approvisionnement en partie souverain en médicaments puisqu'une partie de ces derniers sont conçus, produits, testés et commercialisés en France. On soumet habituellement les laboratoires à une kyrielle de contrôles et de limites, mais gardons à l'esprit que nous avons besoin de médicaments et que nombre de nos officines connaissent régulièrement des ruptures d'approvisionnement.

(1) <https://assnat.fr/GHoj5N>

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). En France, quatre laboratoires – Novartis, Bristol, Johnson & Johnson et Merck – concentrent 30 % des remboursements de l’assurance maladie, pour un total de 7 milliards d’euros. Mon cœur saigne à l’idée de leur faire remplir des formulaires supplémentaires, les pauvres ! On augmente le montant M d’année en année, ce qui relève le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde. Or ces cadeaux n’aident en rien à réduire la pénurie : il n’y a aucun lien entre les versements effectués par les laboratoires et le respect des obligations de stockage. Le demi-milliard d’euros que vous avez accordé à l’industrie pharmaceutique, l’année dernière, en jouant sur le montant M a été dépensé en pure perte. L’amendement est donc tout à fait bienvenu.

M. Michel Lauzzana (EPR). Je partage en grande partie les arguments de M. Grelier. On ne peut pas traiter l’industrie pharmaceutique comme si elle formait un bloc monolithique. On cite des noms comme Sanofi, mais beaucoup de petites entreprises se battent pour préserver l’emploi, en particulier dans mon département de Lot-et-Garonne, très dépendant de cette activité. Ces laboratoires produisent de la richesse en France, y rendent un vrai service ; chez moi, ils se sont mis à travailler jour et nuit pour fabriquer du paracétamol ; c’est ce qui nous a permis de ne pas en manquer pendant la crise sanitaire. Ces petites entreprises sont animées par un sentiment d’appartenance à la nation et ont une conscience, ce qui n’est peut-être pas le cas de l’ensemble de l’industrie pharmaceutique – ne mettons pas toutes les entreprises dans le même panier. Je défendrai un amendement qui vise à ce que l’on tienne compte de la territorialisation et de la souveraineté médicamenteuse.

M. Philippe Vigier (Dem). On utilise de longue date le montant M comme une variable d’ajustement, que l’on modifie chaque année.

Chacun, au sein de notre assemblée, s’étonne que la France souffre d’une pénurie de médicaments. Mais c’est que le prix de certains médicaments génériques est insuffisant au regard de l’ensemble des coûts, liés à l’emballage, au principe actif ou aux salaires de toutes les personnes qui travaillent à les produire. En outre, qui, parmi nous, accepterait, s’il dirigeait une entreprise, qu’on lui dise, le 20 février de l’année n + 1 : vous nous devez telle somme ? Cela n’existe nulle part ailleurs.

Peut-être y a-t-il eu, à un moment donné, des dysfonctionnements mais la seule question que l’on doit se poser consiste à savoir si l’on veut continuer à être dépendants d’une grande partie de l’Asie du Sud-Est. Il faut améliorer les mécanismes européens, car on sait que de l’emboîtement est réalisé dans un certain nombre de pays de l’Union selon des règles de traçabilité variables. Veut-on pouvoir toujours disposer en France d’une industrie du médicament innovante et performante ou est-on prêt à rendre les armes ? Pour notre part, nous ne saurions nous résoudre à cette extrémité et appelons, en conséquence, à bloquer la clause de sauvegarde.

La commission rejette l’amendement.

Amendement AS507 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). N'en déplaise à nos collègues, qui ne cessent de taper sur le monde pharmaceutique qu'ils considèrent comme un tout homogène, cet amendement vise à appliquer, pendant deux ans, un montant M fixe. C'est une question de souveraineté sanitaire. Les entreprises qui assurent l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, en particulier les petites structures, doivent pouvoir anticiper le montant de leur contribution au vu de leur chiffre d'affaires. L'amendement vise à les sécuriser.

M. le rapporteur général. Cet amendement présente l'intérêt d'introduire de la pluriannualité et de la visibilité, ce qui est important pour les acteurs de petite taille, très sensibles aux évolutions décidées chaque année.

Michel Lauzzana a raison : le secteur est très divers ; or, dans le cadre de notre stratégie globale, nous entendons réguler cette industrie dans son ensemble. Nous souhaitons favoriser les produits innovants, qui présentent un coût élevé, mais aussi les génériques, qui ne sont pas toujours produits sur notre sol et dont les principes actifs viennent souvent de l'étranger. Il y a là un équilibre subtil à trouver. Il n'est pas aisés de déterminer les montants à retenir dans le cadre de la clause de sauvegarde ; je n'ai pas encore de visibilité complète sur ce point. En outre, il sera important de tenir la trajectoire fixée au secteur à l'horizon 2027.

Par respect pour les engagements formulés, je privilégierai une position d'équilibre entre soutien à l'innovation et maîtrise des dépenses par esprit de responsabilité. Je vous demanderai donc de retirer l'amendement – bien que j'aie déposé le même en première lecture...

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous ne voterons pas cet amendement, non que nous soyons contre la pluriannualité, mais parce qu'il tend à bloquer le montant M pour deux ans... sans que l'on sache de quel montant il s'agit. Nous ne souhaitons pas subir vos politiques pendant deux ans alors que, d'ici là, vous ne serez peut-être plus aux commandes.

Vous parlez de petites entreprises, mais pouvez-vous nous dire combien de très petites entreprises réalisent un chiffre d'affaires supérieur au montant M et nous préciser le montant de leur contribution ? La comparaison entre ces chiffres et ceux des grands monopoles privés serait certainement éclairante.

M. Jean-Carles Grelier (Dem). Monsieur le rapporteur général, ces trajectoires doivent en effet s'inscrire dans un cadre pluriannuel. Hier, le ministre chargé de la santé nous a dit qu'il n'y aurait peut-être pas de loi pluriannuelle en santé et que l'on se contenterait peut-être de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements. Si l'on se borne à cette lecture restrictive de la pluriannualité, on passera à côté d'un défi majeur, notamment pour ce qui concerne les médicaments.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS589 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet amendement a pour objet de revenir sur la disposition introduite au Sénat par l'amendement n° 76 de M. Milon – qui avait été adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement – et de rétablir la rédaction antérieure de l'article 9, qui me paraît beaucoup plus équilibrée. L'amendement sénatorial aurait pour conséquence d'exclure un grand nombre de catégories de médicaments de l'assiette de calcul de la clause de sauvegarde, ce qui irait à l'encontre de l'objectif de régulation macroéconomique du secteur – lequel suppose une assiette très large. En outre, cette disposition exercerait un effet désincitatif qui nuirait aux efforts de maîtrise des volumes consommés.

M. Jérôme Guedj (SOC). Si cet amendement était adopté, il ferait tomber les suivants, parmi lesquels notre amendement AS235, qui vise à étendre l'exonération de la clause de sauvegarde aux médicaments biosimilaires et hybrides. En effet, ces derniers, comme les génériques, participent à la maîtrise des dépenses de santé. Peut-être pourrait-on sous-amender votre amendement, monsieur le rapporteur général ?

M. le rapporteur général. On ne peut pas dire que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) ne traite pas la question des génériques : il vise à en développer l'usage, comme vous le souhaitez, et plusieurs de ses dispositions concernent ces médicaments. Mais on ne doit pas aborder ce sujet au sein d'un article relatif à la clause de sauvegarde, qui poursuit un objectif macroéconomique de régulation des dépenses. Ce sont deux logiques différentes.

M. Jérôme Guedj (SOC). Il faut distinguer les génériques des biosimilaires et des hybrides.

M. le rapporteur général. M. Valletoux a précisément introduit un article sur les biosimilaires. Il y a dans le texte des dispositions sur les biosimilaires comme sur les génériques.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, les amendements AS235 de M. Jérôme Guedj et AS199 de M. Thierry Frappé tombent.

Amendement AS332 de M. Michel Lauzzana

M. Michel Lauzzana (EPR). Je propose d'appliquer un mécanisme qui ne pénalise pas les médicaments produits dans notre pays. Des entreprises ont fait l'effort de relocaliser leur production en France, dans le droit fil du plan France 2030. Il est important pour la souveraineté française et européenne que nous appliquions un mécanisme qui tienne compte de ces critères. Il faudra également prendre en considération, à l'avenir, l'empreinte carbone liée à la production de médicaments ; on sait que les conditions de production en France sont, à cet égard, plus favorables.

M. le rapporteur général. Je partage totalement votre combat pour renforcer la souveraineté en matière sanitaire. Il faut en effet relocaliser en France la production des médicaments dont nous avons besoin. Cela étant, il ne me paraît pas opportun d'insérer cette disposition au sein de l'article 9, car cela risque de pénaliser à l'excès les fabricants de médicaments génériques, dont la production se caractérise par la délocalisation des chaînes de valeur. Je vous invite à retirer votre amendement au profit du dispositif, travaillé avec mon prédécesseur, que nous proposerons d'introduire à l'article 19 pour renforcer la prise en compte par le Comité économique des produits de santé (Ceps) du lieu de production dans la détermination du prix.

M. Michel Lauzzana (EPR). Je n'ai jamais compris cet argument, que l'on avance fréquemment au sujet des génériques. Le mécanisme que je propose n'est pas antinomique de celui que vous décrivez. Pour avoir interrogé le président du Ceps, je peux vous dire qu'il n'existe pas encore de doctrine opérationnelle en ce domaine et que l'on risque de l'attendre encore quelques mois. En outre, l'article 19 ouvre simplement la possibilité au comité de prendre en compte le critère que vous évoquez mais, pour l'heure, il ne l'a pas saisie.

M. Jérôme Guedj (SOC). Je n'étais pas opposé à l'amendement AS589 du rapporteur général : je vous proposais que l'exemption de la clause de sauvegarde, dont M. Bazin souhaite faire bénéficier les médicaments génériques, s'étende aux médicaments hybrides et biosimilaires, lesquels contribuent tout autant à la maîtrise des dépenses de santé – leur prix est inférieur de 40 % à celui des médicaments de référence. Je m'attendais à ce que le rapporteur général me propose, à tout le moins, que nous fassions converger nos propositions en vue de la séance. Je ne sais pas si chacun est conscient du fait que, par l'effet de ce vote, les médicaments biosimilaires et hybrides ne bénéficieront pas de l'exonération de la clause de sauvegarde. Dites-moi au nom de quoi ces derniers devraient être traités différemment des génériques. Si c'est une erreur, corrigeons-la en vue de la séance. J'ajoute que l'article 9 *ter* traite de la remise et non de l'exemption.

M. Jean-Carles Grelier (Dem). Je soutiens l'amendement de M. Lauzzana. La Cour des comptes, dans un rapport de juin 2024, relève les difficultés qu'éprouve le Ceps, depuis des années, à fixer sa doctrine et l'invite à engager une évolution en prenant notamment en considération le lieu de production du médicament – ce qui permettrait, éventuellement, de faire bénéficier l'entreprise d'un avantage. Toutefois, à ce jour, la doctrine du Ceps n'a pas été modifiée. On aurait tout intérêt à inscrire dans la loi la garantie que propose M. Lauzzana.

M. le rapporteur général. Monsieur Lauzzana, l'amendement que nous présenterons à l'article 19 vise à transformer la possibilité que vous évoquez en obligation, ce qui est de nature à vous rassurer.

Monsieur Guedj, nous traitons des biosimilaires et des hybrides à l'article 9 *ter*. Comme il s'agit d'une assiette collective, on doit être très vigilant sur l'effet d'une exemption sur les autres catégories de médicaments. Le mécanisme

que vous proposez conduirait à pénaliser les autres médicaments. J'ajoute que ce ne sont pas nécessairement les biosimilaires et les hybrides qui souffrent le plus de la clause de sauvegarde. Il existe d'autres outils que cette clause pour assurer leur développement.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS457 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Par cet amendement, nous proposons de supprimer la limitation à 10 % du chiffre d'affaires de la contribution des laboratoires pharmaceutiques, qui a été introduite par la voie du 49.3 lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024, donc sans vote du Parlement.

Nous ciblons les laboratoires pharmaceutiques qui versent des milliards en dividendes chaque année et qui bénéficient de nombreuses niches fiscales ainsi que, parmi d'autres avantages, du crédit d'impôt recherche. Dans le même temps, ces groupes arrêtent d'investir dans la recherche et développement, délocalisent des sites de production et détruisent des milliers d'emplois dans notre pays.

Incapables de tenir tête à ces laboratoires, on leur fait encore un tel cadeau. Cela nous paraît inacceptable. Ils devraient, eux aussi, participer au financement de la sécurité sociale par leur contribution.

M. le rapporteur général. Il me semble que le dispositif que vous proposez va à l'encontre de ce que vous recherchez. En effet, votre amendement instaure un abattement de 30 % de la clause de sauvegarde en supprimant un pourcentage équivalent de la part de la contribution due par chaque entreprise redevable. Je vous invite donc, par cohérence, à le retirer.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous vérifierons la rédaction en vue de la séance.

L'amendement est retiré.

Amendement AS373 de M. Hendrik Davi

M. Hendrik Davi (EcoS). L'amendement vise à supprimer les alinéas 16 à 19 de l'article 9. Ce dernier fixe un seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde pour les produits de santé à 23,3 milliards d'euros, mais l'alinéa 17 plafonne cette contribution. Je rappelle que la clause de sauvegarde est un mécanisme de protection de l'assurance maladie, qui permet d'atténuer, en dernier recours, le niveau des dépenses liées aux produits et prestations de santé. Lorsque les dépenses dépassent un seuil fixé par la loi – le montant Z –, il est possible de taxer.

Monsieur Vigier, le marché des médicaments présente une spécificité. Les produits pharmaceutiques ne sont pas des produits comme les autres : de la

possibilité d'y accéder dépend notre santé et, parfois, notre survie. En outre, les clients sont automatiquement solvables grâce au remboursement de la sécurité sociale et des complémentaires santé. Il s'agit donc d'un marché sans effet prix, qui peut engendrer des bénéfices élevés. Il est nécessaire d'éviter les effets d'aubaine et les dividendes excessifs, ce qui justifie la clause de sauvegarde. Plus généralement, il est essentiel de développer un véritable service public du médicament.

M. le rapporteur général. Les alinéas que vous entendez supprimer n'ont pas trait au plafonnement de la contribution, mais à l'exonération applicable aux entreprises dont les dépenses déductibles excèdent le montant de leur contribution et à celles créées depuis moins d'un an. Les amendements qui suivent visent l'objectif que vous énoncez dans l'exposé sommaire. Je vous propose donc de retirer votre amendement au profit des amendements AS248 et AS464 – ce qui ne préjuge pas de mon avis sur ces derniers !

L'amendement est retiré.

Amendement AS464 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). La contribution due par chaque entreprise pharmaceutique ne peut excéder 12 % des remboursements effectués par l'assurance maladie. Rien ne justifie réellement cette limitation, qui n'assure pas une plus grande justice dans le secteur ni n'accroît l'égalité entre les entreprises. Elle constitue une force de rappel qui empêche l'assurance maladie de recouvrer une partie des dépenses, qui peuvent être indues ou liées à un monopole. On souffre d'un manque total de transparence sur la chaîne du médicament : on ignore quelle part représente la recherche et développement, les salaires, les marges, les dividendes, etc. Cette limitation va à l'encontre de l'esprit de la clause de sauvegarde.

M. le rapporteur général. Vous entendez supprimer purement et simplement le plafonnement – qui, en pratique, est de l'ordre de 10 %. Or la contribution des entreprises pharmaceutiques relève de la catégorie des impositions de toute nature. À cet égard, le plafonnement permet de s'assurer que l'application de la clause de sauvegarde du médicament ne conduit pas à un dépassement des capacités contributives des entreprises redevables, ce qui constitue une garantie de constitutionnalité. Pendant les législatures précédentes, des propositions similaires n'ont pu être appliquées pour ce type de raisons.

Avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je propose de laisser au Conseil constitutionnel la prérogative de juger de la constitutionnalité des lois.

Par ailleurs, je conteste votre argument selon lequel cette contribution correspondrait à un impôt. Elle fonctionne plutôt comme un remboursement, puisqu'elle n'est pas corrélée à un résultat comptable, mais à un chiffre d'affaires

lié aux remboursements de l'assurance maladie. Étant basée sur un excédent, elle ne peut donc dépasser les capacités contributives des entreprises.

M. Philippe Vigier (Dem). J'entends les arguments de M. Davi : les médicaments ne sont pas n'importe quel produit. Mais connaissez-vous une autre activité économique visée par une contribution de l'ordre de 10 % à 12 % de son chiffre d'affaires ?

Par ailleurs, les laboratoires pharmaceutiques n'ont pas la main sur les prescriptions ; ils ne font que produire les spécialités qui leur sont demandées. Certains phénomènes, comme les pandémies, exigent d'augmenter la production de traitements médicamenteux. Si la contribution est déplafonnée, les producteurs installeront des filiales à l'étranger, avec des détournements à la clef ; c'est déjà le cas dans certaines centrales de distribution.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS321 de M. Michel Lauzzana et AS359 de M. Nicolas Turquois

M. Michel Lauzzana (EPR). Le Conseil d'État évoque les injonctions contradictoires auxquelles est soumise l'industrie pharmaceutique en France.

J'ai élaboré cet amendement avec le G5 santé, qui représente les entreprises du secteur pharmaceutique dont la production est localisée en France. Il vise à protéger ces dernières d'une régulation financière devenue contraignante pour leur modèle économique.

M. Nicolas Turquois (Dem). Les producteurs de médicaments font en effet face à des injonctions qui peuvent paraître contradictoires : la régulation de la dépense en matière de médicaments, d'une part, la localisation de la production sur le territoire européen, voire national, d'autre part.

Cet amendement vise à instaurer un abattement sur la clause de sauvegarde pour les entreprises privilégiant une production européenne de leurs médicaments, ce qui permet de garantir la souveraineté sanitaire.

M. le rapporteur général. Introduire ces dispositions à cette place dans le texte bouleverserait certains équilibres. Comme précédemment, je vous renvoie plutôt à l'article 19.

Les amendements sont retirés.

Amendement AS358 de M. Philippe Vigier

M. Philippe Vigier (Dem). La réforme du calcul de la clause de sauvegarde devait s'appliquer à compter du 1^{er} janvier 2026 – plutôt que 2025 comme prévu à l'origine –, pour des raisons pratiques. Les critères initialement retenus permettront-ils son application réelle à cette date ?

Notre amendement vise à modifier les mécanismes de calcul, qui ont été dénoncés par l'ensemble des industries pharmaceutiques et au sujet desquels le ministère ne disposait pas d'une lisibilité complète.

M. le rapporteur général. Je suis très favorable à vos arguments... mais pas au dispositif de l'amendement, visant en réalité à transmettre l'ensemble des informations relatives à l'appel de la contribution au syndicat national des entreprises pharmaceutiques. Cela créerait une dérogation au secret fiscal prévu par le livre des procédures fiscales et par le code pénal.

Je comprends votre objectif, mais des renseignements relatifs à un contribuable ne peuvent être communiqués qu'à des tiers habilités à le représenter ou bénéficiant d'un mandat exprès de sa part. Il est préférable de laisser les entreprises décider elles-mêmes des informations qu'elles souhaitent transmettre à leur syndicat national et de ne pas présumer de ce choix dans la loi.

Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Philippe Vigier (Dem). J'entends votre argument, mais la profession est organisée autour d'un syndicat très représentatif et est demandeuse d'une nouvelle clause de régulation. Essayons la confiance réciproque !

La commission adopte l'amendement.

La réunion est suspendue de vingt-deux heures quinze à vingt-deux heures vingt-cinq.

Amendement AS468 de Mme Élise Leboucher

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Cet amendement vise à maintenir la majoration forfaitaire dont sont redevables les entreprises qui n'ont pas procédé aux déclarations obligatoires. Dans un secteur aussi stratégique, manquer à ses obligations doit entraîner une sanction financière. Outre cette question de principe, l'amendement permettra d'assurer un minimum de retour sur investissement après les cadeaux fiscaux, trop nombreux à mon goût, que nous distribuons depuis une heure et demie à certaines entreprises productrices de médicaments.

M. le rapporteur général. Les alinéas 31 et 32 sont relatifs au report de la notification et du versement de la contribution en cas de défaut de transmission des données. Leur suppression, visée par votre amendement, n'entraînerait pas le rétablissement des dispositions que vous évoquez, devenues caduques depuis la LFSS 2024. Je vous invite donc à reprendre la rédaction de votre amendement dans la perspective de l'examen du texte en séance.

Par ailleurs, ces deux alinéas sont très utiles pour sécuriser la procédure d'appel de la clause en cas de retard imputable à l'administration. Avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendements AS450 de Mme Élise Leboucher et AS588 de M. Thibault Bazin (discussion commune)

M. Damien Maudet (LFI-NFP). Notre amendement AS450 a pour objectif de s'opposer au rehaussement du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde, au-delà duquel les entreprises de l'industrie pharmaceutique doivent verser une contribution à l'assurance maladie.

L'industrie pharmaceutique est florissante et bénéficie déjà de nombreux priviléges – même la mission visant à relocaliser la production de médicaments a été confiée à ses lobbyistes ! Elle doit davantage contribuer à l'assurance maladie et, à tout le moins, limiter le prix des médicaments, qui ne doit pas reposer sur les assurés.

M. le rapporteur général. Comme l'a rappelé Michel Lauzzana, ce secteur est très hétérogène. Modifier le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde pourrait pénaliser des entreprises que vous ne visez pas.

Il serait dangereux de déstabiliser certains acteurs du secteur, en particulier les petites entreprises pourvoyeuses de dispositifs médicaux implantées dans nos territoires. Elles jouent un rôle fondamental, notamment en raison du virage ambulatoire et du vieillissement de la population. Certes, les grandes entreprises ne se trouvent pas dans la même situation, mais réduire le montant Z de 100 millions d'euros pourrait être très pénalisant. Je vous invite à le retirer au profit de l'amendement suivant, qui propose de rehausser ce seuil de 10 millions.

M. Hendrik Davi (EcoS). Je soutiens l'amendement de Mme Leboucher et je reprends à mon compte la question de M. Clouet : comment peut-on estimer ce seuil de manière rationnelle ? Le taux de rendement des actions de Sanofi est passé de 1 % dans les années 2000 à 4 % depuis les années 2010. Quels dividendes peuvent être considérés comme raisonnables pour des entreprises pharmaceutiques subventionnées par la sécurité sociale ?

Par ailleurs, comment la clause de sauvegarde est-elle répartie entre les grandes et les petites entreprises ? Les plus petites seront-elles réellement pénalisées, comme on nous le rétorque toujours ?

M. Damien Maudet (LFI-NFP). À mon tour de reprendre cette question : comment la clause de sauvegarde est-elle répartie ? Quelle part respective en payent les grandes et les petites entreprises ? Monsieur le rapporteur général, je ne doute pas que vos propos s'appuient sur des faits plutôt que sur les prévisions de l'institut du doigt mouillé, mais j'aimerais les connaître.

M. le rapporteur général. Vous serez peut-être surpris, mais la clause de sauvegarde n'ayant jamais été déclenchée, elle n'a jamais été répartie.

La plupart des acteurs du secteur des dispositifs médicaux – pour lesquels la clause de sauvegarde diffère de celle des médicaments : il s'agit du montant Z et non plus du montant M – ne sont pas de grandes entreprises aux profits immenses. Ils rendent des services essentiels à des personnes qui en ont vraiment besoin, parfois même à domicile. Ils sont très inquiets, parce qu'ils ignorent comment ce dispositif sera mis en œuvre.

Comme 2025 sera la première année d'application de la clause de sauvegarde, je proposerai de rehausser le seuil de 10 millions d'euros – ce qui est très peu à l'échelle du PLFSS. Parce que le montant risque d'être élevé, je suggère une augmentation progressive afin d'en atténuer l'impact.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Il me semble que diminuer le montant Z est le meilleur moyen pour que le rapporteur général ait les réponses à nos questions : si la clause est activée, vous pourrez nous expliquer comment elle est concrètement répartie entre les 1 400 entreprises qui réalisent 31 milliards d'euros de chiffre d'affaires sur le marché national.

Pour votre bonne information, votez notre amendement !

La commission rejette l'amendement AS450 puis adopte l'amendement AS588.

Amendement AS446 de M. Hadrien Clouet

M. Damien Maudet (LFI-NFP). Il vise à faire davantage contribuer l'industrie pharmaceutique au financement des dépenses de médicaments, ce qui nous semble juste compte tenu des bénéfices des plus grandes entreprises du secteur.

Dans le prix des médicaments, notamment les plus innovants, on prend rarement en compte les dépenses publiques en matière de recherche. En outre, le Ceps dispose de très peu de marge de négociation pour déterminer ce prix.

Monsieur le rapporteur général, pourriez-vous nous indiquer la nature de la répartition lorsque la clause de sauvegarde pour les médicaments est déclenchée ? Quels sont les montants payés par les grandes et par les petites entreprises ?

M. le rapporteur général. Certains acteurs de l'industrie pharmaceutique ne se sentent pas menacés par le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde. La baisse que vous proposez, de 27,25 à 26,4 milliards d'euros, n'est pas négligeable.

Sur le principe, pourquoi pas, mais les entreprises ayant de faibles taux de marge pourraient être menacées. Les principales victimes de cet amendement seraient les génériques, qui pourraient faire l'objet de décisions d'arrêt de

commercialisation, alors que les entreprises que vous ciblez ne seraient pas nécessairement pénalisées par l'augmentation de la contribution.

L'évaluation et le contrôle des impacts de la clause de sauvegarde sont de véritables enjeux. Nous devons maintenir une trajectoire équilibrée, qui ne se retourne pas contre des entreprises produisant les génériques dont nous avons besoin.

Avis défavorable.

M. Damien Maudet (LFI-NFP). Monsieur le rapporteur général, vous n'avez toujours pas répondu à la question relative à la répartition. Vous affirmez que les entreprises que nous ne ciblons pas seraient touchées, mais comment pouvons-nous en être certains sans connaître cette répartition ?

Vous ajoutez que l'industrie du générique sera touchée, alors que cette clause est censée sanctionner les entreprises pratiquant des prix élevés vis-à-vis de l'assurance maladie. Disposez-vous d'éléments qui prouvent ce que vous avancez ou utilisez-vous l'argument des génériques pour protéger les plus grandes entreprises ?

M. Hendrik Davi (EcoS). On ne peut pas faire confiance à des entreprises qui cessent de produire des médicaments génériques, dont nous avons absolument besoin, au prétexte que la clause de sauvegarde risque de réduire leur chiffre d'affaires ou leurs dividendes. Soit les producteurs de génériques ne seront en réalité pas pénalisés, soit nous souffrons d'une vraie vulnérabilité, ce qui prouve qu'un véritable service public du médicament est nécessaire.

M. le rapporteur général. Je dispose de très peu d'informations sur la répartition. La clause de sauvegarde est limitée à 1,6 milliard d'euros, dont 300 millions pour le secteur des génériques. Son impact varie selon les médicaments ; certaines gammes sont faiblement rentables, quand elles n'ont pas des taux de marge négatifs.

Les principes actifs des médicaments génériques sont essentiellement produits à l'étranger, ce qui rend difficile la relocalisation en France. Nous devons tenir compte des besoins de court terme, afin d'éviter les pénuries touchant des médicaments de la vie quotidienne, tout en fixant des trajectoires pérennes – ce que les producteurs de génériques eux-mêmes demandent.

Je maintiens mon avis défavorable, mais je prends l'engagement de demander les informations relatives à la répartition.

Mme Joëlle Mélin (RN). Les laboratoires que nous avons interrogés nous ont expliqué que si la répartition concerne bien l'ensemble du secteur, les modalités ont pour conséquence de pénaliser principalement les entreprises les plus petites et celles ayant les plus petites marges, c'est-à-dire les génériqueurs.

Les génériqueurs sont des façonniers et non des fabricants : ils ne contrôlent qu'une petite partie de la chaîne de valeur, se chargeant d'assembler les principes actifs produits à l'étranger moyennant des coûts de revient bas.

En tout état de cause, si on continue comme ça, les génériqueurs quitteront la France et un marché parallèle se développera, sous l'influence des répartiteurs européens et français. Ce qui, finalement, agravera les pénuries et renforcera la financiarisation.

M. Michel Lauzzana (EPR). Cet amendement pose un vrai problème : procéder à une taxation par l'intermédiaire du montant M est un peu grossier et ne tient pas compte de la diversité des industries pharmaceutiques. La mesure qu'il prévoit profiterait aux laboratoires proposant des produits innovants, plus chers que des produits matures pourtant très utiles.

Il y a quelques années, un plafonnement du montant M avait d'ailleurs été promis, en raison de son caractère inéquitable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS471 de Mme Zahia Hamdane

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Cet amendement vise à mettre fin à l'opacité entourant les aides publiques versées aux grandes entreprises pharmaceutiques. En 2021, seules sept d'entre elles ont déclaré avoir reçu des aides, pour un total de 3 millions d'euros, une somme dérisoire comparée aux 600 millions octroyés chaque année par le biais du crédit d'impôt recherche. À lui seul, le groupe Sanofi a bénéficié en 2022 de plus de 150 millions, une somme énorme pour une entreprise qui délocalise, distribue des dividendes et réduit ses effectifs.

Le rapport de la commission sénatoriale sur les pénuries de médicaments révèle l'opacité des aides liées au plan France Relance. Il est inacceptable que des milliards d'euros d'argent public ne soient pas conditionnés à des actions concrètes en faveur de la santé publique. Nous demandons donc une modulation du montant M en 2025 en fonction du montant des aides réellement reçues, afin de diminuer le soutien aux entreprises qui perçoivent des aides publiques.

M. le rapporteur général. Nous l'avons déjà évoqué : dans vos amendements, vous ne tenez pas compte d'une mesure de la LFSS 2024 qui a supprimé la procédure déclarative des entreprises, ce qui empêche de déterminer un seuil de déclenchement par entreprise.

Je comprends votre idée, mais cet amendement est inapplicable, à moins de revenir sur la LFSS 2024.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS473 de M. Damien Maudet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Un sujet semble faire consensus dans cette commission : nous déplorons la financiarisation des industries pharmaceutiques. Ces industries, héritières de la chimie, notamment publique, ont progressivement évolué sous le contrôle de fonds financiers, de grandes banques ou d'opérateurs de LBO – rachats d'entreprises avec effet de levier –, jusqu'à la situation actuelle, dont nous déplorons les effets dangereux.

Le groupe Sanofi illustre les conséquences de la financiarisation de manière exemplaire : les sacrifices d'Opella et d'Euroapi, deux entreprises insuffisamment rentables par rapport aux objectifs de marge fixés au niveau central ; le détournement de la recherche consacrée aux médicaments du quotidien au profit des molécules les plus rentables ; les opérations d'acquisition financière, qui remplacent les plans de développement RH ; la valeur, totalement obscurcie faute de transparence sur la répercussion des coûts dans le produit final ; etc.

L'amendement AS473 vise à instaurer une solution de compromis : lorsqu'une entreprise verse des dividendes, on en retranche le montant de la clause de sauvegarde. Cette solution lève trois obstacles qui ont été mentionnés dans nos débats. Premièrement, puisque les entreprises sont hétérogènes, elles auront le choix : elles fixeront le montant de la clause de sauvegarde en fonction des dividendes qu'elles versent. Deuxièmement, elles seront incitées à investir plutôt qu'à distribuer des dividendes, ce qui sert l'intérêt général. Troisièmement, si elles continuent à faire n'importe quoi, cela rapportera de l'argent à la sécurité sociale.

M. le rapporteur général. En matière de médicament, les fonds publics étant ce qu'ils sont, des investissements privés sont nécessaires pour innover. Il n'est pas surprenant que ceux qui ont ainsi pris des risques attendent des compensations.

Par ailleurs, je le répète, la procédure déclarative des entreprises ayant été supprimée par la LFSS 2024, comment déterminer un seuil personnalisé de déclenchement de la clause de sauvegarde pour chaque entreprise ?

Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Hendrik Davi (EcoS). Il est problématique de découvrir qu'une simplification de procédure nous empêche de récupérer de l'argent.

Revenons à la financiarisation de l'industrie pharmaceutique et à ses conséquences sur l'innovation. Lorsque les fonds de pension exigent des taux de rentabilité de 20 %, les entreprises font au plus simple en matière d'innovation. Ainsi, des médecins, notamment des infectiologues, m'ont expliqué que certaines entreprises pharmaceutiques se contentent de modifier légèrement les molécules pour éviter qu'elles ne deviennent génériques ; elles s'appuient ensuite sur les visiteurs médicaux pour faciliter l'acceptation de cette nouvelle molécule et convaincre les médecins de la prescrire. D'ailleurs, les véritables innovations, et les risques qui en découlent, sont sous-traitées à des start-up par les grandes entreprises.

M. le rapporteur général. Je ne suis ni médecin ni biologiste, cela ne vous a pas échappé, mais je ne suis pas sûr que ce que vous décrivez, même si cela a peut-être existé, corresponde à toutes les situations : vous connaissez l'hétérogénéité des entreprises.

Ce qui m'embête davantage, c'est que vous voulez déduire les dividendes du montant prévu dans la clause de sauvegarde : vous allez donc faire un cadeau aux entreprises. Je vous invite, par cohérence avec vous-même, à retirer l'amendement.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Ce que nous proposons ne perturbera aucun dispositif préexistant.

M. le rapporteur général nous dit « les fonds publics étant ce qu'ils sont ». Or le secteur pharmaceutique est l'exemple type, depuis quarante ans, de la socialisation des pertes et de la privatisation des profits. Sanofi, qui était l'Omniafinancier Aquitaine jusqu'à sa privatisation en 1994, a multiplié par 1 600 le nombre de ses salariés et par quinze son chiffre d'affaires. En 1981, ce pôle public d'ampleur regroupait 120 laboratoires et industries pharmaceutiques qui développaient une production de masse et une recherche de pointe, mais tout a été démantelé lors de la privatisation. Il est un peu facile de mettre de l'argent public au démarrage et, une fois qu'on a rencontré de grands succès et que l'activité est hyperrentable, de privatiser et de dire qu'on manque d'argent public : c'est vrai parce que vous avez vendu absolument tout ce qui rapportait.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS453 de Mme Zahia Hamdane

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Nous sommes tous d'accord pour dire que l'industrie pharmaceutique se porte bien : après avoir battu tous les records de bénéfices durant la crise sanitaire, elle continue de faire pleuvoir les dividendes sur les actionnaires. Ce n'est pas à notre système de santé de restaurer les marges des entreprises, mais à leurs actionnaires de modérer leur appétit. Nous nous opposons donc au plafonnement du rendement de la clause de sauvegarde à 1,6 milliard d'euros.

M. le rapporteur général. Je comprends la logique qui sous-tend cet amendement, mais le plafonnement est soumis à l'atteinte des objectifs concernant les autres leviers de régulation macroéconomique du secteur. Ce n'est en aucun cas un chèque en blanc. L'alinéa 49, que vous voulez supprimer, pose deux conditions à la mise en œuvre du plafonnement – « si l'évolution des dépenses de l'assurance maladie au titre des médicaments remboursés avant mesures d'économies et si les mesures d'économies portant sur ces dépenses sont conformes aux prévisions sous-jacentes au présent texte ».

Puisque vous parlez de conditionnalité, je vous invite à retirer votre amendement ; sinon, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 9 modifié.

Article 9 bis A (nouveau) : Réduction de l'assiette de la contribution sociale de solidarité pour les répartiteurs pharmaceutiques

Amendement de suppression AS318 de Mme Zahia Hamdane

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Cet article, qui prévoit une nouvelle réduction fiscale pour les grossistes-répartiteurs, est un cadeau supplémentaire pour les laboratoires, déjà très favorisés. Ces acteurs de l'industrie pharmaceutique ont bénéficié en 2022 d'une baisse de la contribution sur les ventes en gros. Dans un contexte où la sécurité sociale manque cruellement de ressources, il est inacceptable de l'appauvrir davantage pour renforcer les profits. Nous ne pouvons tolérer ce type de mesures qui donne la priorité aux intérêts privés au détriment de l'intérêt général.

M. le rapporteur général. Malgré tous les discours, la réalité est que nous faisons face à des risques concernant des molécules toutes simples comme le paracétamol, qui ne sont plus produites en France, et je ne comprends pas en quoi cet article offrirait un nouveau cadeau fiscal aux laboratoires pharmaceutiques. Lisez-le : il porte sur les grossistes-répartiteurs, qui ont des missions de service public en matière d'aménagement équitable du territoire et d'accès aux soins et dont les marges sont fixées par l'administration. Ces acteurs sont ceux qui apportent les médicaments dans les officines et ils ont l'obligation d'avoir l'ensemble des références. Vous parlez souvent d'un service public du secteur du médicament ; soutenez donc les grossistes-répartiteurs.

S'il y a un combat que je mène depuis sept ans, c'est pour eux. Si certains grossistes-répartiteurs tombent, les premières conséquences ne concerneront pas le centre des métropoles, mais nos territoires, où ils approvisionnent des officines très éloignées. Leur équation est compliquée. Nous leur demandons de plus en plus d'avoir des stocks pour faire face aux pénuries. Vous disiez qu'il fallait revaloriser les salaires ; eux aussi doivent faire face à l'inflation. Par ailleurs, leurs marges sont complètement encadrées par des décisions des ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale.

Quand on est pour la souveraineté industrielle et l'accès aux soins, on ne peut être que favorable à cet article.

M. Philippe Vigier (Dem). Le rapporteur général a très bien expliqué la situation. Un grossiste-répartiteur ne produit pas de médicaments. Il n'a pas un prix de revient et un prix de vente sur lequel il dégagerait une marge. Il est chargé, en revanche, d'une mission de service public. Il y a quinze ans, les grossistes-répartiteurs livraient les médicaments deux fois par jour dans quatre-vingt-quinze départements ; actuellement, quarante-cinq d'entre eux n'ont plus qu'une livraison par jour et on en est même à une livraison tous les deux jours dans certains territoires très ruraux. Nos concitoyens qui sont déjà les moins bien soignés subissent des

ruptures de stocks beaucoup plus importantes. La mesure prévue vise uniquement à faire en sorte que ces acteurs, qui ne gagnent pas beaucoup d'argent, puissent continuer à assurer une mission de service public indispensable. S'ils ne le font plus, les patients en seront les premiers affectés.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Si cet article est adopté, quels seront concrètement le chiffre d'affaires, la marge et le taux de profit des grossistes-répartiteurs et quels seront les écarts entre eux ? Nos échanges sont un peu théoriques. Des problèmes se posent, bien sûr, mais ils concernent avant tout les ruptures de stocks et les tensions en matière d'approvisionnement.

S'agissant des difficultés des grossistes-répartiteurs, les politiques de l'offre menées pour les grands laboratoires et la grosse industrie de production pharmaceutique, qui créent des pénuries parce qu'ils se concentrent sur des molécules innovantes et non sur les médicaments d'intérêt général, les plus utiles, sont directement en cause. Il faudra traiter cette question qui n'est pas directement liée au présent article.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Les grossistes-répartiteurs, ce sont les camionnettes qui font des tournées pour approvisionner les pharmacies : ils n'ont rien à voir avec les laboratoires pharmaceutiques.

Mme Joëlle Mélin (RN). Il existe malgré tout un problème fondamental du côté des répartiteurs, celui des regroupements. Je rejoins ce qu'a dit M. Vigier au sujet des zones mal desservies, mais il faut également savoir que les sociétés de répartiteurs sont de moins en moins nombreuses : des regroupements ont eu lieu, en particulier avec des sociétés venant des pays nordiques. Un tel phénomène de fusion et de financiarisation pose, là aussi, des difficultés.

Par ailleurs, ces acteurs sont les seuls dans la chaîne de distribution et de vente des médicaments à ne pas avoir de registre des stocks. Si l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé n'a pas la possibilité de constituer des stocks comme elle l'entend, c'est parce que les répartiteurs, contrairement aux laboratoires et à ce qui est demandé par les textes européens, n'ont pas d'état des stocks.

Un autre problème, encore modeste en France mais énorme au niveau européen, est celui posé par l'existence de marchés parallèles : lorsqu'ils ont les spécialités demandées, les répartiteurs ne les distribuent pas forcément dans notre pays, ils les envoient là où la marge est meilleure – c'est la course à la marge.

M. Michel Lauzzana (EPR). Oui, il faut faire très attention à la question des circuits de distribution parallèles. Néanmoins, l'assimilation que certains collègues tendent à faire n'est pas bonne : si des regroupements ont effectivement eu lieu, c'est aussi parce que les petits répartiteurs ont beaucoup souffert dernièrement et que leurs marges ne sont pas très élevées, contrairement à celles de l'industrie pharmaceutique.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS394 de M. Hendrik Davi

M. Hendrik Davi (EcoS). Nous sommes opposés à la réduction de la contribution sociale de solidarité pour la distribution en gros de médicaments, objet de cet article. Cette contribution participe au financement de l'assurance vieillesse : vous allez, si je comprends bien, encore creuser le déficit de cette dernière. Notre amendement vise au moins à compenser les pertes de recettes par des suppressions de diminutions de cotisations patronales.

Vous voulez réduire la contribution des répartiteurs de médicaments ; s'ils sont en difficulté, pourquoi pas, mais nous demandons que le reste des entreprises soit mis à contribution par une augmentation de leurs cotisations sociales. Cette solidarité interpatronale devrait vous plaire.

M. le rapporteur général. Je connais bien cet article, puisqu'il est issu d'un amendement que j'ai déposé en première lecture. On y retrouve le gage habituel sur les tabacs, mais il sera levé par le Gouvernement si l'article est *in fine* adopté ; le débat sur le gage n'est donc pas utile.

Vous faites preuve de cohérence depuis le début de l'examen du PLFSS dans votre volonté de revenir sur certaines niches sociales et fiscales, comme les réductions de cotisations sur les heures supplémentaires et la réduction Fillon, mais vous n'avez toujours pas compris que les grossistes-répartiteurs ne sont pas des entreprises qui cherchent à faire des profits. Ils doivent, bien sûr, être à l'équilibre pour survivre, mais ils exercent une mission de service public et leurs tarifs, c'est-à-dire la rémunération qu'ils perçoivent, sont fixés par le Gouvernement. Il n'y a donc pas d'emballage possible : vous vous trompez vraiment de cible. Ces acteurs, et un plan a d'ailleurs été mis en œuvre à cet égard, ont structurellement eu des déficits pendant des années, ce qui n'était pas sans poser des difficultés pour leur mission de service public. Leurs engagements en matière d'alimentation des officines dans nos territoires ont notamment été réduits.

Avis défavorable, car je veux que ces entreprises continuent à assurer leur mission de service public dans l'ensemble du territoire.

M. Hendrik Davi (EcoS). Ce que nous demandons, c'est tout simplement que la perte de recettes soit prise en charge au niveau des cotisations patronales des autres entreprises. Vous répondez que le gage sur les tabacs sera levé, mais on ne peut pas dire tout le temps que la dette de l'État pose un problème et continuer à supprimer des recettes. Il faut expliquer comment on compense.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 9 bis A modifié.

Article 9 bis B (nouveau) : Améliorer l'information du Parlement sur les dépenses de produits de santé lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale

La commission adopte l'article 9 bis B non modifié.

Article 9 bis C (nouveau) : Suppression de l'exonération de taxe sur la valeur ajoutée pour les importations de prothèses dentaires par les dentistes ou les prothésistes dentaires

Amendement de suppression AS573 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet article pose trois difficultés majeures. Il est contraire à la lettre et à l'esprit de la loi organique : la TVA est une imposition d'État qui relève du projet de loi de finances. C'est donc un cavalier. Par ailleurs, la suppression de la franchise de TVA risque de conduire à un renchérissement, aux dépens de l'assurance maladie, ou à une hausse du reste à charge pour les patients. Enfin, les questions commerciales relèvent du droit privé.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous voterons, ne boudons pas notre plaisir, l'amendement du rapporteur général. Une hausse de TVA risque d'être assez largement reportée sur les prix. Les politiques fondées sur la TVA ne fonctionnent jamais – on l'a bien vu sous Nicolas Sarkozy dans l'hôtellerie-restauration. Il en résulte toujours une augmentation du prix d'achat ou des restes à charge pour les assurés.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 9 bis C est supprimé.

Article 9 bis : Réforme du barème de la contribution sur les boissons contenant des sucres ajoutés

Amendements de suppression AS417 de M. Eddy Casterman, AS536 de M. Thomas Ménagé et AS554 de M. Olivier Fayssat

M. Eddy Casterman (RN). Cet article prévoit de tripler la taxe sur le sucre sous le prétexte de la santé publique : il s'agirait de favoriser une diminution de la consommation des boissons sucrées. S'il existe bien un enjeu de santé publique en la matière, cette taxe comportementale ne fera pas baisser la consommation des boissons sucrées mais réduira mécaniquement la production de sucre, son prix et, une fois de plus, les revenus des agriculteurs. Il s'agit donc d'une taxe non pas sur les sodas, mais sur la betterave.

Le prix moyen du sucre étant de 500 euros par tonne, la taxation représenterait plus de sept fois le prix du sucre dans un hectolitre de soda et conduirait à une augmentation de 27 % du prix des bouteilles. En réalité, la taxe sera répercutée sur les fournisseurs de sucre plutôt que sur les consommateurs, ce qui aura un impact substantiel sur la filière de la betterave, déjà fragilisée par la

dégradation du marché, notamment depuis les importations massives de sucre d'Ukraine – les prix ont été divisés par deux depuis 2023.

Cette filière compte 24 000 planteurs, vingt sucreries, douze sites de production d'alcool répartis entre plusieurs bassins de production ruraux et plus de 70 000 emplois. Par solidarité avec nos agriculteurs, en particulier les betteraviers qui ont beaucoup souffert ces dernières années du fait de la suppression des néonicotinoïdes et de la concurrence déloyale, je vous invite à revenir sur l'explosion d'une taxe qui retombera une fois de plus sur la France agricole et anéantira notre souveraineté alimentaire en faisant la part belle à l'importation de centaines de milliers de tonnes de sucre.

M. Gaëtan Dussausayé (RN). Les recettes fiscales de cette taxe ont constamment augmenté depuis 2018 – elles ont dépassé 400 millions d'euros en 2023 –, mais les comportements en matière de consommation de boissons sucrées n'ont pas été modifiés. En revanche, la taxe fait courir deux risques : pénaliser les agriculteurs et les consommateurs, par leur pouvoir d'achat, et jouer contre les industriels français. C'est pourquoi nous demandons par l'amendement AS536 la suppression de l'article 9 bis.

M. Olivier Fayssat (UDR). Nous sommes assez constants à l'UDR : la réponse à un problème ne doit jamais être un impôt ou une taxe de plus. Afin de ne pas augmenter le coût pour les consommateurs et peut-être pénaliser les agriculteurs, il faudrait supprimer cet article.

M. le rapporteur général. Je suis embêté. Nous avons adopté en séance des dispositions, même si elles sont peu nombreuses et que je n'ai pas forcément voté pour – c'est vrai en l'espèce. Nous avons eu tout un débat sur les taxes comportementales : si mes souvenirs sont bons, un amendement, sous-amendé, a été adopté au sujet de celle-ci, en seconde délibération, après une sorte de confusion dans les votes. Cette mesure, je dois le rappeler, est une des rares taxes comportementales adoptées en première lecture, alors que tout un catalogue nous était proposé. Par ailleurs, c'est une des rares dispositions qui étaient restées à l'issue de la CMP.

Quand on est membre de la commission des affaires sociales, on ne peut pas nier que de véritables problèmes de santé peuvent se poser lorsque la consommation de sucre est inadaptée, en particulier chez les plus jeunes. Il faut donc trouver des mesures dissuasives. Pour éviter une augmentation du prix, on devra baisser la teneur en sucre ; c'est l'esprit d'une telle disposition.

Nous n'inventons pas la taxe sur les sodas. Elle existe, mais est-elle performante ? Non, le Conseil des prélèvements obligatoires l'a expliqué en juillet 2023, comme la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale du Sénat en mai 2024. D'autres rapports, de l'Institut Montaigne et de l'École des hautes études en santé publique, sont allés dans le même sens. Il faut réduire le nombre de paliers.

Par ailleurs, le contexte social est compliqué : je ne veux pas multiplier les irritants et porter atteinte à nos filières agricoles. Nous devons donc adopter une vision équilibrée.

Autre élément, cet article concerne notamment les édulcorants qui, selon les dernières études – mais certains d'entre vous connaissent mieux que moi le sujet et nous avons encore échangé avec le directeur général de l'Institut national du cancer il y a quelques heures –, présentent un risque cancérogène. L'évolution prévue en la matière serait donc positive.

Pour respecter l'équilibre trouvé en CMP et rester fidèle à ce qui a été voté en première lecture, j'aurais tendance à donner un avis défavorable aux amendements de suppression, mais il faut aussi prendre en compte d'autres questions. Nous devons adopter un budget pour la sécurité sociale, suivre les trajectoires prévues et faire de la prévention. Or l'élasticité prix est forte en ce qui concerne les boissons sucrées, alors que ce n'est pas vrai pour toutes les addictions. Je fais appel à votre discernement : votez bien, chers collègues.

M. Michel Lauzzana (EPR). Je suis assez partagé. Comme le rapporteur général vient de le dire, les taxes comportementales fonctionnent – on l'a vu pour le tabac – et le sucre pose un vrai problème de santé publique. Néanmoins, je me préoccupe des agriculteurs. J'ai soutenu la réintroduction de produits de défense phytopharmaceutiques, parce qu'il faut tenir compte des producteurs, et je crois que nous pouvons trouver d'autres mécanismes pour agir. S'agissant de la consommation de sucre, en particulier par les jeunes, nous faisons face à un mur immense en matière de santé publique. Il suffit de regarder les dégâts aux États-Unis, notamment en matière d'obésité : ils sont tout simplement dus au sucre, en particulier les boissons sucrées. Il n'est pas inutile de prévoir une régulation en la matière.

M. Hendrik Davi (EcoS). Le nombre de concitoyens en situation d'obésité augmente rapidement. Leur part est passée de 8,5 % à 17 % de la population générale entre 1997 et 2020 et de 2,1 % à 9 % des enfants et des jeunes. Un vrai problème se pose, d'autant que le sucre est impliqué dans de nombreux cancers.

Nous voulons absolument diminuer les dépenses de santé. Or il existe une solution assez simple pour y parvenir : il faut modifier les comportements en matière de sucre, chez les industriels, chez ceux qui conçoivent les publicités et chez nos enfants. Le prix est un des moyens d'action. Si les taxes sont suffisamment élevées, les industriels s'adapteront en réduisant la teneur en sucre.

Regardez les gâteaux que mangent le matin nos gamins de moins de 5 ans : ce sont de vrais poisons qui rendent nos enfants complètement dépendants. Il ne faut pas voter ces amendements de suppression.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Il s'agit d'une mesure de santé publique. Tout le monde parle de prévention, mais ce PLFSS ne comporte pas beaucoup de dispositions en la matière – le présent article en est une.

Il est issu d'un travail de notre commission que j'ai mené avec un collègue à l'occasion du Printemps social de l'évaluation. Il faut bien comprendre que le sucre fait l'objet d'une addiction dès le plus jeune âge – on récompense les enfants par un bonbon ou une sucette – et qu'il n'est pas question d'une taxe comportementale, mais d'une incitation pour les industriels à moins sucrer leurs sodas, constitués d'eau, de gaz et de sucre, outre quelques éléments donnant un peu de goût. Ainsi, nos concitoyens souffriront moins de diabète et d'obésité.

Cet article est très important et les industriels sont prêts : lorsque j'ai travaillé sur mon amendement, ils ne sont pas venus me voir pour me demander d'arrêter, car ils l'avaient déjà anticipé. Savez-vous que les sodas bus en France sont plus sucrés que ceux consommés d'autres pays ? Il existe pourtant une taxe sur le sucre comptant quatorze paliers. Nous proposons de réduire leur nombre à trois seulement. Lorsqu'ils ont agi en ce sens, les Britanniques ont constaté que les industriels réduisaient rapidement le sucre dans les sodas au lieu d'augmenter les prix. C'est ce que nous voulons et pour cela nous sommes obligés de passer par la loi. S'agissant du sel, savez-vous que les boulanger en ont baissé la teneur dans le pain, de leur propre initiative, depuis quelques années ?

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Le groupe La France insoumise s'opposera à la suppression de cet article, mais il n'est pas forcément à l'aise avec la manière dont le sujet est traité. Il est pris par le petit bout de la lorgnette, de façon expéditive, pendant quelques minutes vers vingt-trois heures trente, ce qui n'est satisfaisant pour personne. Il faudrait mener un véritable travail législatif. Nous nous interrogeons en effet sur trois points que nous voudrions régler convenablement.

Le premier concerne les taux autorisés. Nous sommes d'accord avec l'idée qu'il existe un danger en matière de santé publique, mais nous ne le sommes pas, dès lors, avec le fait de laisser en vente libre, ou sans taux maximal, certains produits dangereux. Au lieu de taxer, il faudrait fixer des taux maximaux de sucre dans l'alimentation transformée qui est en vente.

Par ailleurs, il faudrait élaborer une politique nutritionnelle globale, mais le cadre dans lequel nous travaillons ne permet pas de le faire. Des articles prévoyant une taxation ne peuvent pas servir à fixer un horizon collectif. Nous serions pourtant d'accord sur beaucoup de points si nous pensions ensemble la nutrition, les calories et l'organisation de l'alimentation en général.

Nos débats présentent une autre faiblesse : il est question d'augmenter les prix dans certains cas, par le biais des taxes, mais pas de les baisser pour les bons produits. Or il est compliqué de déconnecter ces deux aspects. Le Chili a au contraire augmenté les taxes sur les produits trop sucrés et réduit celles sur les produits peu sucrés. Nous devons faire en sorte que le résultat ne soit pas antiredistributif. C'est une condition sociale : il ne faut pas taper, par le biais de leurs dépenses de consommation, sur les milieux populaires.

M. Christophe Bentz (RN). Merci, monsieur le rapporteur général, pour votre modération au sujet de cette taxe comportementale. Les politiques de santé publique reposant sur la taxation des produits, nous l'avons dit et redit en première lecture, ont des limites. C'est vrai pour le sucre, le tabac et l'alcool. Il est certain en revanche que les surtaxes pénalisent les agriculteurs, les filières, les entreprises et le pouvoir d'achat des Français.

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous avions déposé des amendements allant dans le même sens que ceux de nos collègues Isaac-Sibille et Sébaihi afin que l'on puisse enfin parler de santé publique dans un PLFSS, même si je suis d'accord avec l'idée qu'il existe une dérive : je préférerais que l'ensemble des questions puissent être abordées dans le cadre d'une loi de santé publique.

Deuxième remarque : la taxe soda est passée mais, allez savoir comment et pourquoi, pas celle que nous demandions pour les sucres ajoutés dans l'industrie agroalimentaire, bien plus problématiques et massifs.

Enfin, le cœur du sujet, c'est l'enjeu de santé publique et son coût médico-économique. Une canette de boisson sucrée contient l'équivalent de cinq à sept morceaux de sucre ; vous ne laisseriez pourtant jamais votre fille de 8 ans en manger autant d'affilée. Compte tenu des risques en matière notamment d'hygiène buccodentaire, de diabète et d'obésité, notre responsabilité est d'être dissuasifs – et d'en assumer les conséquences sur les filières.

La commission rejette les amendements.

Amendements AS410 de M. Cyrille Isaac-Sibille et AS492 de M. Eddy Casterman (discussion commune)

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Je suis favorable à une légère augmentation du montant de la taxe sur les sucres ajoutés dans les boissons – qui rapportera de l'argent tout en étant bénéfique à la santé des Français –, mais je souhaiterais surtout que ce montant ne baisse pas comme le proposent certains collègues ; je retire donc mon amendement, en les invitant à faire de même.

L'amendement AS410 est retiré.

M. Eddy Casterman (RN). Cet amendement de repli vise à revenir à la hausse de la taxe adoptée par l'Assemblée en première lecture, les montants envisagés ensuite par les sénateurs étant sans commune mesure avec ce que le secteur est capable d'absorber. Il s'agit de défendre les betteraviers, notamment ceux de ma circonscription de l'Aisne.

M. le rapporteur général. On pourrait s'inquiéter, en effet, des valeurs fixées par les sénateurs. Mais, en réalité, ils ont simplement corrigé une erreur de conversion : à 3,5 euros l'hectolitre, la taxe sur la première tranche actuelle aurait été inférieure à la moyenne des montants applicables aux anciennes tranches. Je vous concède néanmoins qu'ils ont arrondi à l'euro supérieur. Ils ont aussi fait le

choix d'accroître l'écart entre les taxes sur les deuxième et troisième tranches, afin que le dispositif incite davantage les fabricants à abaisser les teneurs en sucre.

Je vous invite à retirer votre amendement.

La commission rejette l'amendement AS492.

Amendement AS10 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). J'ai été frappé que le Sénat augmente la taxe sur les édulcorants. Notre objectif premier est de lutter contre le sucre et de faire en sorte que les industriels développent des boissons qui n'en contiennent pas. Les boissons avec édulcorants, pour lesquelles il existe un marché, sont déjà taxées depuis 2012. Je trouve contradictoire de vouloir augmenter sensiblement la taxe sur les sodas sans rendre plus attractif le prix des boissons alternatives aux boissons sucrées. J'irai même plus loin : il me semble qu'à terme, nous devrions inciter à la consommation de boissons sans sucres ajoutés.

M. le rapporteur général. Je ne suis pas d'accord. Ce qui importe, c'est la modération. S'il faut aussi agir sur la consommation de boissons édulcorées, c'est d'abord parce que des études récentes nous alertent sur les problèmes de santé qu'elles soulèvent : elles ne sont pas la panacée. En outre, la présence d'édulcorants dans une boisson est mentionnée sur l'étiquette, mais pas leur quantité. Un travail de l'exécutif sera d'ailleurs nécessaire pour rendre le texte opérationnel sur ce point ; j'ai déposé un amendement visant notamment à modifier le calendrier.

Pour l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), il n'existe pas d'élément probant autorisant à encourager, dans le cadre d'une politique de santé publique, le remplacement du sucre par les édulcorants. J'ajouterais que les édulcorants peuvent habituer les consommateurs – souvent des enfants – au goût sucré de l'alimentation, voire les en rendre dépendants.

Avis défavorable.

M. Hendrik Davi (EcoS). Je partage l'avis du rapporteur général. Les édulcorants contribuent à l'addiction au sucre. En outre, des études soulignent leur impact sur la santé. Une étude de 2022 présentée sur le site de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale montre que ces produits sont cancérogènes ; ils posent également des problèmes hormonaux. Nous ne pouvons donc pas nous lancer dans une politique publique qui viserait à remplacer le sucre par des édulcorants. Nous avons besoin de sucre, mais il faut en réduire la consommation, en mangeant des produits modérément sucrés, au lieu de la remplacer par la consommation d'édulcorants.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Des études prouvent effectivement que les édulcorants de synthèse sont cancérogènes et que certains d'entre eux, utilisés notamment dans l'industrie agroalimentaire, génèrent une production d'insuline :

leur ingestion suscite la même réponse physiologique que celle du sucre. Ainsi, loin d'aider à réduire l'addiction au sucre, ils l'alimentent. Ils provoquent en outre des maladies hormonales et des cancers. Il ne faut donc pas remplacer le sucre par des édulcorants de synthèse, et encore moins encourager leur consommation en supprimant l'alourdissement prévu de la taxe.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Je partage cet avis. Les édulcorants posent d'abord le problème de l'addiction au goût sucré, selon le schéma habituation-dépendance-récompense. Rappelons que nous avons besoin de fructose mais pas de glucose, ni de saccharose. Il faut réussir à baisser la teneur en sucre des aliments, comme les boulangers sont parvenus à le faire pour le sel. Je m'opposerai moi aussi à cet amendement.

M. Jérôme Guedj (SOC). Qu'on ne se méprenne pas : je n'ai aucun intérêt particulier à encourager la consommation d'édulcorants. Je trouve simplement contradictoire, tant que la nocivité des édulcorants n'est pas établie, de lutter contre le sucre sans les considérer comme une alternative. L'étude NutriNet-Santé mentionnée par Hendrik Davi suggère une association, et non un lien de causalité, entre la consommation d'édulcorants et un risque accru de cancer. Celui-ci pourrait être lié à des comportements alimentaires à risque qu'auraient par ailleurs les consommateurs d'édulcorants.

L'Anses n'a d'ailleurs émis aucune recommandation. Or si les édulcorants sont cancérogènes, alors il ne faut pas les taxer mais les interdire – comme d'autres produits, me direz-vous. Quoi qu'il en soit, je ne ferai pas un *casus belli* du rejet de cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

*

* * *

4. Réunion du mercredi 29 janvier 2025 à 15 heures (article 9 bis [suite] à article 19)

Lors de sa deuxième réunion du mercredi 29 janvier 2025, la commission poursuit l'examen, en nouvelle lecture, du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (n° 622) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Guillaume Florquin, M. Louis Boyard, Mme Sandrine Rousseau et M. Philippe Vigier, rapporteurs)⁽¹⁾.

Article 9 bis (suite) : Réforme du barème de la contribution sur les boissons contenant des sucres ajoutés

Amendement AS574 rectifié de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Il s'agit de reprendre, là encore, une modification qui a fait consensus en commission mixte paritaire (CMP). Outre quelques corrections rédactionnelles, je propose de différer l'entrée en vigueur, car il faudra un peu de temps pour prendre les dispositions nécessaires. Il s'agit, par ailleurs, de tenir compte du fait que le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) n'a pas été adopté avant le 1^{er} janvier – un problème de rétroactivité se pose donc.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, les amendements AS163 de Mme Sylvie Bonnet ainsi que les amendements identiques AS87 de M. Julien Dive, AS115 de Mme Justine Gruet et AS139 de M. Fabien Di Filippo tombent.

La commission adopte l'article 9 bis modifié.

Article 9 ter A (nouveau) : Création d'une taxe sur les dépenses de publicité en faveur des boissons alcooliques à La Réunion

Amendements de suppression AS575 de M. Thibault Bazin et AS396 de Mme Sandra Marsaud

M. le rapporteur général. Les fragilités de cet article l'exposent à un risque de censure par le Conseil constitutionnel. Les rapporteurs de la CMP avaient déjà proposé sa suppression.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 9 ter A est supprimé et les amendements AS476 de M. Hadrien Clouet, AS319 de Mme Élise Leboucher, les amendements identiques AS320 de M. Hadrien Clouet et AS345 de M. Hendrik Davi ainsi que l'amendement AS340 de M. Cyrille Isaac-Sibille tombent.

(1) <https://assnat.fr/W6Rqon>

Article 9 ter B (nouveau) : Renforcement de la fiscalité sur les jeux d'argent et de hasard

Amendement de suppression AS537 de M. Thomas Ménagé

M. Gaëtan Dussausaye (RN). L'amendement est défendu.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Je préfère qu'on s'en tienne à ce qui figure dans le texte et je rappelle qu'un atterrissage est également en cours de discussion dans le cadre du projet de loi de finances. L'enjeu est fort, notamment dans le sport : nous devons veiller à ne pas fragiliser le secteur par des mesures trop pénalisantes.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS27 de M. Arthur Delaporte

Mme Sandrine Runel (SOC). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS478 de Mme Élise Leboucher

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). Cet amendement vise à faire contribuer les opérateurs des jeux d'argent au financement de l'assurance maladie en les taxant à hauteur de 15 % de leurs dépenses publicitaires. Ce secteur est en pleine expansion : selon l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives, son produit brut s'élevait à 13,4 milliards d'euros en 2023, après une hausse de 450 millions d'euros en un an. Une taxe comportementale ne serait pas une solution : s'attaquer aux sommes misées risquerait de fragiliser les plus précaires, qui sont les plus actifs dans ce domaine, et ne conduirait probablement pas à une baisse des pratiques. Une véritable solution consisterait à encadrer les jeux d'argent et à en limiter, voire à interdire les publicités. Nous vous proposons de les taxer en incluant toutes les activités de pari, y compris les jeux en ligne, et les gratifications financières accordées aux joueurs.

M. le rapporteur général. Nous en avons débattu en première lecture, et nous avons montré, en particulier en séance, notre attachement à la filière équine, qui serait touchée par cet amendement alors qu'elle représente des emplois non délocalisables.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS555 de M. Frédéric Valletoux

M. le président Frédéric Valletoux. Il s'agit d'exclure du champ de cet article les associations et fédérations sportives dans le cadre de leur sponsoring, pour ne pas réduire leurs recettes. Cela concerne notamment les associations locales.

M. le rapporteur général. Je partage totalement l'objectif, mais votre amendement AS609 fonctionnera beaucoup mieux. Je vous propose de retirer celui-ci afin de mieux préserver associations et fédérations sportives. Les différents amendements montrent l'attachement de la commission au soutien au sport, juste après les jeux Olympiques.

L'amendement est retiré.

Amendements identiques AS576 rectifié de M. Thibault Bazin, AS127 de Mme Sylvie Bonnet et AS609 de M. Frédéric Valletoux

M. le rapporteur général. Ces amendements visent le même objectif, mais une différence de forme les rendra plus opérationnels. Ils tendent à exclure de la nouvelle contribution le soutien aux fédérations sportives, aux ligues professionnelles ainsi qu'aux associations et sociétés sportives par les opérateurs de jeux. Préservons cette filière.

La commission adopte les amendements.

Amendement AS577 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. L'amendement précise les conditions techniques dans lesquelles sera recouvrée la contribution instituée par le présent article. Cette modification avait été adoptée en CMP.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS631 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Il s'agit simplement de prendre acte du fait qu'on ne peut pas prévoir de rétroactivité pour les jeux déjà terminés et les gains obtenus.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS630 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Reprendre une précision adoptée en CMP au sujet des exercices clos à compter du 1^{er} janvier 2025 sécurisera le dispositif – il existe une incertitude sur l'assiette de la nouvelle contribution.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 9 ter B modifié.

Article 9 ter C (nouveau) : Encadrement commercial et fiscal des sachets de nicotine à usage oral

Amendements de suppression AS579 de M. Thibault Bazin, AS11 de M. Jérôme Guedj, AS266 de M. Michel Lauzzana et AS556 de M. Frédéric Valletoux

M. le rapporteur général. Le Gouvernement a précisé lundi qu'une évolution devrait avoir lieu par la voie réglementaire. Je vous propose d'en prendre acte en supprimant cet article qui serait par ailleurs en grande partie un cavalier puisqu'il se place autant sur le terrain du commerce que sur celui de la fiscalité sociale.

Mme Sandrine Runel (SOC). L'amendement AS11 est défendu.

M. Michel Lauzzana (EPR). Ne nous méprenons pas pour autant : nous voulons absolument interdire ces sachets de nicotine.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous le souhaitons tous, effectivement, mais nous avons eu l'assurance du Gouvernement que ce serait fait par la voie réglementaire. Afin de mieux interdire les sachets de nicotine, ne créons pas un régime spécifique et ne reconnaissons pas leur existence dans un PLFSS. Nous veillerons ensuite à ce que le Gouvernement aille au bout de la démarche annoncée.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 9 ter C est supprimé.

Article 9 ter D (nouveau) : Augmentation de l'accise sur les produits du tabac

Amendements de suppression AS580 de M. Thibault Bazin, AS161 de M. Philippe Lottiaux et AS257 de Mme Sylvie Bonnet

M. le rapporteur général. Afin de rejoindre un chemin des possibles et d'éviter les irritants, tout en étant conscient qu'une trajectoire a déjà été calée, je vous propose de supprimer cet article, comme la CMP l'avait décidé. J'espère en outre, compte tenu de l'enjeu propre aux territoires transfrontaliers, que nous obtiendrons un jour une harmonisation fiscale européenne pour réduire la contrebande.

M. Gaëtan Dussausaye (RN). L'amendement AS161 est défendu.

M. Michel Lauzzana (EPR). Le ministre Rousseau avait dévoilé un programme antitabac et les prix ont augmenté, mais nous devrons nous repencher sur la question – j'ai déjà interrogé le nouveau ministre à ce sujet. La lutte contre le tabac est importante en matière de santé publique et les taxes comportementales ont montré leur efficacité.

M. Hendrik Davi (EcoS). Nous voterons contre ces amendements de suppression. La question du tabac est centrale pour la santé publique. On ne peut pas dire en permanence qu'il faut réduire les dépenses de santé et à chaque fois repousser des mesures visant à favoriser des comportements qui conduiront à moins de cancers – on sait quand même depuis 1959 que le tabac en produit. Il faut continuer la lutte, à la fois sur les plans de la prévention et des taxes comportementales.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 9 ter D est supprimé.

Article 9 ter : *Étendre les remises aux médicaments biosimilaires et hybrides substituables*

Amendement AS590 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Il s'agit de corriger une erreur matérielle.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 9 ter modifié.

Article 9 quater : *Taxe sur les publicités relatives aux prothèses auditives*

Amendement AS12 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet article trouve son origine dans un amendement, très pertinent, initialement déposé par notre collègue Stéphanie Rist.

M. le rapporteur général. Sa forme pose un problème légistique : vous faites référence à une « prestation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 4361-1 du code de la santé publique », mais cet alinéa n'en parle aucunement. Il faudrait donc modifier l'amendement en vue de la séance. Pour être tout à fait transparent, j'émettrai néanmoins un avis défavorable sur le fond : un taux de 40, voire 80 %, serait prohibitif.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Nous avions dit en première lecture qu'un travail était à mener, notamment au sujet de la surprescription ou surconsommation des appareils auditifs. D'un autre côté, le reste à charge zéro a permis d'augmenter l'appareillage de ceux qui en ont besoin. C'est pourquoi je n'ai pas redéposé l'amendement.

M. le rapporteur général. Une vraie question se pose, en effet, mais nous ne pouvons pas la traiter ainsi.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 9 quater non modifié.

Article 9 quinquies (nouveau) : Mention sur l'avertissement ou la mise en demeure de la faculté de se faire assister d'un conseil sous peine de nullité

Amendements de suppression AS601 de M. Thibault Bazin et AS322 de Mme Zahia Hamdane

M. le rapporteur général. Cet article risque de fragiliser complètement l'action des organismes sociaux sans apporter de garanties significatives aux cotisants. Il faut au contraire sécuriser les procédures.

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Je défends l'amendement AS322.

Lorsque l'Urssaf envoie un avertissement ou une mise en demeure à un employeur ou à un travailleur indépendant pour fraude aux cotisations sociales, la lettre doit obligatoirement mentionner qu'il peut se faire assister par le conseil de son choix. En prévoyant qu'une poursuite engagée par l'Urssaf sera nulle en l'absence de cette mention, cet article n'offre pas de protection supplémentaire aux cotisants, qui disposent déjà de garanties procédurales solides, mais fait courir le risque d'affaiblir les organismes sociaux alors que leurs missions sont plus que jamais essentielles. Selon le Haut Conseil du financement de la protection sociale, plus de la moitié des 13 milliards d'euros perdus chaque année en raison de la fraude sociale est due au travail dissimulé et seuls 10 % des sommes redressées en la matière sont recouvrées. Ce n'est pas en affaiblissant l'Urssaf, mais en la soutenant par des moyens financiers et humains à la hauteur que nous pourrons mettre fin aux dérives.

M. le rapporteur général. Je me réjouis que nous nous retrouvions sur ce point : les procédures de recouvrement doivent être fiables et sécurisées. Le maintien de cet article pourrait frapper de caducité des procédures en cours jusqu'à ce que l'Urssaf ait eu le temps de mettre à jour les formulaires.

Mme Joëlle Mélin (RN). L'Urssaf, créée avant-guerre pour assurer le recouvrement des cotisations, dispose de priviléges plus importants que ceux des services fiscaux. L'Urssaf est le premier pourvoyeur de faillites dès lors que des acteurs se trouvent dans l'impossibilité de remettre leur situation au carré, mais il est bien normal de lui donner la possibilité d'agir contre la fraude, même si certains ne l'acceptent pas. Il est tout aussi normal de pouvoir se faire accompagner par un conseil. Cela ne fragilise rien : c'est ce que prévoit notre droit et certains cas sont quand même un peu litigieux.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 9 quinquies est supprimé.

Article 9 sexies (nouveau) : Limitation à trois mois de la durée de suspension du délai de prescription des cotisations dans le cadre d'un contrôle

Amendement de suppression AS602 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet article inciterait à privilégier la célérité des procédures au lieu d'organiser des échanges approfondis avec les cotisants. Il faudrait trouver un juste équilibre.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 9 sexies est supprimé.

Article 9 septies (nouveau) : *Mention, parmi les éléments obligatoires dans une contrainte, de l'information selon laquelle le cotisant peut se faire assister du conseil de son choix*

Amendement AS603 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Il s'agit de conforter la sécurité juridique des modifications apportées en première lecture qui prévoient que les contraintes notifiées aux cotisants par les organismes chargés du recouvrement mentionnent la possibilité d'être accompagné d'un conseil. Je propose de renvoyer à un arrêté ministériel la définition des modalités selon lesquelles cette mention figurera et de reporter au 1^{er} janvier 2026 l'entrée en vigueur de la mesure, de manière à laisser aux organismes de recouvrement le temps nécessaire pour adapter les formulaires.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 9 septies modifié.

Article 10 : *Compensation par l'État des pertes de recettes pour la sécurité sociale*

La commission adopte l'article 10 non modifié.

Article 10 bis (nouveau) : *Fixation en loi de financement de la sécurité sociale du montant de la minoration de la compensation des allégements généraux à l'Unedic*

Amendement AS569 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Je vous propose d'enlever toute référence aux lois de financement de la sécurité sociale. Seule une loi organique peut en modifier le contenu et le champ.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 10 bis modifié.

Article 11 : *Approbation, pour l'année 2025, des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse*

Amendement de suppression AS480 de Mme Zahia Hamdane

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous devons discuter, ce qui est un peu étonnant, d'un tableau d'équilibre qui n'est plus équilibré compte tenu de nos votes. Nous avons heureusement empêché la création d'une deuxième journée de solidarité et le gel des pensions de retraite. Le déficit ne sera donc pas de 15 milliards d'euros, et cet article n'est qu'une sorte de brouillon.

Par ailleurs, beaucoup de moyens de pourvoir aux besoins de financement ne sont pas utilisés, notamment du côté de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Sans aller jusqu'à récupérer l'ensemble des versements qui lui sont destinés, plusieurs milliards d'euros pourraient être directement versés à la sécurité sociale, plutôt qu'aux créanciers. Par ailleurs, les soutiens publics aux très grandes entreprises sont passés de 3 à 6 % du PIB en vingt ans. En matière d'impôt sur les sociétés, de TVA, de cotisations foncières, d'imposition forfaitaire annuelle, de droit de timbre, de taxe sur les salaires ou d'autres cotisations, des marges peuvent être exploitées.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Votre lecture de ce qui s'est passé ces dernières semaines est un peu biaisée. Vous pensez que les derniers votes ont provoqué un déséquilibre, mais c'est la censure qui y a conduit en premier lieu. S'agissant des recettes et des dépenses, nous n'avons pas les mêmes solutions. Vous imaginez recourir à la Cades, mais attention : sa situation est très inquiétante. Les déficits de ces dernières années – je m'exprime sous le contrôle de Stéphanie Rist – ont conduit à une accumulation de la dette et il faudra permettre de l'amortir.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous avions adopté 17 milliards d'euros de recettes en plus au mois de novembre, mais vous avez voté contre. À vous d'assumer le déficit maintenant. Je maintiens, par ailleurs, que des gaspillages importants existent lorsque 6 % du PIB est consacré à des aides aux entreprises – c'est un taux énorme, on dirait un score des LR aux élections législatives !

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS489 de Mme Élise Leboucher et AS483 de M. Damien Maudet (discussion commune)

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Rétablissons un peu la vérité au sujet de la dette sociale. Le tableau que nous avons sous les yeux laisse penser que la sécurité sociale serait déficitaire de 15 milliards d'euros, mais l'article 12 fait état d'un objectif d'amortissement de la dette sociale de 16,28 milliards en 2025. Elle a été artificiellement gonflée en 2020 quand l'État a transféré 136 milliards de dette à la Cades, en grande partie à la suite des mesures de soutien à l'activité économique lors de la pandémie, alors qu'il aurait pu prendre en charge les déficits, comme l'ont fait la plupart de nos voisins européens. Faire porter cette dette par la sécurité sociale est injuste, car cela revient à maintenir la contribution pour le remboursement de la dette sociale, qui fait peser le même taux d'imposition sur tous les revenus. On prive ainsi notre système de protection et de solidarité sociale de milliards d'euros, on

nourrit le discours sur un trou de la sécurité sociale que l'État a lui-même créé et on justifie des budgets toujours plus austéritaires.

M. le rapporteur général. Oui, il existe une dette covid, mais vous n'allez tout de même pas en parler pendant dix ans et toute la dette de la Cades n'est pas liée à cela. La dette au titre de la caisse nationale des Urssaf s'élève à 37 milliards d'euros pour 2023 et 2024, alors que les dépenses exceptionnelles liées à la covid étaient alors d'à peine 1 milliard.

Avis défavorable.

Mme Joëlle Mélin (RN). S'agissant de la dette dite « covid » de la Cades et des 136 milliards d'euros budgétés en 2020, 2021 et 2022, je rappelle qu'il y avait quand même 13 milliards de dette des hôpitaux et 31 milliards de dette qui restaient à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) en 2019. Sans prolonger trop longtemps la discussion, il faut dire d'où vient la dette. Nous nous abstiendrons sur ces amendements, mais nous voterons contre l'article 11.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous allons parler de la dette liée au covid pendant dix ans, monsieur le rapporteur général, ne serait-ce que parce qu'il faut la rembourser !

Nous ne partageons pas votre analyse. Stéphanie Rist et moi-même l'expliquons dans le rapport que nous avons remis sur le sujet : le problème est que la dette covid qu'on fait supporter à la sécurité sociale comprend le coût de mesures qui, à l'instar du report d'échéances de versement des cotisations sociales et de l'activité partielle, n'ont rigoureusement rien à voir avec des dépenses de sécurité sociale. Si cette fraction de la dette roulait plutôt que d'être intégrée au régime de la sécurité sociale – donc d'être soumise à une logique de remboursement avec un terme précis –, quelques milliards pourraient être mobilisés immédiatement pour la sécurité sociale.

M. Jérôme Guedj (SOC). Il est légitime que nous débattions de ces sujets à l'occasion du PLFSS, d'autant qu'avant la fin de l'année, la commission sera immanquablement saisie d'un projet de loi organique visant à réaffecter cette dette à la Cades. La question de la régénération permanente de la dette est posée.

D'où vient cette dette ? Non pas d'une explosion des dépenses – nous arrivons à les contrôler – mais d'une crise du financement de la sécurité sociale. La cause est double : d'une part, les recettes sont insuffisantes du fait des exonérations de cotisations sociales ; d'autre part, le Ségur de la santé non financé représente 14 milliards d'euros par an, soit le montant du déficit de l'assurance maladie. Les soignants ont été augmentés – c'était nécessaire –, mais les ressources correspondantes n'ont pas été affectées.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Vous avancez toujours les mêmes explications mais vous ne pouvez pas nier que le vieillissement de la population accroît les besoins – donc les dépenses – sans contribuer aux recettes. Cela pose une

question de société : comment financer le dispositif dans un contexte de transition démographique ? Les actifs ne sont pas assez nombreux pour supporter à eux seuls le financement. Tout ne peut pas reposer sur le travail, quelles que soient nos positions à ce sujet – réduire les exonérations pour les uns, le coût du travail pour les autres.

M. le rapporteur général. Nous débattrons évidemment de la dette, qui ne s'éteindra pas demain. Nous pouvons regretter que le relatif retour à l'équilibre de 2019 ait été mis à mal par des éléments conjoncturels et structurels.

D'où vient la dette, demandez-vous ? Elle a de multiples causes, dont une que vous n'évoquez pas : le taux d'emploi, en particulier des seniors. Si nous avions celui de l'Allemagne, nous aurions 15 milliards d'euros de cotisations supplémentaires et 5 milliards de prestations en moins.

Par ailleurs, il faudra effectivement réaffecter de la dette à la Cades.

Nous avons besoin d'une trajectoire la plus vertueuse possible et le levier de l'emploi est fondamental pour réussir. J'ajoute que l'absence de PLFSS agrave la situation des comptes sociaux : l'incertitude et l'instabilité nuisent aux investissements, par conséquent à l'activité, à l'emploi et aux cotisations.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle rejette l'article 11.

Article 12 : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du Fonds de réserve pour les retraites et du Fonds de solidarité vieillesse

Amendement de suppression AS493 de Mme Zahia Hamdane

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Nous souhaitons supprimer cet article, qui fixe les objectifs d'amortissement de la dette sociale par la Cades et les prévisions de recettes du Fonds de réserve pour les retraites. Nous défendons plutôt l'extinction de la Cades, la réintégration de ses engagements financiers dans le budget de l'État pour faire rouler la dette – notamment celle qui est liée au covid –, et la réinjection des sommes détournées au bénéfice des branches du régime général.

M. le rapporteur général. Votre amendement contrevient à la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Je partage votre avis sur un point : nous consacrons un montant excessif – 19 milliards d'euros – au remboursement de la dette sociale. Nous divergeons en revanche quant à la solution : je crois qu'il faut respecter nos engagements et rembourser la dette, non pas pour faire plaisir aux créanciers, mais pour les générations futures.

Avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Au-delà du fait que le cantonnement de la dette est hautement critiquable, vous soulevez un débat crucial : comment trancher entre le rythme de remboursement de la dette et les besoins sociaux ? De mon point de vue, le curseur penche bien trop vers le remboursement rapide des créanciers, au détriment des moyens dont la sécurité sociale a besoin.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS497 de M. Damien Maudet

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Puis elle rejette l'article 12.

Article 13 : Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes et allongement de la durée des ressources non permanentes auxquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut recourir

Amendement AS502 de Mme Zahia Hamdane

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Nous proposons que l'Acoss se finance prioritairement par l'emprunt auprès de la Caisse des dépôts et consignations. Depuis 2021, en effet, elle se finance uniquement sur les marchés financiers et son résultat financier s'est fortement dégradé du fait de la remontée des taux d'intérêt.

M. le rapporteur général. J'ai d'abord trouvé votre idée intéressante, mais à y regarder de plus près, c'est par souci de bonne gestion de la trésorerie de la sécurité sociale que l'Acoss se finance principalement auprès des marchés. Ces financements de court terme offrent une flexibilité qui lui permet d'ajuster le volume de ses emprunts. Nous aurons besoin de 65 milliards d'euros en 2025, contre 45 millions en 2024. Il n'est pas certain que la Caisse des dépôts puisse lui accorder des prêts dans de telles proportions sans compromettre ses autres activités de prêt, qui soutiennent des politiques publiques.

Enfin, le relèvement de la durée maximale des emprunts de l'Acoss lui donne des marges de manœuvre supplémentaires pour faire face à la situation actuelle. Avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous sommes surtout favorables aux plans de reprise tels qu'ils ont été pratiqués entre 1976 à 1993, avant le plan Juppé : la Caisse des dépôts et le Trésor faisaient des avances à des taux inférieurs à ceux du marché. C'est le système que nous préconisons.

Mme Joëlle Mélin (RN). Le PLFSS prévoit de porter le plafond d'emprunt de l'Acoss au niveau phénoménal de 65 milliards d'euros, contre 13 milliards en

2010. Il y a là un authentique problème qui doit nous alerter et nous inviter à repenser le statut de l'Acoss. Celle-ci n'est d'ailleurs pas l'organisme centralisateur qu'on prétend : les systèmes informatiques qui font le lien entre les comptables locaux et nationaux ne sont ni achevés, ni performants. Comment en est-on arrivé là ?

Pour le reste, porter la durée d'emprunt de douze à vingt-quatre mois ne nous gêne pas plus que cela. Nous nous abstiendrons à ce sujet.

M. le rapporteur général. Rien n'empêche l'Acoss de faire appel à la Caisse des dépôts à l'avenir si cela s'avère plus intéressant. Nous lui donnons de la flexibilité.

Je partage votre préoccupation, madame Mélin. Cette explosion tient à l'absence de reprise de dette. La loi spéciale que nous avons adoptée à l'unanimité ne prévoit pas de plafond d'emprunt. Il est proposé d'en fixer un pour éviter les dérives ; c'est aussi le rôle de contrôle du Parlement.

M. Michel Lauzzana (EPR). Certains dénoncent une financiarisation, mais heureusement que nous pouvons emprunter sur les marchés pour faire fonctionner le pays ! Nous ne pourrions pas, sinon, payer les fonctionnaires et tout ce qui doit l'être. Le Trésor négocie très bien. Mieux vaudrait évidemment éviter les déficits, mais pour cela, il faudrait arrêter de proposer sans cesse des dépenses !

M. Philippe Vigier (Dem). Les auteurs de l'amendement préconisent que l'Acoss se finance par l'emprunt plutôt que sur les marchés financiers, mais quand on emprunte, que je sache, c'est toujours auprès de quelqu'un. S'il s'agit de mettre en concurrence la Caisse des dépôts et les marchés financiers, prenez garde : ces derniers peuvent proposer des opérations bien plus favorables et tout autant sécurisées que la CDC, dont les taux sont indexés.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 13.

Article 14 : Approbation de l'annexe pluriannuelle

Amendement AS596 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Nous abordons une série d'amendements qui visent à tirer les conséquences des votes de la commission concernant les données présentées dans l'annexe. Je suis favorable à ce que nous modifiions celle-ci pour tenir compte de nos votes, mais je ne souhaite pas que nous supprimions des éléments qui ne relèvent pas de notre compétence de législateur mais du pouvoir réglementaire – comme la hausse des taux de cotisation à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales – ou dont nous n'aurions pas voté précédemment la suppression.

L'amendement AS596 tire ainsi les conséquences des amendements de suppression déposés à l'article 23 afin de tenir compte, dans l'annexe, de la revalorisation des pensions de retraite intervenue le 1^{er} janvier 2025. Il appartiendra au Gouvernement d'actualiser en séance les prévisions chiffrées de l'annexe au regard de la situation actuelle.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS597 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Dans un souci de sincérité et de cohérence avec l'amendement de suppression de l'article 7 bis A, cet amendement tire les conséquences de la suppression de la seconde journée de solidarité.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS504 de Mme Élise Leboucher

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous souhaitons inscrire des hypothèses plus sérieuses de croissance et de progression de la masse salariale, en phase avec le retournement de cycle et le recul de l'activité économique qui sont à l'œuvre. L'objectif est de donner un fondement plus solide aux prévisions de recettes et de dépenses, loin du village Potemkine de la Macronie. Les chiffres sont maquillés – ou enjolivés, si vous préférez – et surestiment les recettes. Vous prendrez ce prétexte pour repousser les amendements qui visent à couvrir les besoins de la sécurité sociale et à maintenir le niveau d'indemnisation de nos concitoyens.

M. le rapporteur général. Je ne cherche pas à maquiller quoi que ce soit mais à sincériser le PLFSS ; or les dernières prévisions tablent sur une croissance de 0,9 %. Si le budget est à nouveau censuré et que nous n'avons pas de PLFSS, les conséquences socio-économiques pourraient être dramatiques pour le pays, avec des destructions d'emplois, et votre prévision de 0,3 % pourrait devenir réalité. Cela nous ferait encourir une récession, ce que je ne souhaite pas.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Dans un contexte d'incertitude, les estimations doivent-elles taper trop haut, quitte à manquer de recettes pour mener les politiques, ou trop bas, quitte à avoir des bonnes nouvelles ? Votre prudence me laisse penser que vous préférez viser un peu en dessous qu'au-dessus.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS531 de M. Hadrien Clouet

M. Damien Maudet (LFI-NFP). Il s'agit de supprimer la ligne présentant la projection pluriannuelle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) jusqu'en 2028, dont dépend le budget des hôpitaux et des établissements de santé.

La Commission des comptes de la sécurité sociale, mais aussi le cardiologue Olivier Milleron, qui travaille sur ce sujet, André Grimaldi et de nombreux autres économistes s'accordent à dire que la hausse mécanique des dépenses des hôpitaux et des établissements de santé, liée au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques et au coût des traitements, est de 4,5 % par an. La projection qui nous est proposée est systématiquement inférieure, ce qui traduit un sous-financement. Elle empêchera de respecter la loi instaurant un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé que nous avons votée la semaine dernière. Rappelons enfin que le déficit des hôpitaux atteint 3,5 milliards d'euros et que 80 % des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont déficitaires. Je ne vois pas comment vos projections permettront de remettre l'hôpital à flot.

M. le rapporteur général. Vous pouvez questionner les prévisions, mais il est souhaitable que nous ayons une trajectoire. Faisons preuve de sérieux budgétaire et de responsabilité ; il faut savoir où l'on va.

Nous n'avons pas toujours respecté les prévisions pluriannuelles de l'Ondam ; elles ont évolué et l'Ondam a été régulièrement rectifié. L'outil de pilotage doit certainement être amélioré, mais nous ne pouvons pas supprimer cette information importante mise à la disposition des parlementaires.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

M. Michel Lauzzana (EPR). Saluons déjà l'effort qui a été fait. L'Ondam hospitalier, en particulier, a été nettement revalorisé. Ce n'est jamais assez pour certains, qui demandent toujours plus d'argent ; mais à force d'en mettre toujours plus, l'ensemble risque de s'effondrer comme un trou noir. Un rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) montre que le système de santé pourrait réaliser 20 % à 25 % d'économies grâce à des réformes de structure. Il ne suffit pas d'accorder des moyens, il faut s'assurer qu'ils sont bien utilisés.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je suis effaré que certains veuillent supprimer des projections pluriannuelles. Les responsables d'hôpitaux de mon territoire demandent justement une visibilité sur plusieurs années. Le pilotage est la base des politiques publiques : on se projette et on se donne des objectifs. Les propos qui ont été tenus me conduisent à m'interroger sur la capacité de certains à gouverner et à prendre des responsabilités.

Par ailleurs, imposer des ratios de soignants par patient, c'est avec certitude judiciariser et bloquer l'hôpital. Les hôpitaux font aux mieux avec les effectifs dont ils disposent. Ne durcissons pas le cadre dans lequel ils exercent.

M. Damien Maudet (LFI-NFP). La hausse de 4,5 % des dépenses des hôpitaux et des établissements de santé, confirmée par de nombreux économistes, est un minimum, un plancher. Vous sous-financez donc ces établissements.

Vous affirmez qu'il a des économies à faire, monsieur Lauzzana, mais jamais vous n'avez proposé aucun amendement en ce sens. Cela fait huit ans que vous êtes aux responsabilités et vous n'avez toujours pas trouvé la formule. Depuis le temps que vous annoncez un plan pour remettre l'hôpital à flot sans débourser d'argent, nous ne voyons rien venir.

Pour recruter dans les hôpitaux, monsieur Turquois, il faut améliorer les conditions de travail – par exemple, réduire le nombre de patients par soignant. Quand vous prenez votre service aux urgences de Limoges avec vingt patients, cela a de quoi vous décourager ! La loi a été votée, il faut se donner les moyens de la respecter.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS526 de Mme Élise Leboucher

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Nous souhaitons préciser le financement de la stratégie décennale 2024-2034 en matière de soins palliatifs. La fin de vie est trop souvent synonyme d'inégalités territoriales : vingt et un départements, dont le mien, la Sarthe, ne disposent pas d'unité de soins palliatifs. La moitié des besoins ne sont pas couverts.

Le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie examiné au printemps 2024 aurait dû permettre de préciser la stratégie nationale pour le développement des soins d'accompagnement. La dissolution a interrompu ces discussions essentielles qui auraient permis, par exemple, de développer les soins d'accompagnement dans les établissements médicaux et médico-sociaux ainsi qu'à domicile. Pour rappel, alors que 80 % des Français souhaitent mourir chez eux, 70 % des décès ont lieu à l'hôpital. Alors que le Premier ministre a multiplié les propos mensongers et déformants, je tiens à rappeler que le renforcement des soins palliatifs et l'ouverture de l'aide médicale à mourir sont deux piliers complémentaires. Nous devons pouvoir répondre à toutes les situations de fin de vie.

M. le rapporteur général. Votre amendement me plaît sur le fond. J'entends l'appel que vous lancez – j'ai d'ailleurs déposé en 2023 une proposition de loi de programmation pour le développement des soins palliatifs. Nous sommes nombreux à partager votre préoccupation.

Le déploiement des soins palliatifs est engagé, mais certains territoires restent dépourvus. Il faut que les moyens suivent – les moyens financiers, certes, mais aussi les moyens humains, les compétences et la formation. À mon grand regret, aucun article du PLFSS ne fait référence à ces sujets.

Je maintiens ma position de principe consistant à ne modifier l'annexe que pour tirer les conclusions des votes que nous avons eus en commission. Avis défavorable.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous consacrons beaucoup de temps à un article qui n'a aucune portée législative. La valeur de l'annexe est proche de zéro, quasi symbolique.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Quand nous parlons de finances, on nous renvoie à l'humain, mais quand nous évoquons les effectifs, on nous répond que le véhicule n'est pas le bon. Nous sommes donc un peu coincés, empêchés d'aller plus loin.

Certains affirment que nous dépensons déjà des mille et des cents en faveur de l'hôpital et de la santé. Je ne pensais pas que nous nous livrions à un quelconque gaspillage dans ce domaine, mais j'ai voulu vérifier, en toute bonne foi, et j'ai donc consulté le *Panorama de la santé 2023* publié par l'OCDE. Le graphique 7.5, présenté à la page 159, permet de comparer les dépenses de santé par habitant ajustées en fonction de l'âge : il montre que la France dépense moins que les États-Unis, l'Allemagne, la Norvège, les Pays-Bas, la Suisse, l'Irlande, la Belgique, la Nouvelle-Zélande ou le Canada. La France ne fait donc pas partie des pays de l'OCDE qui dépensent le plus en matière de santé. Au contraire, la sécu nous permet de bien maîtriser nos dépenses par rapport au service rendu.

La commission adopte l'amendement.

Amendements AS506 de M. Damien Maudet et AS521 de M. Hadrien Clouet (discussion commune)

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Par ces deux amendements, nous voulons rendre nos textes législatifs conformes au souhait réitéré par l'immense majorité du peuple français à l'occasion des dernières élections. La plupart de nos concitoyens désapprouvent le report à 64 ans de l'âge légal de départ à la retraite ; aussi les députés appartenant à notre plateforme politique entendent-ils faire voter par tous les moyens possibles, dans tous les véhicules disponibles, l'abrogation de cette réforme.

M. le rapporteur général. Ces amendements et les suivants portent sur des sujets qui seront abordés dans le cadre de la concertation des partenaires sociaux annoncée par le Premier ministre à propos de la réforme des retraites. Il appartiendra au Gouvernement de se saisir des résultats de ce « conclave » et de déposer un projet de loi au Parlement. J'ai lu avec attention vos amendements d'appel, qui ne m'ont pas surpris, et j'attends moi-même que nous discutions d'un certain nombre de sujets importants, que le Premier ministre a mis sur la table, tels que les droits familiaux, les droits conjugaux, l'égalité professionnelle ou la pénibilité, mais cette annexe du PLFSS n'est pas le bon véhicule – autrement dit, c'est un véhicule qui ne circule pas ! Je comprends que vous cherchiez des victoires symboliques, mais ce qui compte, ce sont les actes concrets. Ne trompons pas les Français !

Demande de retrait.

M. Gaëtan Dussausaye (RN). Ces excellents amendements s'inspirent d'une proposition de loi que nous avions inscrite à l'ordre du jour de notre niche parlementaire, le 31 octobre dernier. La majorité de l'Assemblée nationale ne réclame pas une concertation susceptible de conduire à l'abrogation de la réforme des retraites, mais l'abrogation pure et simple de cette dernière. D'ailleurs, 55 % des députés siégeant dans notre hémicycle ont été élus sur cette promesse.

M. Nicolas Turquois (DEM). J'ose à peine m'exprimer car je crains de recevoir à nouveau 2 000 à 3 000 courriels d'injures ou de contestations, mais je trouve totalement déplacé de remettre ce sujet au cœur des débats. Comme l'a dit le rapporteur général, ces amendements ne sont qu'incantatoires : ils ne construisent rien. J'y suis donc fermement opposé.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Vous dites, monsieur le rapporteur général, qu'il appartiendra au Gouvernement de déposer un projet de loi, mais il ne nous laisse même pas examiner les textes qui arrivent à l'Assemblée nationale. Il sabote les séances de niche en faisant traîner les débats jusqu'à minuit pour que nous ne puissions pas discuter du fond ; sur d'autres textes, il utilise l'article 49, alinéa 3, de la Constitution pour nous empêcher de voter. Vous n'y êtes pour rien, monsieur Bazin, mais comprenez que nous n'avons dans le Gouvernement qu'une confiance relativement réduite ! Vous nousappelez à ne pas tromper les Français, mais ils se sont fait avoir : aux dernières élections, ils ont voté à une grande majorité pour des candidats favorables à l'abrogation de la réforme des retraites, mais ils se retrouvent avec un gouvernement qui la maintient. Même si ce véhicule ne circule pas, même s'il n'a pas de roues, il a au moins le mérite d'exister.

Mme Annie Vidal (EPR). Lorsque nous discutons du PLFSS, nous devons faire preuve d'un minimum de responsabilité. Si ce texte emblématique doit refléter la politique publique que nous souhaitons mener, il n'en reste pas moins très technique. Modifier une annexe n'a jamais permis de changer la loi. Vous ne donnerez que des coups d'épée dans l'eau, mais au moins pourrez-vous publier votre capsule vidéo sur les réseaux sociaux.

Vous nous donnez des leçons concernant les niches parlementaires, mais malgré votre mauvaise foi permanente, nous avons voté jeudi dernier l'un de vos textes, dont la date d'entrée en vigueur est déjà obsolète et dont vous dites désormais qu'il n'est pas applicable. Un peu de sérieux ! De quoi avons-nous l'air ? Les Français attendent que nous soyons responsables et que nous dotions la France d'un budget.

Mme Sandrine Runel (SOC). Il me semble au contraire très sérieux de débattre de l'abrogation de la réforme des retraites en commission des affaires sociales. Dans l'attente des résultats du conclave, ne perdons pas une occasion d'essayer d'abroger cette réforme injuste ! Notre groupe soutiendra donc ces amendements, que nous avions d'ailleurs nous-mêmes déposés en première lecture.

La commission adopte l'amendement AS506.

En conséquence, l'amendement AS521 tombe.

Amendements AS28, AS30 et AS29 de Mme Océane Godard (discussion commune)

M. Joël Aviragnet (SOC). Dans sa lettre du 16 janvier 2025 adressée aux présidents Boris Vallaud et Patrick Kanner, le Premier ministre a promis d'organiser une conférence sociale sur la réforme des retraites. Il a précisé devant l'Assemblée nationale : « *Cette conférence sociale permettra, nous le croyons, de déboucher sur un accord. Nous le croyons parce que nous croyons, tout comme vous, j'imagine, à la capacité des partenaires sociaux à progresser. La démocratie sociale est un des piliers de la démocratie française [...].* » Vous conviendrez, monsieur le rapporteur général, qu'un tel engagement mérite de figurer dans le texte législatif lui-même. Aussi notre amendement AS28 vise-t-il à inscrire noir sur blanc, dans l'annexe du PLFSS, le principe d'une conférence sociale sur la réforme des retraites, en précisant ses modalités et la suite concrète qui sera donnée à ses conclusions. Nous renforcerons ainsi la démocratie sociale, comme le souhaite le Premier ministre, et nous respecterons les engagements pris devant les Français.

Je retire nos deux autres amendements, AS30 et AS29.

M. le rapporteur général. Je comprends votre attente, d'autant qu'il me semble que votre groupe a eu des discussions très intenses avec le Premier ministre. Pour ma part, je n'ai pas reçu, à ce stade, d'amendements du Gouvernement visant à modifier l'annexe – peut-être y en aura-t-il ultérieurement, en fonction de l'avancée des discussions.

Votre amendement me gêne car il ne me paraît pas conforme à la Constitution, qui donne au seul Gouvernement le pouvoir d'inscrire un projet de loi à l'ordre du jour du Parlement. J'aurais été plus à l'aise si le Gouvernement avait d'ores et déjà traduit, par des amendements, ses intentions sur un certain nombre de sujets. Il a notamment pris des engagements s'agissant de l'Ondam, qui devra être rectifié, si j'en crois certains échanges de courriers – mais je relève que vos demandes dépassent parfois ce qui figure dans ces lettres... Pour ma part, je suis spectateur de cette négociation. J'espère simplement qu'elle se fait dans l'intérêt de la France. Je tiens à ce que les rôles de chacun soient clairs : n'étant pas le représentant du Gouvernement, mais le rapporteur général de notre commission, je donne à votre amendement un avis défavorable.

M. Gaëtan Dussausaye (RN). Je comprends votre volonté d'inscrire noir sur blanc la tenue de cette conférence, puisque les négociations sont *a priori* suspendues entre le Gouvernement et votre groupe, qui a été « submergé » par la réalité. Il est évident que cette annexe est pour vous une sorte de plan B.

Nous allons vous soutenir, mais puisque vous parlez d'engagement, je vous rappelle que le vôtre, pendant la campagne des dernières élections législatives, n'était pas d'organiser une conférence, mais de revenir sur le report de deux ans de l'âge légal de départ à la retraite. Lors de notre dernière niche parlementaire, nous

vous avons donné l'occasion d'obtenir l'abrogation de cette réforme, mais vous avez refusé de voter notre texte, main dans la main avec les macronistes.

La commission adopte l'amendement AS28, les amendements AS30 et AS29 ayant été retirés.

Amendement AS524 de Mme Zahia Hamdane

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). « Enfin vivre ! » Tel était le slogan de la gauche qui, en 1981, rendait justice aux travailleurs en instaurant la retraite à 60 ans. Voilà un principe que nous, Insoumises et Insoumis, continuons de faire nôtre : travailler moins, travailler mieux, pour travailler toutes et tous. La retraite n'est pas l'antichambre de la mort, mais une nouvelle étape de la vie, et souvent de la vie associative, citoyenne et politique.

L'abandon de la retraite à 60 ans est une folie. De fait, l'espérance de vie en bonne santé est en moyenne de 63 ans, la trajectoire des dépenses de l'assurance vieillesse est maîtrisée, selon le Conseil d'orientation des retraites, et le report de l'âge légal de départ aggrave le chômage des seniors.

Quoi qu'il en soit, nous avons un mandat populaire pour abroger la retraite à 64 ans, puisque 93 % des actifs sont opposés à cette réforme. Nous allons donc une nouvelle fois montrer que nous sommes majoritaires pour l'abroger.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà eu ce débat. Cette disposition n'aurait aucun impact dans l'annexe. Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS530 de M. Damien Maudet

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). En 2023, lors de la Conférence nationale du handicap, le Président de la République a annoncé un plan de développement pluriannuel ambitieux prévoyant la création, d'ici à 2030, de 50 000 nouvelles solutions pour les enfants et adultes en situation de handicap. Cette annonce paraît cependant beaucoup moins ambitieuse quand on la met en perspective avec le désengagement de l'État de la politique publique du handicap. Pourquoi avoir mis l'accent sur la transformation de l'offre, alors que le Collectif Handicaps juge cette dernière inexistante et que l'attente d'une solution d'accueil peut durer de deux à quinze ans ? Il convient donc avant tout de développer l'offre et, pour ce faire, de prévoir les financements adéquats. Aussi proposons-nous de sanctuariser l'enveloppe de 1,5 milliard d'euros promise pour permettre le déploiement du plan « 50 000 solutions » par les agences régionales de santé (ARS). Au-delà de ces mesures, nous appelons de nos voeux la mise en œuvre d'une politique ambitieuse, passant par un renforcement important des moyens dédiés à l'accompagnement des adultes et des enfants en situation de handicap, en établissement comme à domicile.

M. le rapporteur général. Ce sujet me tient à cœur. J'ai d'ailleurs présidé, lors de la précédente législature, le groupe d'études sur l'autisme et j'aurai plaisir à poursuivre ces échanges avec vous. Si nous arrivons à mieux traiter les personnes en situation de handicap, c'est toute la société qui progressera.

La Conférence nationale du handicap a effectivement adopté un plan ambitieux. Toutefois, le montant que vous évoquez concerne la transformation de l'espace public et des transports en commun pour faciliter leur accessibilité – un enjeu certes majeur, mais qui passe notamment par une aide à l'investissement des collectivités locales et ne relève pas à proprement parler du PLFSS.

Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous soutenons évidemment cet amendement.

Nous avions fait voter en première lecture de nombreux amendements à l'annexe, que nous n'avons toutefois pas redéposés en nouvelle lecture. Je pense notamment à un amendement réitérant notre demande d'une loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge. Pourrions-nous nous concerter, avant l'expiration du délai de dépôt des amendements en séance publique, demain à seize heures, afin de déposer un amendement commun qui nous permettrait de rappeler aux ministres concernés, dans l'hémicycle, que les parlementaires ont voté à l'unanimité, dans le cadre de la loi « bien-vieillir », le principe d'une loi de programmation qui aurait dû être promulguée avant le 31 décembre 2024 ? Nous réitérons notre demande d'une telle loi, adossée à la tenue d'une conférence de financement. En effet, le problème du financement du grand âge ne doit pas être abordé par le petit bout de la lorgnette, comme on le fait en proposant d'instaurer sept heures de travail non rémunérées, mais en passant en revue toutes les ressources susceptibles d'être mobilisées.

Nous voterons contre la deuxième partie du PLFSS. Amputée de ses articles 6 et 7, elle ne permet de dégager aucune recette nouvelle, alors que nous en avons grand besoin pour financer toutes les dépenses que nous jugeons nécessaires.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle rejette l'article 14.

Elle rejette ensuite l'ensemble de la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, modifiée.

TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2025

TITRE I^{er} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Article 15 : Réguler les dépenses dans le champ conventionnel

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS509 de Mme Zahia Hamdane.

Amendement AS324 de Mme Élise Leboucher

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous nous opposons aux politiques de restrictions budgétaires imposées au secteur du transport sanitaire. L'augmentation des frais de transport n'est pas liée à je ne sais quelle gabegie ou dépense inutile, mais aux problèmes d'aménagement du territoire, à la concentration des centres hospitaliers et à l'éloignement des lieux de soins. Les entreprises de transport sanitaire, les ambulanciers et les taxis expliquent bien que la diminution du nombre de lieux de prise en charge de proximité entraîne, à pathologies constantes, un allongement des distances parcourues et donc un accroissement des dépenses. Dès lors, il nous paraît inutile, inefficace et même contre-productif de pénaliser celles et ceux qui font exister ce système. Si l'on baisse les tarifs applicables aux taxis, ces derniers n'auront plus les moyens de transporter les patients : pour faire des économies de bout de chandelle, on va détériorer un système qui fonctionnait bien, et nos concitoyens vont renoncer aux soins.

M. le rapporteur général. Comme un certain nombre de nos collègues, je suis l'élu d'une circonscription rurale comprenant de très nombreuses communes. Je suis donc très soucieux de l'aménagement du territoire, une question liée à celle de l'accès aux soins.

Même les entreprises concernées admettent que des économies peuvent être réalisées dans le secteur des transports sanitaires. La dépense totale a atteint 6,3 milliards d'euros en 2023, soit une hausse de 9 % par rapport à 2022. Il ne s'agit cependant pas de faire des économies en donnant aveuglément des coups de rabot ; au contraire, il faut étudier les choses de manière assez fine. Depuis mon élection comme rapporteur général, il y a une semaine, j'ai tenu à rencontrer le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), à qui j'ai demandé de veiller à ne pas pénaliser les transports sanitaires si essentiels à nos territoires ruraux.

Je suis défavorable à votre amendement, mais j'appelle au report de la date butoir fixée pour la conclusion d'un accord avec les représentants du secteur, afin de donner du temps à la négociation, qui n'a d'ailleurs pas encore commencé. Le directeur général de la Cnam lui-même m'a indiqué qu'il avait besoin de ce temps.

Nos échanges doivent permettre de préciser l'intention du législateur s'agissant du mandat donné au directeur général de la Cnam dans cette négociation.

Il nous faut donc clarifier les objectifs qu'il doit viser et les principes qui doivent le guider. Il convient de lutter contre les excès et les abus qui choquent nos concitoyens, tout en évitant, je le répète, les coups de rabot aveugles.

Mme Joëlle Mélin (RN). J'aurais aimé que vous teniez le même discours vis-à-vis des entreprises d'ambulances, qui ont toutes arrêté, les unes après les autres, de faire rouler leurs véhicules sanitaires légers (VSL). Elles offrent pourtant un service médical tout à fait reconnu, dont la qualité est garantie par le suivi de formations obligatoires. Elles subissent actuellement un mouvement de financiarisation majeur, qui concernera aussi bientôt les taxis. Je comprends que l'on aide ces derniers, au nom du maillage territorial, mais il aurait également fallu soutenir les ambulanciers, car la diminution du nombre de VSL en service pose de gros problèmes en matière d'accès aux soins.

M. Joël Aviragnet (SOC). Dans ma circonscription, de plus en plus de transports sanitaires doivent être organisés vers Toulouse, faute de médecins sur place. Les transporteurs doivent évidemment attendre le patient : lorsqu'ils viennent de Saint-Gaudens, à 90 kilomètres de la métropole, ils n'ont pas la possibilité d'assurer une autre course. Or, pour une distance inférieure à 100 kilomètres, ce temps d'attente n'est pas pris en compte par l'assurance maladie. S'il n'est pas rémunéré, il n'y aura bientôt plus d'accès aux soins ! Je veux bien que l'on fasse des économies, mais pas de manière absolue ni sans tenir compte de la réalité des territoires ruraux.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je souscris aux propos de M. Aviragnet : en milieu rural, nous avons besoin d'une offre de véhicules de transport sanitaire. Cependant, les transporteurs eux-mêmes admettent que certaines pratiques sont vertueuses tandis que d'autres ne le sont pas : ils déplorent notamment les changements d'affectation, ou le fait que les prescriptions de transport assis soient assurées comme du transport couché. Nous devons donc donner au directeur général de la Cnam le mandat d'examiner ces pratiques, de les évaluer et de les adapter à la réalité des territoires.

L'intervention de Mme Mélin m'a rendu perplexe, car je pensais que les transports sanitaires incluaient les ambulances. Mais peut-être n'ai-je pas tout bien compris.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Merci, monsieur le rapporteur général, d'avoir ouvert un dialogue que nous n'avions pas eu depuis bien longtemps. Vous savez que les chauffeurs de taxi sont très mobilisés en ce moment, et qu'ils sont capables de bloquer l'esplanade des Invalides en vingt-quatre heures !

Le Gouvernement demande la réalisation de 300 millions d'euros d'économies. Or les transporteurs sont confrontés, d'une part, à une inflation qui explose et fait grimper les coûts de carburant et d'entretien des véhicules, et d'autre part, à l'allongement des distances du fait de la désertification médicale. Cet effet de ciseaux vient sabrer les comptes des artisans taxis. L'un des moyens de faire des

économies est de généraliser les transports partagés, mais ces derniers posent problème, tant en matière de secret médical – votre voisin n'a pas à savoir quelle est votre pathologie – que pour la protection de la santé des patients immunodéprimés. On observe donc une forme d'ubérisation du transport sanitaire : le temps de travail s'allonge, avec des semaines de 60 heures étaillées sur six jours, et le travail de nuit devient récurrent. Les chauffeurs vont craquer ; or les grands groupes de transport sanitaire, qui veulent leur part du gâteau, se trouvent en embuscade.

Je crains donc que cette mesure budgétaire soit la première étape d'un changement de système plus général, où l'artisan taxi perdra l'accès aux prestations remboursées par l'assurance maladie au profit de grands groupes qui salarieront leurs chauffeurs et les paieront au Smic.

Mme Josiane Corneloup (DR). Nous sommes effectivement confrontés à une croissance exponentielle des dépenses de transport sanitaire. Il serait cependant plus judicieux d'encourager le transport partagé que de l'imposer, car il faut tenir compte des spécificités des territoires ruraux, où les patients sont parfois éloignés les uns des autres de 50 ou 60 kilomètres. Par ailleurs, il n'est pas envisageable que des patients fragiles, vulnérables, passent toute la journée dans un taxi. L'augmentation des besoins est indéniable, du fait de l'allongement de l'espérance de vie. De surcroît, les hôpitaux sont de plus en plus concentrés, ce qui accroît les distances à parcourir. On constate effectivement une concentration du secteur du transport sanitaire, et nous devons lutter contre sa financiarisation. La réalisation de 300 millions d'euros d'économies par une politique du rabot autoritaire est inacceptable ; les mesures à prendre devraient au moins être décidées dans la concertation.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS618 de M. Thibault Bazin et AS13 de M. Jérôme Guedj

M. le rapporteur général. Comme le PLFSS 2025 n'a pas été adopté avant la fin de l'année 2024, nous vous proposons de décaler la date butoir de conclusion d'un accord de maîtrise des dépenses d'imagerie médicale du 30 juin au 30 septembre et, par cohérence, de repousser, à défaut d'accord, la possibilité pour la Cnam de baisser les tarifs du 31 juillet au 31 octobre. Je redis mon plein soutien à la concertation.

Concernant la discussion précédente, c'est l'article 17 et non le 15 qui traite des taxis. Madame Mélin, l'article 15 ne prévoit pas l'arrêt des VSL. Comme Mme Corneloup, je défends la concertation.

La commission adopte les amendements.

Puis elle adopte l'article 15 modifié.

Article 15 bis A (nouveau) : *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*

Amendement AS620 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. L'amendement vise à retenir la rédaction de l'article 15 bis A adoptée par la CMP à la fin de l'année dernière. L'article prévoit que les conventions professionnelles comporteront désormais des objectifs de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance des professionnels. La CMP en a étendu l'application aux conventions avec les pharmaciens d'officine, lesquels sont également concernés par ces enjeux : cet élargissement du champ de l'article me semble important.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 15 bis A modifié.

Article 15 bis B (nouveau) : *Lutter contre la fraude aux audioprothèses en renforçant les contrôles pesant sur le respect de leurs obligations par les audioprothésistes conventionnés*

La commission adopte l'article 15 bis B non modifié.

Article 15 bis : *Régulation des centres de soins non programmés*

Amendements identiques AS621 de M. Thibault Bazin et AS264 de M. Jean-François Rousset

M. le rapporteur général. L'amendement vise, là aussi, à retenir la rédaction adoptée, dans le consensus, par la CMP. Nous souhaitons intégrer les cabinets médico-infirmiers, qui avaient été oubliés, dans la définition des structures pouvant constituer un centre de soins non programmés.

Mme Stéphanie Rist (EPR). L'amendement AS264 est défendu.

La commission adopte les amendements.

Amendements identiques AS622 de M. Thibault Bazin et AS632 de M. Jean-François Rousset

M. le rapporteur général. L'amendement a pour objet de supprimer une disposition introduite par le Sénat sur ces structures : complexe et obscure, elle repose sur un ratio entre la patientèle du médecin traitant et celle de l'ensemble du centre. En outre, cette définition n'a pas de lien direct avec l'essence des soins non programmés.

Mme Stéphanie Rist (EPR). L'amendement AS632 est défendu.

La commission adopte les amendements.

Amendement AS519 de Mme Élise Leboucher

M. Damien Maudet (LFI-NFP). L'amendement vise à intégrer au cahier des charges des structures de soins non programmés le critère d'absence de dépassements d'honoraires.

M. le rapporteur général. Il s'agit d'un sujet complexe. La Cnam négocie avec les centres qui font bien leur travail pour que ceux-ci bénéficient à nouveau des majorations. La suppression un peu brutale de ces dernières pose problème à de nombreux centres, dont nous avons besoin dans nos territoires, surtout pour assurer des soins non programmés. Certains centres vertueux souffrent de faiblesses que votre amendement ne réduit pas. Je suis donc défavorable à son adoption.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS624 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. L'amendement a pour objet d'associer les représentants du secteur des soins non programmés à l'élaboration du cahier des charges.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS191 de M. Thierry Frappé

M. Thierry Frappé (RN). L'objectif de l'amendement est de renforcer la coordination entre les acteurs du système de santé en intégrant les ordres professionnels dans le circuit d'information et de déclaration relatif aux activités des professionnels de santé. Les ordres professionnels jouent un rôle clef dans le suivi des pratiques, la protection des patients et le respect des règles déontologiques. Leur implication dans les circuits d'information et de déclaration assurerait une meilleure traçabilité des données et garantirait l'élaboration d'une réponse adaptée aux situations signalées. Cette disposition vise également à faciliter la communication entre les autorités publiques et les ordres professionnels, lesquels disposent d'une expertise spécifique. En les intégrant au circuit, il sera possible de renforcer le contrôle et la supervision des pratiques tout en soutenant les professionnels dans leurs démarches administratives et déclaratives.

M. le rapporteur général. Je partage votre souci d'assurer une bonne circulation de l'information avec les ordres professionnels, dès lors que se présente un enjeu touchant à leurs missions. Je ne suis néanmoins pas persuadé de l'opportunité d'alourdir le système en imposant une obligation déclarative aux professionnels de santé, d'autant que certains ordres reçoivent déjà des informations.

S'agissant des soins non programmés, l'intervention de professionnels est parfois fort opportune pour dépanner. Certains dispositifs prévoient une

collaboration entre eux et les centres hospitaliers. Il est nécessaire de compter des professionnels dans ces centres, pas uniquement des médecins d'ailleurs.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS438 de Mme Karen Erodi

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). L'amendement vise à ce que les professionnels de santé libéraux participent activement aux permanences de soins, comme en dispose un article de la proposition de loi transpartisane contre les déserts médicaux. Depuis que l'obligation de permanence des soins a été supprimée, le volontariat se révèle insuffisant. En 2019, seuls 38 % des médecins y ont participé et ce taux ne cesse de diminuer. Dans certains départements, la situation est catastrophique : à Paris, il ne dépasse pas 8 %. La disparité territoriale ne cesse de s'accroître, au détriment des personnes vivant dans des déserts médicaux, où l'absence d'hôpitaux comptant un service d'urgences rend la situation encore plus dramatique.

L'objectif de l'amendement est de garantir une couverture médicale équitable dans l'ensemble du territoire national, en faisant participer tous les personnels de santé à la permanence des soins.

M. le rapporteur général. L'action des centres de soins non programmés est d'autant plus pertinente que ceux-ci participent à la permanence des soins. Les évolutions en cours font débat au sein de notre commission, car certains territoires bénéficient d'une organisation reposant sur une bonne entente entre les différents acteurs quand d'autres pâtissent d'un manque de volonté d'assurer la permanence des soins.

Je comprends votre intention, mais le dispositif de votre amendement n'apporte rien à la rédaction actuelle de l'article 15 bis, car, outre l'article L. 6314-1 du code de la santé publique qui définit la permanence des soins, il renvoie à l'article L. 1110-4-1 du même code, lequel renvoie au précédent. Le caractère circulaire de votre proposition la rend inutile.

Je vous demande de retirer l'amendement, à défaut l'avis sera défavorable.

Mme Joëlle Mélin (RN). Vous avez fait allusion à une proposition de loi contre les déserts médicaux, que vous qualifiez de transpartisane mais dont le groupe Rassemblement National n'a été informé qu'après son dépôt. Une telle méthode est indécente, car la santé devrait être, dans l'intérêt de nos concitoyens et des patients, un sujet apolitique.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 15 bis modifié.

Article 15 ter : *Avancer la date d'entrée en vigueur de la réforme du financement au forfait de la radiothérapie*

La commission adopte l'article 15 ter non modifié.

Article 15 quater : *Rapport sur le financement des actes innovants de biologie*

La commission adopte l'article 15 quater non modifié.

Article 15 quinquies : *Rapport sur l'indexation des tarifs des actes infirmiers sur l'inflation*

Amendement AS441 de Mme Karen Erodi

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). La profession des infirmières est en crise et 54 % d'entre elles envisagent de la quitter. Cette situation découle d'un manque de reconnaissance, de la difficulté des conditions de travail et de l'insuffisance des rémunérations. Nous devons agir !

L'article 15 quinquies a pour objet de demander au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport sur la rémunération des infirmières. L'amendement vise à étendre le champ de cette étude en y intégrant l'examen de la revalorisation de l'indemnité kilométrique. De fait, les infirmières libérales parcourrent des dizaines de kilomètres chaque jour : le remboursement de ces trajets est insuffisant et inégal selon les territoires, notamment en montagne.

Nous souhaitons également que le rapport traite de la formation des infirmières. Avec ma collègue Sandrine Runel, nous travaillons à la rédaction d'une proposition de loi visant à allonger leurs études à quatre ans, comme le demandent les syndicats et l'exige une directive européenne.

Pour une question d'attractivité du métier, de santé publique et d'accèsibilité, adoptons cet amendement !

M. le rapporteur général. L'idée d'examiner les modalités de calcul de l'indemnité kilométrique des infirmiers est intéressante. Vous voulez compléter le périmètre du rapport en y intégrant, outre la question de l'indemnité kilométrique, celle de la formation.

Est-il opportun d'accompagner la demande d'un rapport de la solution que l'on préconise – en l'occurrence, l'allongement de la durée de la formation ? Il me semble opportun de conserver le libellé du rapport, afin d'ouvrir le champ des possibles, sachant que les orientations que vous défendez font partie des pistes d'évolution envisageables. Je suis sensible aux attentes des infirmiers.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 15 quinquies non modifié.

Article 16 : Étendre le champ de l'accompagnement à la pertinence des prescriptions

Amendements de suppression AS122 de M. Sébastien Peytavie et AS522 de M. Damien Maudet

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Conditionner la prise en charge à des procédures administratives additionnelles constituerait nécessairement un frein supplémentaire à l'accès aux soins : une telle mesure découragerait certains patients, déjà précaires ou vivant dans des zones sous-dotées en offre médicale, de se soigner.

Le plus nocif pour notre système de soins n'est pas le mésusage de ceux-ci mais les inégalités de leur accès, alors qu'un tiers de la population vit dans un désert médical et qu'un tiers a déjà renoncé à des soins médicaux. D'autres solutions, qui ne culpabilisent ni les patients ni les prescripteurs, existent pour s'assurer que les médicaments ou les actes prescrits correspondent aux besoins des patients. Voilà pourquoi nous souhaitons la suppression de l'article.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je défends l'amendement AS522.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 a créé un mécanisme d'accompagnement de la pertinence des prescriptions. Il ne concerne actuellement que les dispositifs médicaux, les médicaments et différentes prestations qui peuvent lui être associées. Dans ce système, une prescription qui ne correspond pas au référentiel n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

L'article 16 souhaite approfondir ce mécanisme de pertinence des prescriptions à la biologie médicale et aux transports sanitaires, afin d'économiser respectivement 66 millions et 20 millions d'euros : comme toujours, vous ne cherchez pas à répondre aux besoins de santé, vous ne pensez qu'à dégager des économies. Tout cela correspond à un politique simple, celle de faire peser le soupçon sur les patients et les professionnels : une telle approche est moralement et éthiquement condamnable, d'autant qu'il est inefficace d'intervenir dans la nature des prescriptions.

La mesure est également nuisible car elle amputera le temps que les professionnels consacrent à l'activité médicale. Au tarif, certes souvent insuffisant, auquel ceux-ci sont rémunérés, avez-vous calculé le coût en heures de travail ponctionnées ? Nous allons payer des gens à remplir des formulaires destinés à faire soi-disant des économies. Nous serons perdants et les patients le seront également.

M. le rapporteur général. J'ai entendu les inquiétudes exprimées par les associations d'usagers et il est vrai que la portée de l'article 16 n'apparaissait pas clairement. Voilà pourquoi j'ai voulu avoir, bien que je ne sois rapporteur général que depuis une semaine, un échange avec le directeur général de la Cnam, afin de

connaître l'usage du dispositif qu'envisagent la Caisse nationale et le Gouvernement – cet article ne résulte pas d'une initiative parlementaire.

Le dispositif s'applique aux médicaments depuis la LFSS 2024, mais il n'a pas encore été déployé et il ne touchera, à partir du mois de février, que certains médicaments antidiabétiques dont le mésusage est répandu. Le directeur général de la Cnam n'a pas l'intention d'étendre l'application du dispositif dans les prochains mois. L'approche retenue est plutôt celle d'un ciblage des actes et des examens connaissant un mésusage massif. Notre responsabilité nous commande, dans l'intérêt des patients, de nous pencher sur la question et de lui faire une place dans nos débats. Il faudra fortement encadrer l'application du dispositif, mais celui-ci ne correspond pas à votre description d'économies de bouts de chandelle, monsieur Clouet. J'émetts un avis défavorable à l'adoption des amendements.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Le dispositif cible des usages très précis. Des innovations intéressantes se déploient, mais elles sont coûteuses et ciblées. Il est inutile de dépenser beaucoup d'argent pour des instruments mal utilisés. Autant il faut que les patients bénéficient le plus rapidement possible des innovations précieuses, autant il ne faut pas que celles-ci inondent un marché qui n'en a pas besoin. On ne parle pas là de 10 000 papiers à remplir pour les praticiens : seules quelques centaines de patients seront concernés.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Le dispositif n'entrera pas en vigueur avant février prochain, mais j'ai l'impression que tout le monde en connaît déjà le fonctionnement. Je me permets d'émettre un doute. Vous me dites qu'il n'impliquera que quelques centaines de formulaires : j'espère que les faits vous donneront raison, mais vous ne savez pas exactement ce qu'il se passera le mois prochain et les souhaits sont souvent déçus en Macronie.

Le patient transmet un formulaire rempli par un prescripteur : tant que nous ignorons le nombre d'heures en équivalents temps plein que ce processus immobilisera, nous ne pouvons pas soutenir son déploiement. Si vous avez les moyens de nous rassurer d'ici à la séance publique, nous vous écouterons bien entendu, mais il n'est sans doute pas évident de récolter l'ensemble des informations d'ici à la semaine prochaine.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Nous avions auditionné la Cnam à l'occasion de l'examen du PLFSS 2024. Le dispositif n'est pas encore appliqué et je vous rejoins sur la nécessité de l'évaluer une fois déployé.

Néanmoins, nous devons traiter le sujet de la pertinence des prescriptions. Depuis 2017, date de mon entrée à l'Assemblée nationale, nous n'avons cessé de dire qu'il était nécessaire que la sécurité sociale réalise des économies sur la pertinence des prescriptions. Les professionnels de santé sont d'accord pour travailler dans ce sens ; or nous ne parvenons pas à trouver des leviers efficaces pour progresser. Nous devons essayer de donner à la Cnam des outils efficaces dans ce domaine : tous les bénéficiaires de la sécurité sociale en tireraient profit.

M. Hendrik Davi (EcoS). Un médecin conscientieux établit des prescriptions adaptées à ses patients. Si les prescriptions ne sont pas pertinentes, cela signifie que la formation continue des médecins est insuffisante. Nous pourrions laisser les entreprises pharmaceutiques et les sociétés innovantes dans le domaine de la santé assurer la formation continue des médecins.

Mme Joëlle Mélin (RN). Pour une fois, je partage les propos de M. Davi. Commençons par supprimer les deux premières années d'errance du parcours d'accès spécifique santé et de licence accès santé, au cours desquelles il n'y a aucun contact avec les malades ni avec la prescription, la clinique et la paraclinique. Il faut revoir les études de médecine, afin que les étudiants soient performants dès la deuxième ou la troisième année. Les jeunes médecins ne peuvent pas être bons après le cycle d'études qu'ils suivent. Quant à la formation continue, elle est sans doute insuffisante.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Les innovations sont peu nombreuses mais coûteuses. Il y a un problème de formation des professionnels, mais également d'éducation des patients. Lorsqu'un médicament très onéreux est prescrit, encore faut-il que le malade le prenne : c'est cela qu'il convient de contrôler.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 16 est supprimé et les amendements AS168 de M. Jérôme Guedj, AS292 de M. Yannick Monnet et AS52 de M. Laurent Panifous, les amendements identiques AS210 de Mme Sandrine Rousseau et AS325 de Mme Karine Lebon ainsi que les amendements AS123 et AS124 de M. Sébastien Peytavie et AS623 de M. Thibault Bazin tombent.

Article 16 bis A (nouveau) : Échanges de données entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire

Amendement de suppression AS328 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'article 16 bis A prévoit un système de transferts d'informations qui nous semble pâtir de plusieurs faiblesses. Tout d'abord, ils ne sont pas forcément utiles, car ils existent déjà dans des cadres sécurisés. En outre, l'assurance maladie dispose d'outils plus efficaces pour contrôler les prix que les transferts d'informations. Ainsi, tout professionnel convaincu de fraude est déconventionné : un tel dispositif présente une utilité supérieure à celle de l'article.

Nous sommes assez sceptiques sur l'opportunité d'intégrer des intermédiaires indépendants dans les circuits de transmissions d'informations à caractère privé.

Inutile et fallacieux, nous proposons de supprimer l'article 16 bis A.

M. le rapporteur général. Il faut améliorer les échanges de données. Lors des auditions menées à l'automne, une forte attente s'est exprimée sur le sujet. Les échanges doivent être encadrés : ils le sont strictement, selon des modalités arrêtées par un décret en Conseil d'État pris après l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, autorité administrative indépendante pointilleuse dans le contrôle d'éventuels abus. Seules les informations absolument nécessaires à l'identification de l'auteur ou de la nature des faits de fraude suspectés pourront être communiquées. La CMP avait choisi une rédaction précise dont je défendrai l'adoption en séance publique dans un amendement.

Je vous propose de retirer votre amendement au profit de l'amendement AS326 de Mme Karine Lebon, même si notre collègue n'est pas là pour défendre son idée de prévoir la présence obligatoire d'un tiers de confiance.

M. Michel Lauzzana (EPR). Les échanges de données sont nécessaires pour lutter contre les fraudes, d'où qu'elles viennent. Monsieur Clouet, le dispositif intervient en amont des sanctions comme le déconventionnement. L'échange de données améliorera le repérage des fraudes. Ancien médecin, il me semble que la plupart des actes frauduleux sont commis par des confrères. N'ayons pas peur et avançons ! Il n'y a pas à tergiverser : nous devons combattre la fraude.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous aurions pu envisager de retirer l'amendement si Mme Lebon avait été présente, mais son absence nous incite à le maintenir.

Nous doutons de l'usage des données par les prestataires des complémentaires santé et de la vérification de la suppression des données. En l'état, des fragilités importantes entourent la nature, la confidentialité et le stockage des informations. Certains opérateurs publics comme France Travail ont rencontré des difficultés dans ce domaine : il faut donc se montrer prudent pour éviter de nouveaux scandales.

Mme Joëlle Mélin (RN). Les données de santé valent quasiment de l'or pour ceux qui les possèdent, d'où la multiplication des systèmes de captation à l'échelon européen. Ce qui nous est demandé existe déjà, ne serait-ce que dans la pratique du tiers payant qui donne lieu à une circulation d'informations. Il convient certes de faire attention, mais aussi de permettre des contrôles poussés.

M. le rapporteur général. Les échanges se feraient dans les deux sens, y compris des mutuelles vers la sécurité sociale, et uniquement dans le cadre d'actions en justice visant aussi des personnes morales, pas à des fins contractuelles ou autres. Si nous voulons préserver notre sécurité sociale, il faut permettre cet échange lorsqu'elle est gravement lésée.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS547 de M. Michel Lauzzana et sous-amendement AS633 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Je suis favorable à cet amendement sous réserve de l'adoption de mon sous-amendement, qui le sécurise sur le plan juridique, afin de préserver les garanties sur le recueil et l'usage des données.

La commission adopte successivement le sous-amendement et l'amendement sous-amendé ; en conséquence, l'amendement AS326 tombe.

Puis elle adopte l'article 16 bis A modifié.

La réunion est suspendue de dix-sept heures cinq à dix-sept heures quinze.

Article 16 bis B (nouveau) : Généralisation de la carte Vitale sécurisée et incitation financière des professionnels de santé acceptant la carte Vitale dématérialisée

Amendement de suppression AS330 de Mme Zahia Hamdane

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Cet article crée une inutile carte Vitale sécurisée. La droite sénatoriale reprend ainsi une mesure directement inspirée du programme du RN et agite l'épouvantail de la fraude aux prestations de santé par la location ou le prêt de carte Vitale. La Macronie n'est pas en reste puisque c'est Gabriel Attal qui avait impulsé l'expérimentation de la carte Vitale numérique et sécurisée dans son plan de lutte contre la fraude de 2023, sans produire aucune évaluation chiffrée du phénomène. Pourtant, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) indique que la fraude à l'usurpation d'identité est plus que minime – moins d'une dizaine par an. Le seul intérêt de ce dispositif inutile et coûteux est de confirmer, pour ceux qui en doutaient encore, la convergence de la droite traditionnelle et des macronistes qui reprennent les mots et les mesures de l'extrême droite.

M. le rapporteur général. Vous avez déjà tenu de tels propos excessifs ce matin lors de l'examen de la proposition de loi visant à suspendre les allocations familiales aux parents de mineurs criminels ou délinquants, déposée par le groupe Droite Républicaine dans le cadre de sa niche parlementaire. La carte Vitale électronique ne correspond pas exactement aux souhaits de la droite – du Sénat et de l'Assemblée : le dispositif initial a été réajusté.

Cette carte a aussi fait objet d'une discussion avec le directeur général de la Cnam. Les détenteurs d'une carte d'identité électronique pourront, à compter du 1^{er} mars, y adjoindre la carte Vitale. Pour les autres, il faudra faire de lourds investissements en sécurité afin d'adapter les systèmes, ce qui devrait être terminé au 1^{er} octobre prochain. En 2023, 58 millions de cartes Vitale ont permis de rembourser directement plus d'un milliard d'actes médicaux et prescriptions pharmaceutiques. L'application constitue une alternative numérique à la carte physique : elle permet aux assurés d'accéder à leur carte à partir de leur smartphone.

En octobre 2022, l'Inspection générale des finances et l'Igas ont été chargées d'expertiser le projet de carte Vitale biométrique proposé par la droite et

ont conclu qu'il n'était pas indiqué car la fraude à l'identité ne constituait qu'une très faible part des fraudes impliquant une carte Vitale. Le coût de la carte biométrique, estimé à 1 milliard d'euros, pouvait paraître disproportionné au regard du risque de fuite de données. Dès lors, il a semblé plus pertinent de miser sur le déploiement de la carte Vitale électronique, par le biais de France Identité. Nous avançons donc, même si c'est trop lentement aux yeux des membres de la Droite Républicaine.

Quant à vous, vous voulez supprimer totalement la généralisation de la carte Vitale sécurisée et l'incitation financière accordée aux professionnels de santé qui l'acceptent. Vous faites une erreur, d'autant que certains assurés et professionnels de santé y voient plus de simplicité et un allégement des tâches administratives.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS611 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. L'amendement vise à reporter du 1^{er} juillet au 1^{er} octobre la généralisation de l'expérimentation de l'application carte Vitale.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 16 bis B modifié.

Article 16 bis C (nouveau) : *Réorganisation du service du contrôle médical du réseau de la branche maladie du régime général et des régimes agricoles*

Amendements de suppression AS15 de M. Jérôme Guedj, AS78 de M. Hendrik Davi et AS331 de Mme Anaïs Belouassa-Cherifi

M. Arnaud Simion (SOC). Nous voulons supprimer cet article qui prévoit l'intégration du service du contrôle médical dans les caisses primaires d'assurance maladie (Cpam), ce qui a suscité beaucoup de réactions dans nos circonscriptions.

Le service du contrôle médical a pour mission de donner les avis concernant les arrêts maladie, les maladies professionnelles, les accidents du travail, les affections de longue durée (ALD) prises en charge à 100 %, les invalidités et les retraites pour inaptitude. Ces avis médicaux sont rendus en toute indépendance par les praticiens-conseils, avec l'appui de techniciens qualifiés, et s'imposent aux caisses qui paient les prestations.

Depuis sa création, le service du contrôle médical relève de la Cnam, est dirigé par des médecins et est indépendant des caisses primaires. La réforme placerait les médecins sous l'autorité hiérarchique du directeur de la Cpam, qui pourrait ainsi imposer ses orientations stratégiques.

M. Hendrik Davi (EcoS). Cet article très problématique vise à rattacher le service du contrôle médical aux Cpam, remettant ainsi en cause son indépendance. Si l'organisme de sécurité sociale verse à un salarié des indemnités pendant son arrêt maladie, ce service peut prendre l'initiative d'un contrôle administratif – vérifier que le salarié est à son domicile pendant les heures d'interdiction de sortie – ou médical – s'assurer que l'état de santé justifie l'arrêt de travail.

Le médecin-conseil de la sécurité sociale, qui joue aussi un rôle de prévention, doit donc être indépendant. Un président de Cpam nous a d'ailleurs envoyé un courrier très explicite contre la réforme envisagée. Selon lui, seule l'indépendance des praticiens-conseils et du service du contrôle médical vis-à-vis des organismes payeurs permet d'exercer leur mission dans le respect du secret médical et de l'indépendance juridique. Il se dit très préoccupé par les atteintes potentielles à la déontologie et au secret médical. Les médecins concernés ont d'ailleurs fait grève pour dénoncer ce projet.

En fait, l'objectif à peine voilé du Gouvernement est de contraindre les médecins à limiter les arrêts de travail et aussi, comme dans la police et à Pôle emploi, à faire du chiffre.

Mme Anaïs Belouassa-Cherifi (LFI-NFP). Le Gouvernement persiste à vouloir affaiblir notre système de protection sociale, morceau par morceau. Avec cet article, il s'attaque à l'indépendance du service médical qui joue un rôle crucial dans l'évaluation des arrêts maladie, des ALD ou des pensions d'invalidité. Il s'agit de démanteler ce service et de disperser ses agents dans les caisses primaires, dans le seul but de faire des économies. Cela conduira à détruire l'indépendance entre le contrôleur et le payeur, à faire pression sur les praticiens-conseils pour qu'ils agissent en fonction de logiques économiques, et, cerise sur le gâteau, à mettre en danger la confidentialité des données médicales. Tout cela, comme d'habitude sous le macronisme, se fait sans concertation, contre l'avis des médecins-conseils. Nous disons stop !

M. le rapporteur général. On m'a alerté sur ce sujet avant que je devienne rapporteur et j'ai voulu voir ce qu'il en était de l'indépendance des médecins-conseils, dont il est fait état dans diverses dispositions du code de la sécurité sociale. Non seulement cet article ne revient sur aucune des dispositions existantes, mais il précise : « Elle veille en outre au respect de l'indépendance technique des praticiens conseils exerçant dans son réseau. » À la Mutualité sociale agricole (MSA) le contrôle est organisé de cette façon sans que cela ne pose de problème. Dans l'esprit du législateur, dont témoignera le compte rendu des débats, il est évident que l'indépendance des médecins n'est pas menacée. Cet article, issu d'un amendement du Gouvernement, fait suite à une mission de l'Igas présentée aux syndicats en mars dernier. L'idée est de mettre fin aux doublons dans les structures de gestion, comme le préconise l'Igas.

Suffisamment rassuré sur le contrôle médical et l'indépendance des médecins, j'émet un avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Votre citation traite d'indépendance technique, ce qui renvoie à l'autonomie professionnelle et non à l'indépendance de décision. Dans la nouvelle hiérarchie créée, le directeur de la Cpam aura des objectifs budgétaires propres, pas forcément partagés avec les agents ni correspondant aux besoins de la population. Il n'y aura plus d'indépendance des médecins-conseils, plus de séparation hermétique entre le contrôleur et le payeur. Dès lors, vous aboutissez à une situation de conflit d'intérêts où le respect du droit des gens à l'arrêt de travail entre en contradiction avec l'objectif d'économies budgétaires. Si le payeur décide de l'accès à ce droit, on revient à un système du patronage ou du caritatif, qui existait avant la création de la sécurité sociale. Cette logique ne me convient pas plus qu'elle ne convient aux professionnels, aux soignants et aux patients. Elle ne convient à personne, à part dix députés dans cette salle. Que l'on se débarrasse donc de cet article !

Mme Joëlle Mélin (RN). Nous ne sommes pas du tout rassurés par vos propos, monsieur le rapporteur général ; aussi, irai-je dans le sens des collègues qui viennent de s'exprimer. Les nombreux témoignages dont nous avons tous été saisis font craindre une perte d'indépendance des médecins-conseils. Tel que pratiqué, le contrôle est l'un des seuls moyens de détecter la fraude des usagers. Pour avoir été longtemps chargée par des médecins de Cpam d'effectuer des contrôles externes d'arrêts de travail et autres, je peux vous assurer que certaines prescriptions d'arrêt méritent d'être revues, même quand on les regarde avec la meilleure bienveillance du monde. C'est pourquoi nous soutenons ces amendements de suppression.

La commission adopte les amendements.

En conséquence l'article 16 bis C est supprimé.

Article 16 bis D (nouveau) : *Instauration d'une « taxe lapin » sanctionnant les rendez-vous médicaux non honorés*

Amendements de suppression AS16 de M. Jérôme Guedj, AS93 de M. Hendrik Davi et AS333 de Mme Élise Leboucher

M. Jérôme Guedj (SOC). Cette mal nommée « taxe lapin », introduite par le Sénat, est un irritant peu opportun. Les médecins doutent de l'efficacité de cette pénalité financière infligée au patient qui n'a pas honoré un rendez-vous médical, sans compter ses conséquences déstabilisantes pour l'organisation du système.

M. Hendrik Davi (EcoS). En général, on est plutôt enclin à honorer un rendez-vous médical que l'on a eu le plus grand mal à obtenir : on n'a pas envie de patienter six mois supplémentaires pour voir tel ou tel spécialiste, le délai pouvant atteindre un an, voire deux ou plus, pour un dermatologue. Ceux qui n'honorent pas leur rendez-vous ne le font pas pour embêter le médecin, mais parce qu'ils ont rencontré des difficultés inattendues : embouteillages, accident de voiture, problème de garde d'enfant. Toutes les études vont dans ce sens. Il n'arrive pratiquement jamais que quelqu'un décide plutôt d'aller faire un footing. Certains

patients ne viennent pas parce que c'est la vie. Les médecins, qui ont des plannings très chargés, en profitent parfois pour déjeuner.

M. Damien Maudet (LFI-NFP). Même Gabriel Attal admettait le faible nombre de rendez-vous médicaux non honorés – 6 % selon lui, 2 % selon MG France. On infligerait une taxe à des patients sous prétexte qu'ils n'honorent pas leur part du contrat, alors que l'État n'honore pas la sienne : il vaudrait mieux se préoccuper du grand nombre de gens qui n'arrivent pas à avoir un médecin traitant plutôt que de ceux – très rares – qui loupent leur rendez-vous, sans compter que cette mesure est impossible à appliquer. Rappelons que 5 % des gens n'ont pas de carte bancaire et que certaines personnes prennent leur rendez-vous par téléphone. Faudrait-il obliger tout le monde à passer par Doctolib ou à donner son numéro de carte bancaire au téléphone ? Par l'amendement AS333, supprimons cette mesure purement démagogique et essayons plutôt de former davantage de médecins pour que tout le monde y ait accès.

M. le rapporteur général. Je suis d'accord avec vous : le dispositif proposé par le Sénat, d'une complexité sans nom, ne tient pas la route et il ne verra sans doute pas le jour. Il faut néanmoins réfléchir à la manière de responsabiliser les assurés car le problème est réel, comme en témoignent les professionnels de santé qui fréquentent ma permanence. Cas de figure fréquent : la personne qui prend plusieurs rendez-vous en ligne pour un même praticien et oublie d'annuler ceux qu'elle n'a finalement pas retenus. En tant que rapporteur général, j'ai essayé d'améliorer le dispositif du Sénat dans un amendement AS625 à venir, où je propose de ne pas sanctionner un patient qui avait de bonnes raisons de ne pas être présent à son rendez-vous. Ne perdons pas de vue que la prise de rendez-vous en ligne favorise un phénomène qui finit par nuire à tout le monde.

M. Nicolas Turquois (Dem). Il faut aborder ce phénomène de manière pragmatique. Ma propre dentiste, qui exerce dans un territoire très tendu, me dit qu'elle peut se faire engueuler parce qu'elle n'arrive pas à proposer un rendez-vous à une personne souffrant d'une rage de dents très douloureuse, et, le même jour, constater que trois rendez-vous ne sont pas honorés. Certaines personnes qui n'annulent pas leur rendez-vous, de manière récurrente, privent d'autres patients de créneaux utiles. La solution proposée n'est peut-être pas la bonne, mais il faut en trouver une.

M. Michel Lauzzana (EPR). En effet le mécanisme proposé n'est peut-être pas le bon, mais il faut en trouver un. Pour certaines personnes, le rendez-vous médical non honoré est une pratique très fréquente sinon systématique, qui a tendance à s'accentuer avec le développement de Doctolib. Et contrairement à ce que dit M. Davi, cela exaspère les médecins, notamment dans certaines spécialités, telle la dermatologie. Ils refusent des patients parce que leur agenda est plein, puis se retrouvent avec deux ou trois défections dans la journée.

M. Fabien Di Filippo (DR). Le rapporteur général a présenté les choses avec mesure et pragmatisme. Le dispositif proposé n'est pas applicable parce que

les patients auront toujours une bonne excuse à fournir, même fictive, pour ne pas être sanctionnés. La vraie question est comment éviter de perdre du temps médical ? Même si la démographie médicale s'améliorait, on continuerait d'ailleurs à en perdre car certains jeunes praticiens visent un exercice concentré sur quelques jours dans la semaine – il ne faut pas avoir peur de le dire. Même avec plus de médecins et de moyens, on soignera moins de patients. Grâce aux outils numériques, on pourra peut-être repérer les personnes coutumières du rendez-vous non honoré. Mais posons-nous aussi la question du temps médical. En France, on a la chance de former gratuitement des gens, quel que soit leur milieu et sur la base de leur mérite, et l'État paie la formation des médecins pendant de très longues années, ce qui suppose que du temps médical soit ensuite fourni.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Damien Maudet l'a très bien dit, nous sommes face à une usine à gaz construite sur certains fantasmes. Selon MG France, quelque 6 millions de rendez-vous ne sont pas honorés tous les ans faute de la présence des patients, mais 50 millions ne le sont pas faute de professionnels disponibles. Selon la thèse écrite par le docteur Francis Gatier, parmi les raisons des absences à un rendez-vous médical, on trouve en premier lieu un rendez-vous de dernière minute fixé par une administration publique. Viennent ensuite des changements d'horaires de travail de personnes en intérim ou soumises à des horaires fluctuants, la maladie d'un enfant, des violences conjugales. En réponse à une tension, la personne peut aussi avoir sollicité plusieurs médecins pour obtenir un rendez-vous rapidement. Il existe des solutions pour agir sur de telles causes. Quoi qu'il en soit, je souhaite bon courage aux médecins pour prouver l'absence du patient, récupérer l'argent et gérer les justifications.

M. Christophe Bentz (RN). Nous sommes assez mesurés et, pour tout dire, assez sceptiques quant à cette « taxe lapin ». Bien sûr, il est absolument nécessaire de dégager, autant que possible, du temps médical. Les annulations de rendez-vous représentent chaque année l'équivalent du travail de 4 000 médecins à temps complet. Mais l'application concrète de la disposition proposée s'annonce difficile : la rédaction actuelle n'est pas assez efficace. Nous nous abstiendrons donc, sur les amendements de suppression comme sur l'article.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS625 de M. Thibault Bazin et sous-amendement AS636 de M. Jérôme Guedj

M. le rapporteur général. Cet amendement de réécriture vise à rendre le dispositif plus opérant.

Mme Sandrine Runel (SOC). Notre sous-amendement d'appel tend à limiter la pénalité encourue à 1 euro symbolique. On ne peut pas sanctionner davantage les patients qui n'honorent pas un rendez-vous : le plus souvent, ils ne le font pas par choix.

M. le rapporteur général. Avis défavorable sur le sous-amendement. Pour l'amendement, je m'en remets à votre sagesse...

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). L'immense majorité des patients ont une relation normale avec leur médecin, honorent leurs rendez-vous et préviennent s'ils ont un empêchement. Ce ne sont pas eux qui sont visés, mais l'infime minorité de personnes qui considèrent les médecins comme un produit de consommation et prennent de multiples rendez-vous, qu'ils respectent ou non. Nous connaissons un peu la même chose dans nos permanences. Je suis donc favorable à cette « taxe lapin », qui permettrait, symboliquement, de différencier ceux qui sont respectueux de ceux qui ne le sont pas – et donc défavorable au sous-amendement.

Mme Sandrine Runel (SOC). Ceux qui vont chez le médecin de manière un peu excessive honorent leurs rendez-vous. Ce sont justement eux qui ne posent pas de lapin ! De manière générale, les personnes malades sont respectueuses. Arrêtons de faire croire que les patients font exprès de ne pas aller chez le médecin !

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). La comparaison avec les permanences parlementaires est pertinente. Imaginez qu'on menace nos concitoyens de les taxer s'ils ne se présentent pas à l'heure convenue. Que feront-ils ? Ils ne prendront pas rendez-vous, de crainte d'avoir un empêchement de dernière minute. C'est une belle incitation à renoncer à ses droits.

Par ailleurs, je souhaite bon courage aux praticiens si cet article est adopté ! Ils devront remplir un formulaire pour prouver l'absence du patient et récupérer l'argent par le biais de tiers, le tout pour devoir le rendre si l'absence était finalement justifiée. Ce n'est pas seulement une mesure antisociale, c'est une usine à gaz !

M. Olivier Fayssat (UDR). Une pénalité de 1 euro, c'est la double peine pour les médecins : ils devront s'acquitter de frais de traitement supérieurs !

M. le rapporteur général. La rédaction du Sénat pose problème. Elle mérite d'être corrigée, et c'est l'objet de mon amendement. Mais il renvoie à un décret pour définir le montant de la pénalité, le délai de prévenance raisonnable, les motifs pour lesquels la pénalité ne peut être réclamée ou encore les voies de règlement amiable des litiges. Nous ne réglos pas cela maintenant.

La commission rejette le sous-amendement.

Puis elle adopte l'amendement et l'article 16 bis D est ainsi rédigé.

En conséquence, les amendements AS32 de M. Jérôme Guedj et AS338 de M. Cyrille Isaac-Sibille tombent.

Article 16 bis E (nouveau) : Inciter à une plus grande utilisation du dossier médical partagé

Amendement AS335 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Le choix est fait d'indexer la rémunération des médecins sur leur utilisation de différents outils numériques, et notamment du dossier médical partagé (DMP). S'il faut évidemment informer les médecins et faire de la pédagogie pour promouvoir l'utilisation de ces outils, une modulation à la hausse de leur rémunération me paraîtrait constituer une rupture d'égalité et une mise sous tutelle excessive des praticiens.

M. le rapporteur général. On ne peut qu'encourager la consultation du DMP. Nous avons un désaccord philosophique : vous êtes souvent favorable aux sanctions ; nous croyons aux incitations – à côté du bâton, il faut aussi une carotte.

Avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Pardon, mais dans votre proposition de loi de ce matin, vous vouliez utiliser le bâton avec ceux qui gagnent moins de 4 000 euros et la carotte avec ceux qui gagnent plus. Dans la lutte des classes, chacun sait de quel côté vous êtes. Alors pas de leçons de morale !

M. Philippe Vigier (Dem). Il est très difficile d'inciter les médecins et le corps médical à s'engager dans la transition numérique. Un effort considérable est fait en ce sens depuis quatre ans, avec l'application Mon espace santé. Ces outils permettent d'éviter les redondances, de faciliter l'accès aux soins, de garantir une prise en charge complète, de faire des économies et de mieux soigner les patients. Actuellement, du fait de la faible interopérabilité des systèmes informatiques, saisir toutes les données dans les différents outils demande beaucoup de travail. Une incitation financière est donc nécessaire. Je voterai contre cet amendement.

Mme Josiane Corneloup (DR). Je rejoins Philippe Vigier : pour améliorer la coordination, réaliser des économies, éviter les actes redondants et améliorer la concertation entre la ville et l'hôpital, il faut absolument promouvoir le DMP.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Par principe, je ne suis pas très favorable à ce qu'on incite financièrement des professionnels à faire leur travail. Nous avons toutefois besoin d'encourager les médecins de ville à remplir le DMP. Les modalités de modulation de la rémunération seraient d'ailleurs fixées dans le cadre des négociations conventionnelles, ce qui me gêne moins que si nous décrétions nous-mêmes une incitation financière. L'utilisation du DMP serait en outre intégrée dans les index qualité des hôpitaux, ce qui semble pertinent, tant il est vrai que les patients ont tout à gagner d'un recours accru au DMP.

J'invite d'ailleurs chacun d'entre vous à créer un compte sur Mon espace santé, et à passer le message. Vous serez surpris de voir à quel point cette application est pratique !

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS390 de M. Cyrille Isaac-Sibille

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Je suis très favorable à cet article et il faut bien évidemment renseigner le DMP, mais il ne me semble pas nécessaire de contraindre les médecins à le faire systématiquement : tout n'a pas vocation à y figurer. J'entends cependant les arguments qui ont été développés et je retire mon amendement.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 16 bis E non modifié.

Article 16 bis F (nouveau) : *Restriction de la prescription d'arrêts de travail en télémédecine*

Amendement AS194 de M. Thierry Frappé

M. Thierry Frappé (RN). Je propose d'interdire la réalisation d'actes de télémédecine destinés à des patients résidant en France à tous les professionnels de santé exerçant à l'étranger, et non uniquement à ceux y exerçant « à titre principal ». Les actes de télémédecine doivent être exclusivement réalisés par des professionnels de santé exerçant en France ou dans un cadre strictement défini par les autorités françaises, afin de préserver la conformité des actes médicaux à nos normes déontologiques, réglementaires et éthiques, tout en assurant une meilleure coordination avec les structures de santé locales.

M. le rapporteur général. En supprimant les mots « à titre principal », on empêcherait un médecin exerçant presque exclusivement en France mais ayant une petite patientèle dans un pays frontalier – ce qui n'est pas rare, y compris à travers des accords avec les établissements de santé – de prescrire tout arrêt de travail en télémédecine, ce qui pénaliserait des médecins français. Je ne pense pas que ce soit votre objectif.

Il existe aussi des accords de coopération internationale en vertu desquels un praticien peut passer quelques semaines de l'année à l'étranger pour y prendre en charge des patients qui, sans cela, auraient dû venir se faire soigner en France – je pense par exemple aux pédiatres. Dans l'intérêt des patients, mais aussi pour des raisons de coûts et de santé publique, il ne faut pas empêcher ces situations.

J'ajoute que la formation des professeurs des universités-praticien hospitaliers inclut une mobilité à l'étranger. Lorsque celle-ci a lieu à cheval sur une année, les médecins concernés ne pourraient pas exercer en télémédecine.

En adoptant votre amendement, nous pourrions ainsi faire beaucoup plus de victimes que vous ne le souhaitez. Je vous invite à le retirer.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 16 bis F non modifié.

Article 16 bis G (nouveau) : *Remise d'un rapport sur la réforme du financement des établissements médecine, chirurgie et obstétrique et la question des coefficients géographiques*

Amendement AS525 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je souhaite m'assurer que le rapport aborde bien la question des territoires ultramarins, qui doivent faire l'objet d'une attention particulière.

M. le rapporteur général. Je vous rejoins sur ce point, mais ces collectivités sont l'objet essentiel de l'article. Votre demande me semble satisfaite.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Puisque nous partageons le même objectif, autant l'écrire noir sur blanc dans le texte.

M. le président Frédéric Valletoux. Il me semble que le rapporteur général pointait un risque de redondance juridique.

M. Philippe Vigier (Dem). Je soutiens cet amendement. Dans certains centres hospitaliers universitaires ultramarins, le coefficient géographique est très éloigné de celui de l'Hexagone – je pense par exemple celui de La Réunion, que nous étions parvenus, en quelques mois, à augmenter sensiblement. Ce sont autant de moyens qui leur manquent. Le rapport permettra d'objectiver les choses. Ajouter cette mention ne mangerait pas de pain.

M. le rapporteur général. Je ne vois pas d'inconvénient à ce que nous précisions une demande de rapport. Seulement, la question se pose aussi pour la Corse, en raison de son caractère insulaire. Je ne voudrais pas que nous l'excluions du périmètre du rapport en adoptant cet amendement. Peut-être conviendra-t-il donc de trouver une nouvelle rédaction d'ici à la séance.

Avis de sagesse.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 16 bis G modifié.

Article 16 bis : *Généralisation de l'expérimentation permettant aux infirmiers de signer des certificats de décès*

La commission adopte l'article 16 bis non modifié.

Article 16 ter : *Établir une liste annuelle de mesures pour améliorer la pertinence des soins et remettre un rapport sur les travaux du Haut Conseil des nomenclatures*

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS170 de M. Jérôme Guedj.

Puis elle adopte l'article 16 ter non modifié.

Article 16 quater (nouveau) : Possibilité pour les ordres des professions de santé de solliciter la Haute Autorité de santé pour réaliser l'évaluation d'actes ou de prestation

La commission adopte l'article 16 quater non modifié.

Article 17 : Établir un cadre conventionnel destiné à réguler les dépenses de transport sanitaire en taxi

Amendement AS626 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Je propose de retenir la rédaction de la commission mixte paritaire, afin d'éviter les ruptures de droit liées à un défaut de coordination juridique au niveau réglementaire.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS527 de Mme Zahia Hamdane

M. le rapporteur général. J'invite les auteurs de cet amendement, qui souhaitent interroger le Gouvernement, à le retirer pour le redéposer en séance.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS128 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (Ecos). Nous souhaitons que les spécificités des zones rurales fassent partie des critères retenus dans la convention qui régira le transport sanitaire en taxi. Si l'on prend le cas de personnes âgées, à mobilité réduite, qui habitent dans des logements isolés loin d'un établissement de santé, il faudra par exemple prendre en compte le temps nécessaire pour les aider à monter dans le véhicule puis à en sortir une fois arrivé à destination.

M. le rapporteur général. Je suis un peu embêté, car je pensais que nous adopterions l'amendement AS56 de M. Colombani, qui n'a pas été défendu et qui tendait à préciser que la convention devait tenir compte « des difficultés d'accès aux soins et de l'offre de transports sanitaires dans chaque département ainsi que dans chaque département et territoire d'outre-mer ». Cette rédaction me semblait moins restrictive que celle que vous proposez. Je partage votre souhait d'adopter une approche résolument locale des critères de conventionnement des taxis, mais les zones rurales ne sont pas les seules concernées : il faut aussi prendre en considération le maillage en transports collectifs, et ne pas oublier les difficultés de certains territoires comme la Corse.

Comme l'amendement de M. Clouet a été adopté et que je ne voudrais pas faire de jaloux, j'émets tout de même un avis favorable, en vous demandant toutefois, d'ici la séance, de vous rapprocher de M. Colombani, dont l'amendement

me semble plus pertinent – sachant que je serai tenu par les mêmes délais de dépôt que vous.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS349 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). Nous souhaitons nous assurer que les critères retenus pour établir la convention entre l'assurance maladie et les taxis seront « adaptés au niveau local notamment selon la démographie médicale ». Il importe en effet de prendre en considération les spécificités des zones rurales, généralement moins bien desservies que les zones urbaines, ainsi que la démographie médicale. Dans les territoires sous-dotés en soignants, les patients doivent parfois parcourir de longues distances pour bénéficier de soins. Ce phénomène est accentué dans les territoires ruraux, où les personnes âgées sont plus nombreuses et plus isolées.

Ces spécificités nourrissent des disparités dans l'accès aux soins. Il importe de trouver un équilibre entre les besoins des patients et la viabilité économique des chauffeurs de taxi, sans accentuer les différences territoriales d'accès aux soins.

M. le rapporteur général. La prise en compte des territoires et de la démographie médicale fait partie des questions que j'ai évoquées lors de mon premier entretien en tant que rapporteur général avec le directeur général de la Cnam. J'y suis donc très sensible. Seulement, vous prévoyez des adaptations systématiques, alors qu'elles ne se justifient pas toujours.

Vous mettez par ailleurs en avant un unique critère. Il en existe pourtant d'autres, comme les distances à parcourir, le réseau de transport existant ou le type de soins concerné. Une définition trop étroite des critères applicables pourrait être contraire à l'esprit initial de la disposition.

Je vous invite donc à retirer votre amendement et à le retravailler d'ici la séance, afin de le rendre plus juste.

M. Yannick Monnet (GDR). Le terme « systématiquement » figure seulement dans l'exposé sommaire, et non dans le corps de l'amendement lui-même. Je ne vois pas en quoi la prise en compte des réalités locales, notamment de la démographie médicale, pourrait poser problème. C'est toujours la même chose : tout le monde défend les territoires ruraux, mais on n'inscrit jamais leurs spécificités dans les textes !

M. le rapporteur général. En adoptant l'amendement AS128 de M. Peytavie, nous avons inséré les mots : « et aux spécificités des zones rurales et des zones sous-dotées en transports sanitaires. » La ruralité est donc bien prise en compte. La démographie médicale ne peut être le seul critère pris en compte.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS125 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Il est essentiel que les conventions signées avec les chauffeurs de taxi prennent en compte le temps supplémentaire qu'il leur faut pour installer à bord les personnes âgées, vulnérables ou en situation de handicap qu'ils accompagnent.

M. le rapporteur général. Nous en avons parlé avec le directeur général de la Cnam : les questions de la course d'approche, du temps d'attente ou de l'aide à l'installation des passagers doivent être prises en compte dans la convention-cadre. Ce n'est pas à la loi d'énumérer ces sujets, cela fait courir le risque qu'elle en oublie un.

Avis défavorable.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS302 de M. René Lioret

M. René Lioret (RN). Cet amendement propose d'obliger les entreprises de taxi à utiliser un système électronique de facturation et de géolocalisation certifié par l'assurance maladie. Il s'inscrit dans une démarche globale de renforcement de la transparence, de lutte contre la fraude et de contrôle des dépenses de transport sanitaire, lesquelles atteignent tout de même 6 milliards d'euros. La certification de l'outil garantira son adéquation aux spécificités du secteur et à la réalité du terrain. Les responsables syndicaux que notre groupe a rencontrés récemment ne sont pas opposés à cette mesure et y sont même, pour certains, favorables.

M. le rapporteur général. La nécessité de développer ces outils a été abordée en première lecture et fait, je crois, consensus. Je suis donc favorable à cette obligation sur le fond. Il me semblerait préférable, en revanche, de l'insérer après le quatorzième alinéa : je vous invite à retirer votre amendement pour le modifier en ce sens, en vue de l'examen du texte en séance.

En l'état, avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendement AS258 de Mme Sylvie Bonnet

M. Fabien Di Filippo (DR). En réduisant le nombre de transports de patients, la nouvelle convention-cadre avec l'assurance maladie fait peser une menace sur le modèle économique des taxis, dont une part importante de l'activité est liée au transport sanitaire. Nous avons la chance qu'ils participent de cette façon au service public et proposons, pour atténuer les effets de cette nouvelle convention, de supprimer l'alinéa 15.

M. le rapporteur général. Je trouve moi aussi que l'alinéa 15 en rajoute un peu trop aux taxis, déjà ciblés par certaines mesures du PLFSS. Je donne donc un avis favorable à votre amendement, d'autant qu'il ménagera la possibilité d'une discussion apaisée avec les entreprises de taxi.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, les amendements AS562 de Mme Annie Vidal et AS336 de Mme Zahia Hamdane tombent.

M. le rapporteur général. L'amendement d'appel de Mme Vidal qui vient de tomber mérite d'être discuté en séance publique.

Amendement AS351 de M. Yannick Monnet

M. Yannick Monnet (GDR). Je propose de préciser que la convention-cadre nationale est établie après recueil de l'avis des associations d'usagers. Cela me paraît la moindre des choses.

M. le rapporteur général. La convention-cadre abordera bien des sujets qui ne seront pas tous relatifs à l'accès aux soins des usagers. Je ne dis pas que l'avis de France Assos Santé ne serait pas intéressant, mais il ne me semble pas pertinent de le solliciter à ce sujet.

M. Yannick Monnet (GDR). Je ne comprends pas pourquoi nous nous priverions de cet avis, qui permettrait d'éclairer les décisions sans obliger à rien. Si l'avis des usagers était pris en compte, peut-être nos services seraient-ils plus adaptés.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Je soutiens cet amendement : il est essentiel que nous fassions évoluer notre rapport aux citoyens, en l'occurrence aux usagers, pour établir un lien direct avec eux.

Mme Annie Vidal (EPR). Je voudrais revenir sur mon amendement AS562, qui est tombé. Les économies qu'il est prévu de réaliser grâce à la modulation de la rémunération des taxis ne seront pas faciles à faire car la Cpam ne s'appuie pas sur des données solides. Je propose de ce fait d'appliquer une franchise par trajet, à la charge des taxis, qui pourrait générer autant voire davantage d'économies que ce qui est aujourd'hui prévu. Grâce à un outil de géolocalisation certifié par la Cpam, ce dispositif pourrait s'appuyer sur des bases fiables. Les chauffeurs de taxi, VSL et ambulances y sont favorables.

M. Christophe Bentz (RN). Encore une fois, cet article nous rend sceptiques. Il est regrettable que la restriction du transport sanitaire prévue ne différencie que peu les zones urbaines et rurales – même si nous avons évidemment voté l'amendement de M. Peytavie. L'amendement de Mme Vidal aussi était de bon sens et nous l'aurions voté. Les fédérations et syndicats de taxis et de VSL sont prêts à faire des efforts, mais cet article tape à côté, si vous me permettez l'expression : il va restreindre les services apportés aux personnes sans aider à lutter contre les abus et les fraudes.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Notre groupe estime que les 33 millions d'euros pris aux taxis, sur la base d'une décision arbitraire de la direction de la

Cnam, représentent une somme très limitée au regard des moyens et des discussions engagées.

Les tarifs forfaits présentent deux inconvénients. D'abord, ils avantagent les courtes distances. Pour les longues distances, les patients risquent ainsi de ne pas trouver de taxi – car il travaillerait à perte – et de devoir faire appel à une ambulance – si cela est possible. Ensuite, ces tarifs forcent au développement du transport partagé, qui met en péril le secret médical. Les patients n'ont pas envie de dire aux personnes avec qui ils voyagent, qui peuvent être leurs voisins ou leurs collègues, ce dont ils souffrent. Cela me semble très dangereux. Les taxis eux-mêmes sont mobilisés, allant jusqu'à proposer une solution alternative : la mise en place d'une franchise à 1 euro, évoquée par Mme Vidal. Un tel dispositif éviterait d'avoir à modifier l'organisation des trajets et ne dissuaderait pas les longues distances.

Enfin, la mise en cause du taximètre, qui est un outil certifié, me laisse perplexe. Pourquoi ne pas envisager l'installation de terminaux acceptant la carte Vitale ? Cela permettrait un contrôle immédiat. Aujourd'hui, les chauffeurs consacrent des journées entières à adresser des documents aux autorités administratives. C'est une perte de temps, d'énergie et d'argent, et cela nous incite à repousser l'article 17.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 17 modifié.

Article 17 bis A (nouveau) : *Obligation pour les entreprises de transport sanitaire d'équiper l'ensemble de leurs véhicules d'un dispositif de géolocalisation certifié par l'assurance maladie et d'un système électronique de facturation intégré*

Amendement AS627 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Il est d'usage de ne pas inscrire de dates dans le code de la sécurité sociale : je vous propose donc de retenir la rédaction adoptée en commission mixte paritaire.

La commission adopte l'amendement.

Amendements AS563 de Mme Annie Vidal et AS265 de Mme Stéphanie Rist (discussion commune)

Mme Annie Vidal (EPR). Cet amendement vise à rendre obligatoire pour les taxis conventionnés avec la Cnam de s'équiper d'un dispositif de géolocalisation certifié. L'objectif est double : combler le manque de données fiables et actualisées sur les courses effectuées par les taxis sanitaires, et renforcer la transparence et la lutte contre la fraude.

M. le rapporteur général. Pour la clarté de nos débats, je tiens à préciser qu'il ne s'agit pas ici d'intégrer ce sujet aux négociations de la convention-cadre,

comme nous venons d'en débattre à l'article 17, mais de fixer une obligation pour l'ensemble des taxis, à la date du 1^{er} octobre. Rappelons-nous que Geneviève Darrieussecq, alors ministre, avait jugé ce délai irréaliste, et veillons à conserver un équilibre. Je suis très attaché à la lutte contre la fraude, mais il faut s'efforcer, dans l'optique de donner un budget à notre sécurité sociale, de chercher les consensus et d'éviter les irritants.

Avis défavorable.

La commission adopte l'amendement AS563.

En conséquence, l'amendement AS265 tombe.

Amendement AS298 de M. René Lioret

M. René Lioret (RN). Cet amendement veut renforcer la lutte contre la fraude au titre des transports sanitaires, dont le montant est passé de 19 millions d'euros en 2018 à 34 millions en 2023. Il vise, grâce à un système de facturation électronique intégrée et à un dispositif de géolocalisation, à retracer avec précision les trajets réellement effectués et à vérifier leur concordance avec les prestations facturées.

Cet outil de contrôle permettra de détecter d'éventuelles surfacturations ou déclarations inexactes. Dans un souci de respect de la vie privée, l'amendement assure sa conformité à la législation en vigueur relative à la protection des données personnelles, afin de préserver les droits et libertés des patients comme des professionnels du transport. Le but est de dissuader les pratiques frauduleuses plus que de sanctionner.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Cet amendement entre dans un niveau de détail inhabituel pour un texte de loi. En outre, il est déjà satisfait par les dispositions actuelles de l'article 17 bis A. J'en profite pour dire que je proposerai sans doute en séance de reporter la date d'entrée en vigueur de cet article après le 1^{er} octobre, à la fois pour s'assurer qu'elle puisse être respectée et pour préserver nos taxis.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 17 bis A modifié.

Article 17 bis B (nouveau) : Dérogation au cadre juridique du transport sanitaire pour les entreprises proposant uniquement une offre de transport pour les personnes à mobilité réduite

La commission adopte l'article 17 bis B non modifié.

Article 17 bis C (nouveau) : Demande de rapport sur la prise en charge anonymisée, en cas de violence intrafamiliale, des frais de transport pour un avortement

Amendements de suppression AS628 de M. Thibault Bazin et AS92 de M. Fabien Di Filippo

M. le rapporteur général. Je me suis efforcé de rétablir les décisions qu'avait prises la CMP, en l'occurrence celle de supprimer un article portant sur une demande de rapport. Je m'en remets à votre sagesse.

M. Fabien Di Filippo (DR). J'invite chacun à s'interroger sur la faisabilité réelle du dispositif en question.

M. le président Frédéric Valletoux. Ce n'est pas le sujet proprement dit du rapport qui est en cause. Pour avoir présidé la CMP, je peux témoigner du fait que les demandes de rapport sont souvent écartées par nos collègues sénateurs.

Mme Sandrine Runel (SOC). Je trouve scandaleux que l'on demande un rapport – à moins qu'il ne s'agisse d'un contrôle ? – sur la prise en charge anonymisée des frais de transport des femmes victimes de violences intrafamiliales souhaitant recourir à un avortement !

M. le rapporteur général. N'ayant pas pris part à cette CMP, je ne saurais vous en dire plus sur cette demande de rapport. Il me semble qu'il s'agissait d'appeler l'attention sur la situation des femmes victimes de violences conjugales et des mineures. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas un rapport qui nous permettra de traiter ce sujet – et je répète que je ne me suis pas prononcé sur le fond.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Ayant quant à moi participé à cette CMP, je peux témoigner du fait qu'il n'y avait aucune raison à la suppression de cet article. Nous pouvons donc le rétablir.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 17 bis C est supprimé.

Article 17 bis D (nouveau) : Définition des conditions dans lesquelles un assuré retrouve ses droits à la sécurité sociale à son retour sur le territoire français

Amendement de suppression AS608 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Je me suis là encore efforcé, dans un souci de consensus, de revenir à la décision de la CMP de supprimer cet article déclaratoire et peu opérant. Un décret n'est pas nécessaire pour remédier à un problème relevant de la gestion administrative des caisses.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 17 bis D est supprimé.

La réunion est suspendue de dix-huit heures trente-cinq à dix-huit heures cinquante-cinq.

Article 17 bis : Généralisation du dispositif « Handigynéco »

La commission adopte l'article 17 bis non modifié.

Article 17 ter : Révision de la périodicité des examens de prévention bucco-dentaires

La commission adopte l'article 17 ter non modifié.

Article 17 quater : Généralisation de l'expérimentation de centres de santé sexuelle d'approche communautaire

Amendement AS143 de Mme Marie-Charlotte Garin

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Les inégalités territoriales en matière de santé demeurent préoccupantes. Les femmes, en particulier, rencontrent des difficultés accrues pour accéder à des soins de santé sexuelle et reproductive, tels que le suivi gynécologique, l'accès à la contraception ou le dépistage des pathologies spécifiques. On observe par exemple une surmortalité liée au cancer du sein de 11 % chez les femmes des communes rurales par rapport à la moyenne régionale.

Cet amendement a pour objectif de favoriser l'implantation des centres de santé sexuelle dans les zones sous-dotées, par exemple rurales ou ultramarines.

M. le rapporteur général. Je partage votre objectif. L'accès à ces soins, notamment en zone rurale mais aussi pour les personnes en situation de handicap, constitue un vrai défi.

Les centres de santé et de médiation sexuelle ont cependant une approche très spécifique, plutôt tournée vers certains publics éloignés du système de santé, exposés au risque de développer des infections sexuellement transmissibles. Ces centres reposent sur une approche communautaire et ont plutôt vocation à se déployer en zone urbaine, là où ces publics se trouvent concentrés. Il me semble qu'adopter votre amendement conduirait à orienter leur installation dans les zones rurales, à rebours de la vocation initiale de l'article 17 quater.

Avis défavorable.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Je maintiens cet amendement de Marie-Charlotte Garin. Il me semble pertinent de prioriser l'installation de ces centres dans les zones sous-dotées.

La commission rejette l'amendement.

*Puis elle adopte l'article 17 quater **non modifié**.*

Article 17 quinques : Campagne de vaccination contre les infections à méningocoque dans les établissements scolaires

*La commission adopte l'article 17 quinques **non modifié**.*

Article 17 sexies : Suppression de la condition d'adressage médical dans le cadre du dispositif Mon soutien psy

M. Philippe Vigier (Dem). À l'automne, les discussions relatives à cet article avaient été consensuelles. Toutefois, dans la présente rédaction, je ne vois aucune mention des territoires ultramarins : il faudra amender l'article en ce sens en séance publique.

M. Sébastien Peytavie (EoS). Le dispositif Mon soutien psy a toujours posé un double problème d'adressage et de rémunération des professionnels. De plus, il vise un public souffrant de troubles légers à modérés ; or les personnes souffrant de troubles plus graves doivent attendre très longtemps pour obtenir un rendez-vous dans un centre médico-psychologique ou dans un centre médico-psycho-pédagogique. Je n'ai rien contre ce dispositif, mais compte tenu du contexte budgétaire, il serait plus efficace d'utiliser les sommes qui lui sont allouées pour créer 2 600 postes de psychologues dans ces centres. Cela permettrait d'accueillir beaucoup plus de monde.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Je ne conteste pas les propos de M. Peytavie, mais cet article vise à autoriser la consultation directe d'un psychologue. Ce sera toujours mieux que d'attendre un rendez-vous dans un centre et si nécessaire, le psychologue ainsi consulté aura plus de facilité pour justement adresser son patient à un centre.

Par ailleurs, le manque de psychologues dans les centres n'est pas uniquement financier, mais relève aussi d'un manque de professionnels. Nous devons augmenter le nombre de psychologues formés dans notre pays.

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Je souscris aux propos de Sébastien Peytavie et me désole que le seul article du PLFSS portant sur la santé mentale et la psychiatrie publique soit consacré à Mon soutien psy.

Ce dispositif ne peut être la seule réponse à la crise du secteur. Il est boycotté par près de 90 % des psychologues conventionnés. Il s'appuie sur une logique de tri, alors que la psychiatrie publique a vocation à accueillir toutes les souffrances psychiques. En limitant le nombre de séances – bien qu'elles aient été portées au nombre de douze – il pousse à interrompre brutalement la prise en charge de thérapies s'inscrivant dans un temps long. De plus, il rate sa cible, puisque 11 % seulement des bénéficiaires sont en situation de précarité. Les 170 millions d'euros qui lui ont été alloués en 2024 auraient pu financer 2 500 postes de psychologue en

centre médico-psychologique, ce qui aurait permis de ramener de deux ans à six mois les délais d'attente pour un rendez-vous.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous avions eu un long débat à ce sujet en première lecture. Nous connaissons les limites de ce dispositif, auquel nous avons apporté des modifications concernant notamment les conditions d'adressage, le nombre de séances et la rémunération des professionnels. Sans en attendre de miracle, reconnaissions qu'il permet d'apporter un suivi psychologique à un plus grand nombre de personnes.

La commission adopte l'article 17 sexies non modifié.

Article 17 septies : Étendre l'expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes en communauté professionnelle territoriale de santé

Amendements identiques AS629 de M. Thibault Bazin et AS263 de Mme Stéphanie Rist

Mme Stéphanie Rist (EPR). Cet amendement, qui a été retenu par la CMP, vise à augmenter le nombre de départements qui pourront bénéficier de l'accès direct aux kinésithérapeutes dans le cadre de soins coordonnés. Cette possibilité était prévue dans la loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, que j'ai défendue. Le décret d'application correspondant n'a pas encore paru ; il tiendra compte du nombre de départements qui pourront être inclus dans cette expérimentation.

La commission adopte les amendements et l'article 17 septies est ainsi rédigé.

Article 17 octies : Expérimentation du remboursement des tests permettant de détecter une soumission chimique

Amendement AS534 de Mme Marie-Charlotte Garin

M. Sébastien Peytavie (EcoS). « *L'amnésie est un gouffre* ». Ces mots, ce sont ceux de Céline, professeure de danse de 46 ans, violée à 28 ans par soumission chimique.

Quelques semaines après le procès des violeurs de Gisèle Pelicot, cet amendement vise à renforcer l'accompagnement des victimes en leur garantissant une prise en charge psychologique. La détection est un premier pas qu'il convient de saluer, mais nous devons faire plus, pour que la honte change de camp.

M. le rapporteur général. Qui pourrait s'opposer à l'amélioration de l'accompagnement psychologique des femmes victimes de viol ? Je soutiens pleinement l'objectif de cet amendement, mais en tant que rapporteur général, je dois dire qu'il n'a pas réellement de portée juridique, dans la mesure où l'article 17 octies vise à autoriser les tests permettant de détecter un état de soumission chimique et non à organiser la prise en charge qui s'ensuivra.

Demande de retrait, pour ne pas avoir à voter contre !

M. Sébastien Peytavie (EcoS). J'entends vos propos, mais je ne peux pas retirer l'amendement de Mme Garin. Il me semble de surcroît essentiel de prendre la mesure de la question de la soumission chimique et du besoin de prévoir un accompagnement digne.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS551 de Mme Anaïs Belouassa-Cherifi.

Mme Anaïs Belouassa-Cherifi (LFI-NFP). La soumission chimique, cette pratique ignoble utilisée pour commettre des violences sexistes et sexuelles, est une réalité insupportable. Le procès du mari et des agresseurs de Gisèle Pelicot, dont nous saluons l'immense courage, a révélé l'ampleur du phénomène et l'urgence d'agir. Tout le monde peut être concerné. Le groupe La France insoumise salue l'expérimentation prévue dans cet article, mais considère qu'il faut aller plus loin et plus vite.

Cet amendement vise à s'assurer de la réalisation de cette expérimentation dans six régions plutôt que trois. Nous devons lutter efficacement contre ces pratiques abjectes, sans limiter nos ambitions : c'est une question de justice et dignité.

M. le rapporteur général. Lorsque j'ai pris connaissance de votre amendement, je pensais que le nombre de régions concernées par une expérimentation devait être inférieur à ce que vous proposez. Toutefois, puisqu'il a été considéré comme recevable et que la généralisation de cette expérimentation me semble judicieuse, je m'en remets à la sagesse des membres de la commission.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 17 octies modifié.

Article 17 nonies : Rapport évaluant les modalités d'une distinction des dépenses de prévention dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Amendement AS539 de M. Hadrien Clouet

Mme Anaïs Belouassa-Cherifi (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 17 nonies non modifié.

Article 18 : Plafonner les rémunérations des personnels non médicaux en intérim

Amendement AS346 de M. Damien Maudet

M. Damien Maudet (LFI-NFP). Cet amendement est en quelque sorte rédactionnel. Pour préciser ce qu'est un écart significatif, il ajoute « qui ne peut excéder 20 % de l'écart, ». Il vise à plafonner le surcoût du recrutement d'un intérimaire.

M. le rapporteur général. Votre rédaction ne produirait pas l'effet que vous recherchez : le plafonnement des rémunérations d'intérim prévu par l'article 18 ne pourrait pas s'appliquer lorsque l'écart constaté entre les personnels intérimaires et permanents serait supérieur à 20 % – c'est-à-dire dans les situations où cela serait le plus nécessaire. Je vous invite donc à retirer l'amendement et à le rectifier d'ici à la séance publique.

L'amendement est retiré.

Amendement AS21 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). Étant favorables au plafonnement des rémunérations, nous proposons d'instituer une part maximale de contrats intérimaires dans les établissements hospitaliers, qui serait adaptée en fonction de leurs besoins spécifiques.

Cette proposition reprend une recommandation de la Cour des comptes visant à confier aux ARS, pour chaque groupement hospitalier de territoire, le soin d'élaborer un contingent de contrats de recrutement temporaire de médecins en fonction de la conjoncture.

M. le rapporteur général. On ne peut que souscrire à l'idée d'encourager les établissements à recruter davantage de personnels titulaires. C'est la principale préoccupation des directeurs d'établissement, dont les postes vacants sont trop nombreux.

Toutefois, instaurer ce second plafonnement, en plus de celui portant sur la rémunération des intérimaires, pourrait engendrer un risque pour les établissements et se retourner contre eux. Je ne suis pas certain qu'il faille les empêcher de se tourner vers l'intérim, lorsque les postes de titulaires restent vacants faute de candidats.

Je connais votre attachement aux établissements de santé, monsieur Guedj, et je ne doute pas de vos bonnes intentions, mais je crains que l'adoption de votre amendement crée des situations ingérables. Je n'ai pas discuté de cette proposition avec les fédérations représentatives.

En l'état, avis défavorable.

M. Philippe Vigier (Dem). Adopter cet amendement complexifierait effectivement les choses. Stéphanie Rist avait pointé les difficultés relatives au coût de l'intérim. Le plafonnement que nous avons instauré a permis d'améliorer un peu la situation, mais il reste de belles marges d'amélioration.

Un phénomène a pris de l'ampleur en 2024 : les démissions de praticiens titulaires, qui sont ensuite réembauchés au même poste en tant qu'intérimaires. Dans un établissement dont je tairai le nom, une quarantaine de praticiens ont procédé ainsi. En raison du principe de séparation entre l'ordonnateur et le payeur, ce dernier ne devrait pas accepter de telles pratiques.

M. Yannick Monnet (GDR). Je souscris à ces propos. D'où l'intérêt de cet amendement : il faut imposer des contraintes.

Les difficultés de recrutement s'expliquent pour partie par le manque de praticiens, mais aussi par les stratégies qu'ils développent, ainsi que par les pratiques peu loyales de certaines agences d'intérim – qui attirent d'anciens salariés d'établissements hospitaliers par le biais de remboursements de frais de déplacement majorés par exemple. Le plafonnement proposé dans cet amendement permettrait de limiter ces pratiques.

La loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé a pénalisé le recours à l'intérim dans les premiers mois, mais les pratiques de contournement se sont adaptées.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS147 de Mme Marie-Charlotte Garin

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Cet amendement de Mme Garin vise à mentionner explicitement les métiers liés à la santé des femmes – notamment les sages-femmes et les conseillères en santé sexuelle – comme faisant partie des spécificités territoriales. Ces professions jouent un rôle essentiel pour répondre aux besoins des patientes, notamment en matière de suivi de grossesse, d'accès à la contraception et de dépistage des pathologies gynécologiques. Elles sont cependant souvent en forte tension, particulièrement dans les zones sous-dotées.

M. le rapporteur général. Je comprends bien votre intention, mais votre rédaction est peu claire : vous semblez vouloir que les professions liées à la santé des femmes soient reconnues comme des spécificités territoriales. Je vous invite à la réécrire d'ici à la séance publique.

Demande de retrait.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS20 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet amendement précise que les dispositions de l'article 18, qui ne fait référence qu'à certains établissements, s'appliquent à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux.

M. le rapporteur général. Avis favorable.

La liste donnée à l'article 18 correspond aux établissements principalement concernés par les dérives de l'intérim, mais je ne vois pas d'inconvénient à élargir le champ des établissements qui pourront instaurer ces plafonnements, d'autant que les difficultés de recrutement que nous avons évoquées sont en train de gagner d'autres professions.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS19 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet amendement vise à ramener au 1^{er} mars 2025 l'entrée en vigueur des dispositions de cet article : les professionnels savent depuis octobre qu'elles sont dans les tuyaux.

M. le rapporteur général. Depuis, il y a eu une censure, et nous n'avons toujours pas de PLFSS. Même dans un monde idéal, je ne vois pas comment cet article pourrait entrer en vigueur le 1^{er} mars prochain. Les établissements n'auront matériellement pas le temps de mettre en œuvre ces plafonnements.

Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

L'amendement AS543 de Mme Élise Leboucher est retiré.

La commission adopte l'article 18 modifié.

Article 18 bis (nouveau) : Ajustements à la réforme du financement des établissements de santé

La commission adopte l'article 18 bis non modifié.

Article 18 ter (nouveau) : Prise en compte de l'impact de la concurrence transfrontalière dans le calcul du coefficient géographique

La commission adopte l'article 18 ter non modifié.

Article 18 quater (nouveau) : Intégrer la lutte contre les erreurs médicamenteuses évitables parmi les indicateurs du dispositif Ifaq

La commission adopte l'article 18 quater non modifié.

Article 18 quinques (nouveau) : Élargissement de la possibilité pour un élu local de continuer à exercer son mandat malgré le bénéfice d'indemnités journalières

La commission adopte l'article 18 quinques non modifié.

Article 19 : Lutter contre les pénuries des produits de santé

Amendement AS353 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). Cet amendement vise à mieux se prémunir des pénuries de médicaments. En 2023, 5 000 ruptures de médicaments ont été déclarées, soit 30 % de plus qu'en 2022. Alors que le texte prévoit quatre mois de stock plafond, nous proposons un stock plancher de deux mois.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà eu cette discussion en première lecture. Je souhaite conserver l'équilibre précaire qui s'était esquisse en fin d'année dernière.

Avis défavorable.

Mme Joëlle Mélin (RN). Cette proposition est en partie issue du rapport de Valérie Rabault sur la proposition de loi visant à lutter contre les pénuries de médicaments. Il ressort des auditions menées à cette occasion que cette solution est beaucoup plus acceptable, compte tenu de la mosaïque des produits concernés – qui sont plus de 400 désormais.

Fixer un stock plancher est moins coercitif et plus efficace qu'imposer un stock plafond – même si le meilleur stock est celui qui n'obéit pas les réserves des officines et ne met pas le marché en tension.

M. Yannick Monnet (GDR). L'enjeu est bien de lutter contre la pénurie de médicaments. En l'absence de stocks planchers, on continuera de connaître de telles pénuries. Malgré l'engagement du Président de la République à relocaliser la production, nous sommes encore loin de la maîtriser et de disposer du pôle public du médicament que nous appelons de nos vœux. Dans cette attente, prémunissons-nous des pénuries à l'aide de stocks planchers.

M. le rapporteur général. Je comprends, mais l'amendement me semble satisfait : tel qu'il est rédigé, l'article 19 donne la possibilité au directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) de rehausser les niveaux de stock et même d'y déroger si nécessaire – pour des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur qui ont connu des problèmes de stock récurrents. De plus, la proposition de loi Rabault a permis de progresser en ce sens.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS334 de M. Cyrille Isaac-Sibille

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Il s'agit d'anticiper le passage d'un médicament princeps à un générique. L'évaluation des besoins de la population sur les douze derniers mois glissants, telle que prévue à l'article 19, contraindra le laboratoire commercialisant le princeps à constituer un stock surdimensionné par rapport aux besoins réels, qui vont brusquement chuter. Cet amendement vise à considérer plutôt les trois derniers mois glissants, dès que la possibilité est offerte aux pharmaciens de substituer un princeps par un générique.

M. le rapporteur général. À titre personnel, je suis favorable à cet amendement – j'en avais moi-même déposé un en ce sens en première lecture. Cependant, en tant que rapporteur général, je dois privilégier les rédactions ayant fait consensus – je le dis d'autant plus librement que je n'ai pas participé à la CMP – afin de doter enfin notre sécurité sociale d'un budget.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS614 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet amendement vise à coordonner les dispositions figurant dans deux amendements adoptés par le Sénat en première lecture, l'un ayant été déposé par la commission des affaires sociales, l'autre par le Gouvernement.

La commission adopte l'amendement.

Amendements identiques AS360 de M. Nicolas Turquois et AS517 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

M. Nicolas Turquois (Dem). Une disposition votée au Sénat à l'alinéa 6 prévoit jusqu'à six mois de stock. Cet amendement vise à la supprimer, car cela nous paraît excessif.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Les stocks sont aussi gérés à l'échelle européenne, il faut en tenir compte. La Commission européenne avait déjà procédé à des mises en garde concernant des obligations de stocks trop importantes en France, qui seraient déséquilibrés par rapport aux États moins exigeants. Nous devons également tenir compte des contraintes des entreprises pharmaceutiques, notamment la saturation des capacités de production et des capacités de stockage.

M. le rapporteur général. Les différents amendements à l'article 19 illustrent des positions antagonistes. J'en conclus que la rédaction est assez équilibrée et je ne souhaite pas la modifier.

Mme Joëlle Mélin (RN). Il est précisé dans les exposés sommaires que le directeur de l'ANSM aura la possibilité d'augmenter ou de réduire les stocks. Les porter arbitrairement à six mois serait une surenchère contre-productive : on laissera les stocks de produits fabriqués dormir sur les étagères, pour éviter des pénalités, et les médicaments ne circuleront pas, ce qui créera une pénurie relative. Ce serait inepte. Il faut supprimer l'alinéa 6.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je comprends bien qu'un manque de produits de santé peut être très préjudiciable pour nos concitoyens et pour les pharmaciens, mais constituer des stocks pouvant aller jusqu'à six mois, hors risques graves, implique de mobiliser beaucoup d'argent. Cette stratégie amènera certaines entreprises, devant fournir beaucoup de stocks qui ne seront pas forcément

consommés, à arrêter des productions. Je trouve que ce serait aller trop loin dans la logique de prévention.

Mme Stéphanie Rist (EPR). L’alinéa 6 ne concerne que certains médicaments d’intérêt majeur pour lesquels on ne pourra aller au-delà de six mois, ce qui me paraît assez raisonnable. Il n’est pas question que ce soit pour tous les médicaments, mais pour certaines pathologies. Nous donnerons ainsi à l’ANSM un levier qu’elle a réclamé lors des auditions.

M. le rapporteur général. Je suis embêté : les articles 9 et 19 parvenaient à un équilibre, mais je suis sensible à vos arguments. Les questions que vous posez sont légitimes, mais j’ai également entendu ce qu’a dit Stéphanie Rist.

Ma position a évolué : sagesse.

La commission adopte les amendements.

Amendement AS613 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. C’est un amendement de coordination entre les dispositions de l’article 19, dans sa version issue du Sénat, et l’article L. 5121-33 du code de la santé publique.

La commission adopte l’amendement.

Amendement AS99 de Mme Katiana Levavasseur

Mme Joëlle Mélin (RN). L’amendement est défendu.

Suivant l’avis du rapporteur général, la commission rejette l’amendement.

Amendement AS186 de Mme Joëlle Mélin

Mme Joëlle Mélin (RN). Il s’agit de supprimer l’alinéa 14, qui porte le plafond de l’astreinte journalière pour chaque jour de rupture d’approvisionnement constaté de 30 à 50 % du chiffre d’affaires journalier moyen réalisé en France par l’entreprise lors du dernier exercice clos pour le produit considéré. Cela risquerait de mettre en péril l’industrie pharmaceutique française. J’entends dire qu’elle fait des profits et des surprofits, mais heureusement qu’elle est là pour fournir des médicaments en temps et en heure !

M. le rapporteur général. Je crois que votre amendement ne porte pas sur le bon alinéa : le taux de l’astreinte journalière est traité à l’alinéa 22. Je vous invite à le retirer pour le retravailler d’ici à la séance, en précisant que, sur le fond, il s’éloigne de l’équilibre que j’ai évoqué.

L’amendement est retiré.

Amendements identiques AS354 de M. Yannick Monnet et AS511 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

M. Yannick Monnet (GDR). En cas de pénurie, le ministre ne doit pas avoir la faculté, mais l'obligation d'établir une stratégie. Il est impératif qu'il assume ses responsabilités.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). En effet, il faut transformer cette faculté en obligation.

M. le rapporteur général. J'y souscris totalement. Avis favorable.

La commission adopte les amendements.

Amendement AS33 de M. Joël Aviragnet

M. Arnaud Simion (SOC). L'ANSM a prononcé, il y a quelques mois, des sanctions d'un montant de 8 millions d'euros à l'encontre de laboratoires pharmaceutiques qui n'avaient pas respecté leur obligation d'avoir quatre mois de stocks de sécurité. Par cet amendement issu d'une proposition de loi déposée par Valérie Rabault, nous voulons consacrer les pouvoirs de contrôle de l'ANSM sur pièces et sur place dans les entreprises pharmaceutiques.

M. le rapporteur général. Par cohérence avec mes amendements, qui vont plutôt dans le sens contraire, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS545 de M. Hadrien Clouet et AS355 de Mme Karine Lebon (discussion commune)

M. Damien Maudet (LFI-NFP). Par l'amendement AS545, nous souhaitons rendre pleinement efficient le relèvement des sanctions financières en systématisant les amendes, prononcées par l'ANSM lorsque des entreprises ne respectent pas leurs obligations.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS355 est défendu.

M. le rapporteur général. Nous avons besoin d'un régime aussi équilibré que possible et je crois que vous êtes sensibles, vous aussi, à l'idée que les sanctions doivent être proportionnées. Il ne me paraît pas opportun de les systématiser et de dicter sa conduite à l'ANSM. La philosophie à suivre est plutôt de renforcer ses prérogatives et de la laisser conduire des négociations avec intelligence et discernement avant d'en venir à des sanctions, tout en lui conférant des moyens dissuasifs. Je note, du reste, qu'il y a d'autres cas où vous refusez les sanctions automatiques. Il vaut mieux encourager les acteurs industriels à se mettre en conformité.

Avis défavorable.

M. Hendrik Davi (EcoS). J'aurais aimé que vous défendiez la même position ce matin s'agissant des allocations des parents de délinquants !

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS428 de M. Yannick Monnet et AS546 Mme Zahia Hamdane (discussion commune)

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Il s'agit de garantir l'approvisionnement en médicaments en renforçant les sanctions à l'encontre des entreprises pharmaceutiques.

En 2023, 37 % des Français ont été confrontés à une pénurie de médicaments en pharmacie, soit 8 % de plus qu'en 2022. Les industriels ne respectent pas leurs obligations. Aussi le groupe LFI propose-t-il de renforcer l'astreinte journalière faisant sanction en cas d'infraction relative aux stocks de sécurité, et d'affecter une partie du produit de ces sanctions au financement de la branche maladie.

M. le rapporteur général. La systématisation de l'astreinte journalière en complément de la sanction ne me semble pas équilibrée. Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS512 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Pour éviter la systématisation, nous proposons de graduer les sanctions financières de l'ANSM de sorte qu'elles soient vertueuses et en prise avec la réalité opérationnelle, tout en assurant une continuité d'approvisionnement pour les patients.

Les sanctions seraient graduées selon la gravité des manquements constatés. Précision importante, le laboratoire en serait exempté s'il démontre sa capacité à reconstituer ses stocks dans un délai d'un mois – car un stock est fait pour être utilisé en cas de tension. En revanche, les sanctions seraient renforcées en cas de manquements répétés, jusqu'à 50 % du chiffre d'affaires pour les récidivistes.

M. le rapporteur général. Vous avez raison, ce ne sont pas tant les sanctions qui comptent que le respect de la réglementation relative aux stocks de sécurité, l'objectif étant avant tout d'éviter les pénuries.

L'ANSM n'a pas un recours abusif à son pouvoir de sanction. Elle est loin d'avoir prononcé des sanctions de manière systématique, ni au niveau maximal. Un régime de sanction renforcé pour les manquements répétés paraît justifié.

La CMP n'ayant pas modifié ce point, je m'en remets à la sagesse de la commission.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS129 de M. Sébastien Peytavie et AS357 de M. Philippe Vigier (discussion commune)

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Nous ne pouvons tolérer que l'accès de la population à des médicaments essentiels soit soumis à des stratégies financières. En effet, les géants du secteur pharmaceutique jugent parfois plus rentable de payer une amende modérée que de maintenir la production d'un médicament n'entrant pas dans leurs projections financières.

Nous proposons donc d'instaurer des pénalités réellement dissuasives – sanctions financières ou *name and shame* sans limite de temps sur le site de l'ANSM – afin que la santé de la population ne soit pas sacrifiée sur l'autel du profit.

M. Philippe Vigier (Dem). Disons, pour être rapide, que mon amendement est identique.

M. le rapporteur général. M. Peytavie propose de porter le plafond des sanctions de 50 % à 100 % du chiffre d'affaires, ce qui me paraît quelque peu excessif. Je suis donc défavorable à l'amendement AS129.

L'amendement de M. Vigier, lui, veut réserver l'usage des sanctions financières aux seuls manquements répétés aux obligations de stockage. Cela me semble propice à éviter les pénuries. Sagesse.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS34 de M. Arnaud Simion et AS541 de M. Damien Maudet (discussion commune)

M. Arnaud Simion (SOC). L'amendement AS34 porte à cinq ans la durée de publication des sanctions de l'ANSM sur son site internet et y joint un tableau récapitulatif des entreprises sanctionnées.

M. le rapporteur général. La disposition préconisée par l'amendement AS34 ne figure pas dans la proposition de loi de Valérie Rabault visant à lutter contre les pénuries de médicaments, et je la trouve un peu excessive. La peine perpétuelle prévue par l'amendement AS541 l'est encore plus. N'oublions pas que les pénuries ne sont pas systématiquement de la faute des laboratoires.

Avis défavorable aux deux amendements.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS182 de Mme Joëlle Mélin

Mme Joëlle Mélin (RN). Je souhaiterais supprimer la référence aux achats groupés à l'échelon européen. La procédure de préachat confiée à la Commission européenne s'est en effet dès l'origine traduite par deux scandales, qui ont concerné les thérapies anticovid : l'achat dans un premier temps du Remdésivir, notoirement

inefficace, puis l'achat de vaccins dans des conditions plus qu'opaques. Je peux en témoigner : j'ai eu l'occasion de voir, dans un bunker, ces contrats grisés à 60 % ou 70 %.

Cette procédure ne pourra empêcher ni la pénurie de matières premières, ni le développement d'un marché européen parallèle, ni le choix de distribuer les produits dans des pays où ils sont vendus plus cher par les répartiteurs. Elle n'aura donc aucun effet sur la gestion des stocks.

M. le rapporteur général. Je comprends votre raisonnement, et je me suis moi-même interrogé sur les risques en cas de tarif européen plus élevé que la demande formulée par le laboratoire dans la procédure de droit commun. Mais si le Comité économique des produits de santé (Ceps) a la possibilité de tenir compte des tarifs fixés dans le cadre d'un achat conjoint européen lorsqu'il négocie le prix d'un médicament, il n'en a nullement l'obligation. Si un achat à l'échelle européenne, avec de plus gros volumes, permet d'obtenir de meilleurs prix, pourquoi s'en priver ?

Le code de la sécurité sociale énumère les critères dont le Ceps « tient compte » dans la fixation du prix : la mention du prix européen n'en fera pas une valeur à laquelle il faudrait se conformer.

Il y a par ailleurs un risque de surenchère nationale, notamment s'agissant des vaccins. Il ne faudrait pas que cela nous pénalise.

L'alinéa 30 me paraît équilibré. Avis défavorable.

Mme Joëlle Mélin (RN). J'entends votre argument sur le prix, mais je parle ici du choix stratégique et surtout scientifique des produits. Rappelez-vous le Tamiflu. Rappelez-vous que l'achat du Remdésivir et celui des vaccins ont été faits avant toute expérimentation, avant toute étude randomisée. La possibilité de maîtriser la qualité et de connaître l'efficience des produits que nous achetons me paraît primordiale par rapport au prix d'un achat groupé.

M. Philippe Vigier (Dem). J'ajouterais aux excellents arguments du rapporteur général qu'au moment de la crise du covid, c'est bien la coopération internationale qui a permis de dresser la cartographie antigénique du virus. Je me souviens aussi que, le 3 janvier 2021, nous étions les derniers de la classe pour la vaccination. Nous n'avions alors pas les capacités de produire des vaccins : nous avons été bien contents qu'il y ait des achats groupés européens ! Cet amendement limiterait notre capacité à agir dans des crises où il faut être à la fois rapide et efficace.

M. le rapporteur général. C'est un outil que nous ne sommes pas obligés d'utiliser : nos mains ne sont pas liées par cette mention dans l'article.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS130 de M. Sébastien Peytavie et AS356 de Mme Karine Lebon

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Cet amendement, issu d'une proposition de France Assos Santé, propose de compléter les critères de fixation des prix du médicament afin que le Ceps puisse tenir compte non seulement des prix des médicaments comparables mais aussi des investissements réels au titre de la recherche et développement ainsi que du financement public de cette recherche. Cela permettrait de s'assurer que les prix tiennent compte des efforts réellement consentis par les industriels, évitant ainsi une surévaluation fondée uniquement sur les coûts déclarés.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS356 est défendu.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Le critère le plus important pour déterminer le produit, c'est son efficacité et le service rendu au patient. Votre proposition rendrait la procédure plus complexe, ce qui n'est dans l'intérêt ni des patients, ni des entreprises, ni du Ceps.

La commission adopte les amendements.

Amendement AS361 de M. Yannick Monnet

M. Yannick Monnet (GDR). En fait, nous demandons de la transparence aux entreprises pharmaceutiques, dans un souci de bonne gestion des deniers publics.

M. le rapporteur général. La transparence est importante, mais il faut aussi respecter les autres dispositions légales existantes, notamment le secret des affaires. Par ailleurs, le Ceps n'a pas vocation à mener un audit financier des laboratoires. Sa mission est de fixer le prix des médicaments au vu de critères légaux : s'il peut la mener le mieux possible, c'est déjà très bien. Vos questions sont légitimes, mais il ne revient pas au Ceps d'y répondre.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS514 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé, amendements identiques AS612 de M. Thibault Bazin et AS513 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé (discussion commune)

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). L'amendement AS514 vise à renforcer la prise en compte du lieu de production des médicaments et des dispositifs médicaux dans la détermination de leur prix par le Ceps. Le rapporteur général comme le Gouvernement ont dit vouloir utiliser le levier du prix plutôt que la fiscalité pour mieux prendre en compte l'empreinte territoriale des entreprises productrices.

L'amendement AS513 vise à faire de la sécurité d'approvisionnement un critère prioritaire dans la fixation du prix, afin de lutter contre les pénuries.

M. le rapporteur général. J'avais promis à M. Lauzzana d'agir sur le lieu de production. C'est ce que je vous propose de faire, non pas grâce à la clause de sauvegarde, mais grâce au levier de la détermination du prix. Je demande le retrait de l'amendement AS514, au profit des amendements AS513 et AS612.

M. Michel Lauzzana (EPR). En tenant compte du lieu de production, on encourage aussi l'industrie pharmaceutique à mieux gérer son empreinte environnementale. Nous enclenchons ainsi un cercle vertueux.

Mme Joëlle Mélin (RN). Je regrette le retrait de l'amendement AS514. Nous avons perdu la totalité de la chaîne de valeur qui existait en France il y a encore vingt ou vingt-cinq ans. Le critère de production sur le sol national me semble fondamental, à tout le moins pour réamorcer la production. La pénurie ne doit pas devenir permanente.

M. le rapporteur général. Réjouissez-vous, les amendements identiques sont similaires à celui qui a été retiré : nous tenons bien compte du lieu de production. La souveraineté sanitaire passe par la production des médicaments sur notre sol, et l'utilisation du mécanisme de fixation du prix, bien plus que la clause de sauvegarde, permettra de développer un modèle économique vertueux.

L'amendement AS514 étant retiré, la commission adopte les amendements AS612 et AS513.

Amendement AS131 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Il s'agit de limiter les risques d'explosion des prix des médicaments en cas de suspension temporaire des procédures d'inscription et de tarification. En cas d'augmentation injustifiée des prix au-delà de ce plafond, le Ceps pourra décider de rétablir les procédures inscrites dans la loi.

M. le rapporteur général. Je comprends votre objectif, mais le dispositif que vous proposez ne me paraît pas opérationnel. Par ailleurs, les critères actuels sont robustes et objectifs : je pense que l'éventualité que vous craignez a été prévue.

Demande de retrait.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 19 modifié.

5. Réunion du mercredi 29 janvier 2025 à 21 heures 30 (article 19 bis à article 32)

Lors de sa troisième réunion du mercredi 29 janvier 2025, la commission poursuit l'examen, en nouvelle lecture, du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (n° 622) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Guillaume Florquin, M. Louis Boyard, Mme Sandrine Rousseau et M. Philippe Vigier, rapporteurs)⁽¹⁾.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous reprenons l'examen, en nouvelle lecture, du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Article 19 bis (nouveau) : *Obligation de renseigner un logiciel national de suivi des stocks pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, assortie d'un régime de sanctions*

La commission adopte l'article 19 bis non modifié.

Article 19 ter (nouveau) : *Réduire à un an le délai avant inscription automatique sur le groupe des médicaments biologiques substituables*

La commission adopte l'article 19 ter non modifié.

Article 20 : *Pertinence des dispositifs médicaux numériques pris en charge par l'assurance maladie*

Amendements de suppression AS288 de Mme Sandrine Rousseau et AS368 de Mme Karine Lebon

M. Hendrik Davi (EcoS). L'article 20, qui vise à conditionner la prise en charge d'un dispositif médical à la justification de son usage, fera, une fois de plus, la part belle au contrôle des patients. Je ne le comprends pas : si un patient décide de renouveler un dispositif médical, c'est qu'il l'utilise ; dans le cas contraire, c'est qu'il rencontre un problème – il faut alors l'accompagner, et non lui retirer le dispositif.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. J'aurais compris votre demande de suppression en première lecture, car la rédaction du gouvernement était problématique, mais celle du Sénat me semble garantir la protection des données de santé : l'alinéa 9 prévoit désormais que les conditions de transmission des données sont fixées par un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), et que le patient peut s'opposer à la transmission des données.

En outre, le rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie nous alerte sur le non-usage de certains appareils, comme ceux prescrits en cas d'apnée du sommeil, et les conséquences pour la santé du patient.

(1) <https://assnat.fr/mkXHOT>

À défaut de supprimer l'article, je proposerai, comme M. Monnet, d'en supprimer l'alinéa 12, ce qui devrait vous satisfaire.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 20 est supprimé et les autres amendements tombent.

Article 20 bis (nouveau) : *Clarifier le cadre juridique applicable à la remise en bon état d'usage des dispositifs médicaux*

La commission adopte l'article 20 bis non modifié.

Article 20 ter (nouveau) : *Simplification des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements*

Amendement AS544 de Mme Élise Leboucher et sous-amendement AS634 de M. Guillaume Florquin

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Plus d'un an après la Conférence nationale du handicap de 2023, les associations représentant les personnes en situation de handicap dénoncent « l'attentisme scandaleux des pouvoirs publics au regard des conditions de vie dégradées des personnes en situation de handicap et de leur famille. » Il est urgent d'améliorer les dispositifs de soutien de l'autonomie comme la prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui ne sont couvertes qu'à 43 % par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Afin d'améliorer ce taux et de mieux répondre aux besoins d'accompagnement à l'autonomie, il est essentiel de simplifier les règles de fixation des concours de la CNSA aux départements.

Alors qu'un quart des personnes en situation de handicap de 15 à 59 ans vivent sous le seuil de pauvreté, nous demandons également que le rapport sur l'augmentation de la PCH, plusieurs fois repoussé, soit enfin remis.

M. Guillaume Florquin, rapporteur pour l'autonomie. Cette dernière demande a été satisfaite par l'article 85 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 – d'où mon sous-amendement. Sous réserve de son adoption, je suis favorable à l'amendement.

La commission rejette le sous-amendement.

Puis elle rejette l'amendement.

Elle adopte l'article 20 ter non modifié.

Article 21 : *Réformer le modèle de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*

La commission adopte l'article 21 non modifié.

Article 21 bis (nouveau) : *Préciser l'âge des enfants pouvant bénéficier du parcours de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce des troubles du développement*

La commission adopte l'article 21 bis non modifié.

Article 21 ter (nouveau) : *Reconnaissance du statut d'infirmier coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*

La commission adopte l'article 21 ter non modifié.

Article 21 quater (nouveau) : *Aide exceptionnelle de 100 millions d'euros pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en difficulté financière*

La commission adopte l'article 21 quater non modifié.

Article 21 quinquies (nouveau) : *Généraliser la règle de récupération des indus applicables dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes pour la rémunération des professionnels libéraux à tous les établissements et services médico-sociaux*

La commission adopte l'article 21 quinquies non modifié.

Article 21 sexies (nouveau) : *Prolonger l'expérimentation du relayage à domicile des proches aidants*

Amendements AS348 et AS395 de Mme Élise Leboucher

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Les proches aidants – ils sont entre 8 et 11 millions – sont trop souvent contraints de compenser eux-mêmes l'accompagnement insuffisant de la perte d'autonomie par les pouvoirs publics, au point que 83 % d'entre eux déclarent avoir déjà traversé une période d'épuisement. Il est donc nécessaire de leur offrir des solutions de répit, mais pas au prix du démantèlement du droit du travail et de la santé des salariés. Or vous proposez d'inscrire dans le droit commun des durées quotidiennes de travail de plus de dix heures, ou la réduction voire la suppression, du repos quotidien minimum de onze heures consécutives. Il faut au contraire mener une réelle politique en faveur de l'autonomie et du grand âge.

M. Guillaume Florquin, rapporteur. Avis défavorable : ces solutions de répit sont essentielles pour les aidants, sans qui les personnes en perte d'autonomie ne peuvent souvent pas rester chez elles.

Au reste, la prorogation jusqu'en avril des dérogations prévues à l'article 9 de la loi visant à améliorer l'accompagnement des personnes présentant des troubles du neurodéveloppement, dite TND, n'avait d'autre but que de prévenir un éventuel vide réglementaire en attendant la publication des décrets d'application. Or les dispositions en question sont déjà entrées en vigueur ; dès lors, il n'est plus guère pertinent de maintenir l'article 21 *sexies*.

Mme Annie Vidal (EPR). Cette expérimentation très positive, d'une durée de trois années, est le fruit d'un travail conjoint entre les professionnels, les organisations du secteur et les ministères compétents. Les dérogations au droit commun sont très encadrées et ne concernent qu'un petit nombre d'aidants qui s'occupent de personnes ayant perdu toute autonomie et pour qui, alors qu'ils sont souvent épuisés, le relais d'un professionnel volontaire est précieux. La commission se bat depuis quatre ans en faveur de cette mesure longuement discutée ; ne la modifions pas.

La commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 21 sexies A non modifié.

La réunion est suspendue de vingt et une heures cinquante à vingt-deux heures dix.

Article 22 : Aligner le mode de calcul de la pension de retraite de base des non-salariés agricoles sur le régime général

Amendement AS372 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). Nous déplorons que ce soit par voie d'ordonnance que le gouvernement envisage de prendre, dans un délai de deux ans, les mesures nécessaires pour rapprocher de celles qui s'appliquent dans l'Hexagone les modalités d'ouverture des droits, de calcul et de service des pensions de vieillesse et de veuvage des non-salariés des professions agricoles en outre-mer.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. L'abus d'ordonnances nuit à la santé démocratique, mais cette voie me semble préférable eu égard à la complexité et à la technicité du sujet. Que cela n'empêche pas les parlementaires d'exprimer leurs attentes. Avis défavorable.

M. Yannick Monnet (GDR). C'est précisément parce que le problème est complexe qu'il serait préférable d'y réfléchir à plusieurs plutôt que de laisser le ministre décider seul, d'autant nos collègues ultramarins sont très rarement associés à ce genre de décisions.

M. Nicolas Turquois (Dem). L'actuel régime de cotisations agricoles ultramarin ressemble beaucoup à celui qui s'appliquait dans l'Hexagone il y a une trentaine d'années : il est d'une complexité sans nom, et il serait plus efficace de passer par des ordonnances, en associant les élus des territoires concernés, plutôt que d'ergoter ici pendant des heures.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'amendement AS535 de Mme Élise Leboucher tombe.

Puis la commission adopte l'article 22 modifié.

Article 23 : Revalorisation différenciée des pensions de retraite

Amendements de suppression AS165 de M. Thibault Bazin, AS177 de Mme Sandrine Rousseau, AS18 de Mme Océane Godard, AS312 de M. Thomas Ménagé, AS375 de M. Yannick Monnet, AS382 de Mme Élise Leboucher et AS557 de M. Frédéric Valletoux

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Cet article prévoit le décalage pérenne de la date revalorisation annuelle de l'ensemble des pensions de retraite du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet, afin de dégager près de 3,1 milliards d'euros d'économie. Mais la censure intervenue depuis a conduit de fait à la revalorisation intégrale des pensions au 1^{er} janvier, et cet article n'a plus d'objet – d'où mon amendement de suppression.

M. Hendrik Davi (EcoS). J'insiste sur le fait que c'est bien grâce à la censure du gouvernement Barnier que les pensions de l'ensemble des retraités de ce pays ont augmenté de 2,2 % au 1^{er} janvier !

M. Jérôme Guedj (SOC). La censure a permis d'éviter l'application de cette mauvaise mesure, qui était un point de profond désaccord et qui ne sera pas rétablie dans le PLFSS. Reste que nous devrons réfléchir à la question de la contribution des retraités au financement de la sécurité sociale, notamment de sa branche autonomie.

M. Christophe Bentz (RN). La désindexation des pensions était une aberration, et la censure a permis de rétablir la justice sociale pour nos retraités.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Gouvernement censuré, bonheur des retraités !

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 23 est supprimé.

Article 23 bis (nouveau) : *Extension du bénéfice de l'action sociale du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants aux travailleurs indépendants exerçant à Saint-Pierre-et-Miquelon*

La commission adopte l'article 23 bis non modifié.

Article 24 : *Améliorer l'indemnisation en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle et mieux prendre en compte le préjudice personnel*

Amendement AS105 de Mme Marie-Charlotte Garin

M. Philippe Vigier, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Cet amendement prévoit que les ayants droit des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles peuvent demander devant le juge la réparation intégrale des préjudices en cas de faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur.

L'article 24 vise à transposer les termes de l'accord national interprofessionnel (ANI), fruit du dialogue social et de la parité : il convient donc d'en préserver la rédaction. Cela étant, l'Association nationale de défense des victimes de l'amiante (Andeva) et la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (Fnath) continueront d'être associées aux décisions.

Avec une réparation intégrale à leur charge, les employeurs pourraient avoir à verser des sommes considérables, ce qui entraînerait une hausse générale des polices d'assurance.

Par ailleurs, je rappelle que cet article a été amélioré par le Sénat. Progrès réel pour les victimes d'une faute inexcusable : l'indemnisation pourra désormais avoir lieu en capital. La sénatrice Marie-Pierre Richer a fait une proposition pour aller plus loin ; il faudra l'affiner avec les partenaires sociaux.

Je précise enfin que supprimer l'article 24, comme vous l'envisagiez initialement, nous ferait revenir aux indemnisations antérieures – je me fonde sur un arrêté de la Cour de cassation.

En clair, les présentes dispositions représentent une avancée certaine : les indemnisations sont meilleures, un accord national interprofessionnel a été conclu avec les partenaires sociaux, et de nouvelles évolutions seront prochainement discutées. Je demande le retrait de l'amendement, à défaut de quoi j'émettrai un avis défavorable.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS384 de M. Yannick Monnet

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement vise à garantir la participation des associations de victimes et des partenaires sociaux au sein de la commission des garanties, afin d'en renforcer la transparence.

M. Philippe Vigier, rapporteur. La réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles remonte à 1898 : le paritarisme ne date donc pas d'hier mais d'avant-hier ! Certes, il n'est pas prévu que les associations et les partenaires sociaux soient directement intégrés à la commission des garanties, mais ils bénéficieront d'une information complète sur tous les projets de texte réglementaire et seront entendus à cet effet.

J'ajoute que la version de l'article 24 issue du Sénat est plus avantageuse. Je vous sais très attaché au dialogue social ; or, avec votre proposition, la consultation ne serait plus un principe mais une simple faculté. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS185 de Mme Joëlle Mélin

Mme Joëlle Mélin (RN). En l'absence de faute inexcusable de l'employeur, l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles selon la nomenclature Dintilhac – par ailleurs une grande avancée – est un saut dans l'inconnu. Nous demandons donc la remise rapide d'un rapport évaluant les sommes qui seront allouées, afin de les adapter au mieux.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Disposer d'une photographie précise est effectivement important, mais la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), auprès de laquelle la commission des garanties est instituée, produit déjà un rapport annuel. Le dernier a été publié en décembre 2024 et en demander un autre me semblerait superfétatoire.

L'amendement AS185 est retiré.

La commission adopte l'article 24 modifié.

Article 24 bis (nouveau) : 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 »

Amendement AS362 de M. Louis Boyard

Mme Zahia Hamdane, suppléant M. Louis Boyard, rapporteur pour la branche famille. L'amendement vise à supprimer l'alinéa revenant sur la réforme du tiers payant pour le complément de libre choix du mode de garde (CMG). En effet, après avoir repoussé à de nombreuses reprises l'entrée en vigueur de ce dispositif initialement prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, le gouvernement le supprime purement et simplement, pour des motifs essentiellement techniques.

À l'en croire, le tiers payant ne permettrait pas de résoudre les difficultés de trésorerie des familles, particulièrement lors des premiers mois d'accueil de l'enfant, en raison du délai d'ouverture du droit au CMG. Ainsi, le gouvernement reconnaît la lenteur administrative des caisses d'allocations familiales (CAF), qui ne disposent pas du personnel suffisant pour traiter les dossiers, et refuse d'appliquer une réforme pourtant souhaitable pour les familles, qui n'auraient pas à avancer les frais de garde de leurs enfants.

Nous proposons de maintenir ce dispositif ; à charge pour le gouvernement de renforcer les moyens des CAF.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte l'article 24 bis non modifié.

Article 24 ter (nouveau) : 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

Amendement AS363 de M. Louis Boyard

Mme Zahia Hamdane, rapporteure suppléante. L'amendement tend à sécuriser la procédure de résiliation du recours au dispositif Pajemploi +, en permettant au salarié de dénoncer l'accord conclu avec l'employeur auprès de l'Urssaf et de dénoncer d'éventuelles pressions l'ayant poussé à l'accepter. Le cas échéant, l'Urssaf devrait s'assurer de la validité de l'accord de résiliation.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte l'article 24 ter non modifié.

Article 24 quater (nouveau) : Adaptation du droit des prestations familiales et extension de l'assurance vieillesse des aidants à Mayotte

Amendement AS365 de M. Louis Boyard

Mme Zahia Hamdane, rapporteure suppléante. Par cet amendement, nous proposons de supprimer la condition de résidence stable, nécessaire pour bénéficier des prestations sociales à Mayotte. En raison de leur précarité, un grand nombre de familles, qui résident parfois depuis de nombreuses années sur le territoire mahorais, ne pourraient répondre à ce nouveau critère administratif, ce qui accentuerait leurs difficultés financières et porterait atteinte aux intérêts des enfants concernés.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte l'article 24 quater non modifié.

Article 24 quinquies : Demande de rapport sur une réforme du financement de l'accueil du jeune enfant

Amendement AS366 de M. Louis Boyard

Mme Zahia Hamdane, rapporteure suppléante. Cet amendement vise à réduire le délai de remise du rapport visé à cet article, afin d'accélérer les travaux sur la question urgente du financement des crèches.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte l'article 24 quinquies non modifié.

TITRE II

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

Article 25 : Dotations des branches maladie et autonomie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, de la branche autonomie aux agences régionales de santé, de la branche maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales et de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert de compensation de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS152 de M. Christophe Bentz.

Amendement AS637 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Je propose d'indiquer explicitement le montant des plafonds de dotation des opérateurs financés par les régimes d'assurance maladie, tel que le prévoit le présent article dans sa version issue du Sénat. Cet amendement important tend donc à reporter dans la loi le montant des dotations, qui figurent à l'annexe 2 du texte. J'estime que ces chiffres, qui feront état des efforts demandés aux différents opérateurs dans un contexte de forte contrainte budgétaire, doivent faire l'objet d'un examen minutieux du Parlement.

Serait ainsi précisé le montant des dotations de l'Agence du numérique en santé, de l'Établissement français du sang, de l'Agence nationale du développement professionnel continu, de l'École des hautes études en santé publique, de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation et du Centre national de gestion.

Cette méthode me semble souhaitable, parce que ces éléments sont d'ordinaire abordés dans le cadre d'amendements d'appel et parce que des amendements gouvernementaux viennent parfois augmenter ou baisser certaines dotations sans que nous ne puissions en discuter avec discernement.

M. Jérôme Guedj (SOC). Je salue ce travail méthodologique innovant.

Première question : cette liste des organismes bénéficiant d'une dotation des régimes d'assurance maladie est-elle exhaustive ? L'Agence de biomédecine, par exemple, n'est-elle pas également concernée ?

Deuxièmement, l'amendement tend à fixer des plafonds, ce qui, en creux, signifie que le plancher pourrait être égal à zéro.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. L'article 25 indique déjà le montant des dotations de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, de l'Agence nationale de santé publique, de l'Agence de biomédecine, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, et de la Haute Autorité de santé (HAS). Mon amendement vient compléter cette liste.

Je précise également que certains de ces organismes reçoivent des dotations de l'État et font l'objet d'une double tutelle.

Comme nous nous apprêtons à avoir des débats intenses sur le projet de loi de finances pour 2025, il me semble d'autant plus important de disposer des chiffres et d'obtenir des justifications lorsque les dotations évoluent – ce à quoi les ministres que nous avons auditionnés lundi m'ont semblé ouverts. En cas de hausse, nous pouvons évidemment comprendre qu'il faille reconstituer des stocks ou que le passage du cyclone Chido entraîne des besoins supplémentaires, mais ce doit être documenté.

Quant à la formulation, j'ai repris celle des alinéas figurant déjà à l'article 25, mais je reconnaissais que nous pourrions en débattre. J'y insiste, mon objectif est simplement d'éclairer le Parlement sur l'ensemble des dotations en les présentant au même endroit.

M. Philippe Vigier (Dem). Je remercie le rapporteur général pour cette proposition utile, qui permettra également de faire apparaître les soldes de référence de l'exercice précédent.

Il me semble que les crédits alloués à l'Agence du numérique en santé – 179 millions – baissent d'une vingtaine de millions par rapport l'année précédente. Or l'inclusion numérique est au cœur de la transformation de l'organisation des soins. Nous ne pourrons pas parachever la numérisation des parcours de soins sans poursuivre les efforts engagés depuis plusieurs années. Un plan de recrutement de 2 000 agents numériques a notamment été lancé pour accompagner l'ensemble des professionnels de santé. Cette conversion est vitale.

Je rappelle que le dossier médical partagé (DMP) a été lancé en 1995. Trente ans plus tard, nous commençons enfin à sortir de l'ornière. C'est pourquoi je vous invite à la plus grande prudence ; il ne faudrait pas que nos efforts, qui ont été difficiles, soient annihilés.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Depuis une semaine, j'essaie justement de répondre à ces questions légitimes. En l'occurrence, la Plateforme des données de santé – le Health Data Hub – dispose d'un fonds de crise et de différentes sources de financement.

D'un point de vue général, afin de pouvoir comparer, je suggère que nous retenions les valeurs exécutées en 2024. C'est l'avantage d'examiner le PLFSS en retard ! Dans le cas de la HAS, par exemple, le chiffre s'élève à 71,9 millions d'euros. Nous allons vous communiquer tous les montants, qui, au reste, soulèveront peut-être des questionnements. Une telle méthode pourrait faire date pour les prochains PLFSS, particulièrement en première lecture.

M. Philippe Vigier (Dem). Outre les crédits exécutés, il faudrait également connaître le montant des autorisations d'engagement et des crédits de paiement, ainsi que les projections pour l'année suivante. En effet, lorsqu'un organisme reçoit les lettres de gel et de surgel des crédits, il cesse de consommer.

La commission adopte l'amendement.

Elle adopte l'article 25 modifié.

Article 26 : *Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès*

Amendement de suppression AS387 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). Il y a deux mois et demi, vous nous avez expliqué que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) était parfait et qu'il correspondait aux besoins. Dans la mesure où le montant désormais proposé subit une baisse de 800 millions d'euros, je présume que vous allez approuver la suppression de cet article.

Cette baisse montre que vous organisez le déficit de la sécurité sociale, dans une stratégie de financiarisation du système. L'Ondam ne correspond absolument pas aux besoins de santé du pays et vous ne l'ignorez pas.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Avis défavorable : vous confondez les articles 26 et 27. Le premier porte sur la branche maladie, maternité, invalidité et décès, tandis que le second concerne l'Ondam, objet de votre intervention.

En l'occurrence, les chiffres figurant à l'article 26 vont largement dépendre des négociations à venir concernant l'Ondam qui, à en croire la presse, devrait augmenter. Peut-être ne vaut-il mieux pas le supprimer ?

M. Yannick Monnet (GDR). Effectivement, j'ai anticipé le débat suivant. Je ne retire pas pour autant cet amendement car nous pensons que le montant de l'Ondam restera insuffisant.

Mme Annie Vidal (EPR). Nous n'avons jamais dit que tout était parfait ! Rappelez-vous de nos débats en première lecture : nous avons dit que l'Ondam n'était ni idéal ni magique, mais que c'était le seul outil à notre disposition. C'est précisément parce qu'il s'agit d'un objectif que son montant est ajusté au plus près des besoins réels. D'ailleurs, en 2018, la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) et la députée Caroline Fiat avaient travaillé à son possible remplacement, avant de renoncer, jugeant la question trop complexe.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte l'article 26 non modifié.

Article 27 : Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et de ses sous-objectifs pour 2025

Amendement de suppression AS456 de Mme Zahia Hamdane

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Nous en venons donc à l'Ondam à proprement parler, même si son montant définitif, qui fait l'objet d'échanges entre le gouvernement et certains groupes, n'est pas encore formellement traduit.

La version initiale du PLFSS prévoyait 263,9 milliards d'euros pour l'année 2025, ce qui représentait une augmentation de 7,3 milliards, soit 2,8 %. Le texte issu de la première lecture au Sénat – que nous examinons – a porté le montant à 264,2 milliards, soit une progression de 7,6 milliards, c'est-à-dire 3 %. La version issue de la commission mixte paritaire, qui fut ensuite censurée, établissait le montant à 263,6 milliards, soit 7 milliards d'augmentation, ou 2,7 %. D'après ce que nous lisons dans la presse – mais peut-être Jérôme Guedj dispose-t-il de plus amples informations –, le montant devrait finalement atteindre 265,1 milliards, ce qui représente une hausse de 8,5 milliards, soit 3,3 %.

Je comprends cet amendement de suppression, mais j'y suis défavorable, dans l'attente des annonces à venir.

M. Jérôme Guedj (SOC). Je ne trahis aucun secret en disant que le courrier adressé par le premier ministre à Patrick Kanner et Boris Vallaud, puis que les déclarations de Yannick Neuder et Catherine Vautrin à la presse portent à croire que le gouvernement proposera, à l'issue des négociations, une progression d'au moins 3,3 % de l'Ondam – et de 3,6 % de l'Ondam hospitalier, ce qui représente une hausse de 1 milliard d'euros.

Au début de cette nouvelle lecture, j'avais demandé si nous allions disposer de l'amendement gouvernemental sur cette question avant l'examen de cet article 27 qui contient un chiffre désormais obsolète.

Aussi pourrions-nous considérer qu'en l'état, aucun Ondam ne nous est proposé, et adopter en conséquence l'amendement de suppression. Certes, les autres amendements à l'article 27 sont autant de propositions légitimes, mais ils seraient discutés sur une base qui n'existe plus.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Même fixé à 3,3 % – ce dont nous nous réjouirions tous –, l'Ondam risque d'être dépassé. Le véritable enjeu est donc la transformation du financement de notre système de santé, qui n'est plus adapté aux besoins d'une population vieillissante. Nous savons tous que, sans une telle réforme, nous irons dans le mur.

M. Philippe Vigier (Dem). Le premier ministre a consenti un effort substantiel en prenant l'engagement, à la demande de certaines familles politiques, de revaloriser l'Ondam à 3,3 %. Dès lors que nous disposons de cette information, nous pouvons examiner l'article 27 ; il serait irresponsable de le supprimer.

Par ailleurs, l'Ondam a augmenté de plus de 60 milliards en cinq ans. Il est donc impératif de revoir le financement de notre système de santé – notamment sa répartition entre l'assurance maladie et les mutuelles, dont les primes ont augmenté de 30 % en quatre ans – car, au bout du compte, c'est l'assuré social qui est pénalisé. Posons, rapidement et de manière transpartisane, les bases d'un nouveau système afin de développer une approche différente du PLFSS pour 2026.

M. Hendrik Davi (EcoS). Avant la négociation, l'Ondam devait être fixé à 3,1 %, et non à 3,3 %. Toujours est-il que, d'après la Fédération hospitalière de France (FHF), une fois neutralisés l'enveloppe de compensation de l'augmentation des cotisations et l'impact de l'inflation, l'évolution nette ne serait plus que de 0,2 %. C'est pourquoi la FHF réclame une augmentation légèrement inférieure à 6 %.

Je rappelle que, dans les années 1990, on a transformé profondément notre système de santé, notamment en introduisant la tarification à l'activité ou en ouvrant plusieurs secteurs à la concurrence, au prétexte de réduire les dépenses. Or, vingt ans plus tard, vous l'avez dit, elles n'ont pas cessé de croître. Pourquoi ?

M. Yannick Monnet (GDR). Les chiffres et les tableaux n'y feront rien : force est de constater que, dans nos circonscriptions, l'accès aux soins est problématique.

Je regrette, madame Rist, que vous ne disiez pas tout. Vous ne cessez d'assécher les recettes de la sécurité sociale, pour déplorer ensuite qu'elles ne soient pas suffisantes pour que le système fonctionne. C'est une stratégie : posez-la sur la table et nous en débattons ! Dites clairement quel doit être, selon vous, le modèle économique de la sécurité sociale. Pour ma part, je suis pour un système « 100 % sécu » reposant sur la cotisation. Vous avancez masqués, et ce n'est pas honnête.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Je ne suis pas le télégraphe du gouvernement, mais je m'efforce d'obtenir de lui des informations afin de pouvoir vous les communiquer.

Monsieur Davi, l'augmentation de 3,1 % que vous avez citée concerne les établissements de santé, et non l'ensemble de l'Ondam. Quant à la FHF, elle souhaite une augmentation, non pas de 4,9 % mais de 4,9 milliards, contre 3,3 milliards prévus dans le projet de loi initial. Or le Gouvernement devrait proposer de porter cette somme à environ 4 milliards.

Monsieur Monnet, vous préférez, dites-vous, qu'il n'y ait pas d'Ondam. Or la loi organique impose que la loi de financement de la sécurité sociale comporte cette disposition. En outre, il permet l'information du Parlement ; il est même indispensable à de nombreux acteurs, assurés sociaux et professionnels de santé, qui ont besoin de connaître la trajectoire des dépenses.

Puisque nous n'avons pas connaissance de l'amendement du gouvernement, je vous propose de retirer l'ensemble des amendements ayant trait à l'Ondam.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Parce que nous estimons, nous aussi, que les moyens qui nous sont proposés ne sont pas adaptés aux besoins en matière de santé, nous voterons pour l'amendement de suppression, en pensant aux secrétaires médicales de l'hôpital Joseph-Ducuing de Toulouse qui sont payées en deçà du Smic, aux sages-femmes de la maternité Purpan dont le temps de travail est de 120 %, aux agents des soins intensifs de cardiologie qui se sont fait surcer leur prime de Noël de 50 euros, aux agents en arrêt de travail qui sont réquisitionnés pour faire tourner l'hôpital, à la patiente atteinte de la maladie de Charcot qui a entamé une grève de la faim parce qu'on lui a retiré son auxiliaire de vie, au service d'hématologie de l'hôpital des enfants qui n'est pas qualifié en soins critiques ou au service de psychiatrie du CHU de Purpan, où l'on a déploré un suicide et deux viols.

M. le président Frédéric Valletoux. Compte tenu des incertitudes entourant le montant définitif de l'Ondam, je crois également souhaitable que les amendements relatifs à cette question soient retirés.

La commission adopte l'amendement AS456.

En conséquence, l'article 27 est supprimé et tous les autres amendements à l'article tombent.

Article 28 : Objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

Amendements de suppression AS401 de Mme Karine Lebon et AS418 de M. Damien Maudet

M. Philippe Vigier, rapporteur. Avis défavorable. D'une part, la présence d'un article comportant l'objectif de dépenses par branche dans la loi de financement de la sécurité sociale est obligatoire. Au demeurant, je rappelle que l'article 28 fixe à 17 milliards d'euros l'augmentation des charges prévisionnelles de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, soit une augmentation de 6,3 % par rapport à l'année précédente et, surtout, de 28 % par rapport à la moyenne observée sous la XIV^e législature, entre 2012 et 2017.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 28 est supprimé.

Article 29 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse

Amendements de suppression AS403 de M. Yannick Monnet et AS412 de Mme Élise Leboucher

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous désapprouvons le déséquilibre des comptes dû à la progression inégale des recettes, à hauteur de 5,5 %, et des dépenses, à hauteur de 6,8 %. Pour y remédier, il convient d'élargir l'assiette des cotisations sociales. M. Macron lui-même n'a-t-il pas reconnu que nous avions un problème de recettes ? Pour une fois, il avait raison. Reste à aller chercher l'argent où il se trouve.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Cette disposition doit obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale. Je vous propose donc de retirer les amendements de suppression, quitte à voter contre l'article.

La commission adopte ces amendements.

En conséquence, l'article 29 est supprimé.

Article 30 : Objectifs de dépenses de la branche famille

Amendements de suppression AS367 de M. Louis Boyard, AS81 de Mme Marie-Charlotte Garin et AS402 de M. Hadrien Clouet

Mme Zahia Hamdane, rapporteure suppléante. Nous vous proposons de supprimer l'objectif de dépenses de la branche famille en raison, une nouvelle fois, du manque d'ambition voire d'intérêt pour la politique familiale dans le PLFSS.

Une refonte globale de la politique familiale française est nécessaire. Non seulement elle ne répond pas aux attentes des parents, mais elle ne garantit pas non plus le bien-être des enfants et se fonde sur une vision nataliste qui ne correspond plus aux attentes des jeunes couples.

Pour satisfaire les besoins des familles, la politique familiale doit leur verser des prestations qui garantissent le maintien de leur pouvoir d'achat dès l'arrivée du premier enfant, garantir que les congés parentaux favorisent l'égalité entre les femmes et les hommes et proposer des modes d'accueil des jeunes enfants axés sur leur bien-être et leur développement tout en permettant à leurs parents de concilier vie familiale et vie professionnelle.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 30 est supprimé.

Article 31 : Objectifs de dépenses de la branche autonomie

*Contre l'avis défavorable de M. Guillaume Florquin, rapporteur, la commission **adopte** les amendements AS388 de Mme Zahia Hamdane et AS407 de M. Yannick Monnet.*

*En conséquence, l'article 31 est **supprimé**.*

Article 32 : Prévisions de charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

*La commission **rejette** l'article 32.*

*La commission **rejette** la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.*

*Toutes les parties du projet de loi ayant été rejetées, l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 est **rejeté**.*

*

* * *

**TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À
L'OCCASION DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI**

Projet de loi	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
2 bis	Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024	28
3	Code rural et de la pêche maritime	L. 731-10, L. 731-11, L. 731-25, L. 731-37, L. 731-42, L. 781-29, L. 781-30, L. 781-36
3	Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024	26
3 bis A	Code de la sécurité sociale	L. 114-4
3 bis	Code de la sécurité sociale	L. 311-3
3 ter	Code de la sécurité sociale	L. 642-4-2
4	Code rural et de la pêche maritime	L. 741-16
4	Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019	8
4 bis	Code rural et de la pêche maritime	L. 741-16
4 ter	Code rural et de la pêche maritime	L. 741-16
5	Code de la sécurité sociale	L. 613-1 et L. 621-3

5	Code rural et de la pêche maritime	L. 731-13
5 bis A	Code rural et de la pêche maritime	L. 731-13-3 [<i>nouveau</i>]
5 bis	Code rural et de la pêche maritime	L. 731-35
5 bis	Code de la sécurité sociale	L. 136-3 et L. 136-4
5 bis	Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024	18
5 ter	Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024	18 et 26
5 quinques	Code de la sécurité sociale	L. 241-10
5 sexies	Code du service national	L. 120-19
6	Code de la sécurité sociale	L. 241-13, L. 241-2-1, L. 241-6-1, L. 241-2-1 et L. 241-6-1 [<i>abrogés</i>], L. 243-6-2 et L. 752-3-2
6 bis	Code de la sécurité sociale	L. 137-13
6 ter	Code de la sécurité sociale	L. 241-10
6 quater	Code de la sécurité sociale	L. 242-5
6 quinques	Code de la sécurité sociale	L. 752-3-2
7	Code de la sécurité sociale	L. 136-1-1
7	Code des transports	L. 5553-11 et L. 5785-1
7	Code général des impôts	44 sexies-0 A
7 bis A	Code du travail	L. 6243-2

7 bis B	Code du travail	L. 3133-7, L. 3133-8, L. 3133-9, L. 3133-10, L. 3133-11, L. 3133-12, L. 3134-16, L. 3422-1
7 bis B	Code général de la fonction publique	L. 621-10 et L. 621-11
7 bis B	Loi n° 2008-351 du 16 avril 2008 relative à la journée de solidarité	2
7 bis B	Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées	6
7 bis B	Code de la sécurité sociale	L. 137-40
7 bis	Code de la sécurité sociale	L. 161-24-1
8	Code de la sécurité sociale	L. 131-7, L. 114-1, L. 114-3 [<i>abrogé</i>], L. 134-1, L. 131-8, L. 134-3, L. 135-4, L. 135-1 à L. 135-5 [<i>abrogés</i>], L. 135-6, L. 135-7, L. 222-2-1 [<i>nouveau</i>], L. 241-3, L. 382-25, L. 642-1, L. 652-7, L. 815-2, L. 815-8, L. 815-22, L. 241-3 et L. 225-1-1
8	Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2022 de modernisation sociale	49
8	Code rural et de la pêche maritime	L. 731-3
8	Code du travail	L. 1142-10, L. 2242-8 et L. 6243-3
8	Code du service national	L. 122-15

8	Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte	33
8 bis A	Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024	21
8 bis	Code de commerce	L. 123-49-1 <i>[nouveau]</i>
8 ter	Code rural et de la pêche maritime	L. 761-5
8 ter	Code de la sécurité sociale	L. 133-5-3
8 quater	Code de la sécurité sociale	L. 144-19
8 quinques	Code de la sécurité sociale	L. 613-6 et L. 613-6-1
8 quinques	Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024	6
8 sexies	Code de la sécurité sociale	L. 114-9
8 septies	Code de la sécurité sociale	L. 114-9
8 octies	Code de la sécurité sociale	L. 114-10
8 nonies	Code de la sécurité sociale	L. 114-17-1-1
8 decies	Code de la sécurité sociale	L. 133-4-2
8 undecies	Code de la sécurité sociale	L. 133-4-9
8 duodecies	Code de la sécurité sociale	L. 133-5-4-1 <i>[nouveau]</i>
8 terdecies	Code de la sécurité sociale	L. 161-24-2
8 quaterdecies	Code de la sécurité sociale	L. 243-15
8 quindecies	Code de la sécurité sociale	L. 244-12
8 quindecies	Code rural et de la pêche maritime	L. 725-7-1 <i>[nouveau]</i>

9	Code de la sécurité sociale	L. 138-10, L. 138-12, L. 138-13, L. 138-15, L. 138-19-1 à L. 138-19-7 [abrogés], L. 138-19-8, L. 138-19-9, L. 138-20
9	Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité pour 2024	28
9 bis A	Code de la sécurité sociale	L. 137-33
9 bis B	Code de la sécurité sociale	L. 162-17-3
9 bis C	Code général des impôts	291 [abrogé]
9 bis	Code général des impôts	1613 <i>ter</i> et 1613 <i>quater</i>
9 ter A	Code de la sécurité sociale	L. 245-13 [nouveau]
9 ter B	Code de la sécurité sociale	L. 136-7-1, L. 136-8, L. 137-21, L. 137-22, L. 137-23 et L. 137-27
9 ter B	Code général des collectivités territoriales	L. 2333-57
9 ter C	Code général des impôts	576
9 ter C	Code des impositions sur les biens et services	L. 300-1, L. 311-1 et L. 315-1 à L. 315-20 [nouveaux]
9 ter C	Code de la sécurité sociale	L. 131-8
9 ter C	Code de la santé publique	L. 3513-20 à L. 3513-23 [nouveaux]
9 ter D	Code des impositions sur les biens et services	L. 314-24, L. 314-24-1 [nouveau] et L. 314-25
9 ter	Code de la sécurité sociale	L. 138-9 et L. 138-9-1
9 quinques	Code de la sécurité sociale	L. 244-2
9 sexies	Code de la sécurité sociale	L. 244-3
9 septies	Code de la sécurité sociale	L. 244-9

10 bis	Code de la sécurité sociale	L. 225-1-1
13	Code de la sécurité sociale	L. 139-3
15	Code de la sécurité sociale	L. 162-12-18 et L. 162-12-20
15 bis A	Code de la sécurité sociale	L. 162-14-1
15 bis B	Code de la sécurité sociale	L. 165-6-1 <i>[nouveau]</i>
15 bis	Code de la santé publique	L. 6323-6 <i>[nouveau]</i>
15 ter	Loi n° 2023-1250 du 23 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2023	49
16	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-7-1, L. 162-19-1 <i>[abrogé]</i> et L. 314-1
16	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	20-5-6
16 bis A	Code de la sécurité sociale	L. 114-9 et L. 114-9-1 <i>[nouveau]</i>
16 bis B	Code de la sécurité sociale	L. 161-31 et L. 162-14-1
16 bis C	Code de la sécurité sociale	L. 123-2-1, L. 221-1, L. 224-7 et L. 315-1
16 bis C	Code du travail	L. 2122-6-1
16 bis D	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-13-1 <i>[nouveau]</i> et L. 162-14-1
16 bis E	Code de la sécurité sociale	L. 162-14-1 et L. 162-23-15
16 bis F	Code de la santé publique	L. 6316-1

16 bis	Code général des collectivités territoriales	L. 2223-42
16 bis	Code de la sécurité sociale	L. 162-12-5 [<i>nouveau</i>]
16 ter	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-7-5 [<i>nouveau</i>]
16 quater	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-7
17	Code de la sécurité sociale	L. 16-10-1, L. 162-31-1, L. 322-5, L. 322-5-2-1 [<i>nouveau</i>] et L. 322-5-5
17	Code des transports	L. 3141-1 et L. 3161-1
17 bis A	Code de la sécurité sociale	L. 322-5-3
17 bis B	Code de la santé publique	L. 6312-5
17 bis D	Code de la sécurité sociale	L. 160-4
17 bis	Code de la santé publique	L. 1411-6-4 [<i>nouveau</i>] et L. 1411-7
17 bis	Code de la sécurité sociale	L. 160-8, L. 160-13 et L. 162-38-3 [<i>nouveau</i>]
17 ter	Code de la santé publique	L. 2132-2-1
17 ter	Code de la sécurité sociale	L. 160-13, L. 160-14, L. 162-1-12 et L. 871-1
17 quater	Code de la santé publique	L. 6323-1-14-1 [<i>nouveau</i>]
17 quater	Code de la sécurité sociale	L. 160-14
17 quinquies	Code de la sécurité sociale	L. 160-14 et L. 162-38-1
17 sexies	Code de la sécurité sociale	L. 162-58
17 sexies	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	20-1

18	Code de la santé publique	L. 6146-3 et L. 6146-4
18	Code de l'action sociale et des familles	L. 313-23-3
18 bis	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-16 et L. 162-23-4
18 ter	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-3-3
18 quater	Code de la sécurité sociale	L. 162-23-15
18 quinques	Code de la sécurité sociale	L. 323-6
19	Code de la santé publique	L. 5121-29, L. 5121-29-1 [<i>nouveau</i>], L. 5121-31, L. 5121-33-1, L. 5125-23, L. 5215-1 [<i>nouveau</i>], L. 5423-9 et L. 5471-1
19	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-4 et L. 162-19-2 et L. 162-19-3 [<i>nouveaux</i>]
19 bis	Code de la santé publique	L. 1435-7-1, L. 4231-2, L. 5121-29-2 [<i>nouveau</i>], L. 5312-4-1, L. 5423-9 et L. 5424-3
19 ter	Code de la santé publique	L. 5125-23-2
20	Code de la sécurité sociale	L. 165-1-3
20 bis	Code de la santé publique	L. 5212-1-1
20 bis	Code de la sécurité sociale	L. 165-1-8
20 ter	Code de la sécurité sociale	L. 223-8, L. 223-9 [<i>abrogé</i>], L. 223-11, L. 223-12, L. 223-14 et L. 223-15
20 ter	Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021	47 [<i>abrogé</i>]
21	Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024	79

21 bis	Code de la santé publique	L. 2134-1
21 ter	Code de l'action sociale et des familles	L. 313-12
21 quinques	Code de la sécurité sociale	L. 133-4-4
21 sexies	Loi n° 2024-1028 du 15 novembre 2024 visant à améliorer le repérage et l'accompagnement des personnes présentant des troubles du neuro-développement et à favoriser le répit des proches aidants	9
21 sexies	Loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance	53
22	Code rural et de la pêche maritime	L. 321-5, L. 718-2-1, L. 722-7-1 et L. 722-7-2 [<i>nouveaux</i>], L. 722-10, L. 722-15, L. 722-16 [<i>abrogé</i>], L. 722-17, L. 722-18, L. 727-1 [<i>abrogé</i>], L. 731-3, L. 731-39, L. 732-17-1 [<i>abrogé</i>], L. 732-18, L. 732-18-1 à L. 732-18-4 [<i>abrogés</i>], L. 732-20 à L. 732-22 [<i>abrogés</i>], L. 732-19, L. 732-20, L. 732-21, L. 732-23, L. 732-24, L. 732-24-1 à L. 732-34 [<i>abrogés</i>], L. 732-35, L. 732-35-1, L. 732-37 [<i>abrogé</i>], L. 732-38 [<i>abrogé</i>], L. 732-41 à L. 732-51-1 [<i>abrogés</i>], L. 732-52 à L. 732-54 [<i>abrogés</i>], L. 732-54-1 à L. 754-54-4 [<i>abrogés</i>], L. 732-54-5 à L. 732-55 [<i>abrogés</i>], L. 732-39, L. 732-40, L. 732-41, L. 732-52, L. 732-54-2, L. 732-54-3, L. 732-54-4, L. 732-60, L. 732-63, L. 761-22, L. 761-23

22	Code de la sécurité sociale	L. 136-1-2, L. 161-17-1-1, L. 161-17-2, L. 161-18, L. 161-19-1, L. 161-20, L. 161-21-1, L. 161-22, L. 161-22-1-1, L. 161-22-1-5, L. 161-23-1, L. 173-1-1, L. 173-1-2, L. 173-7, L. 323-2, L. 341-14-1, L. 351-1-2-1, L. 351-4, L. 351-6-1, L. 351-8, L. 381-2, L. 491-1, L. 544-8, L. 634-2-1, L. 634-6 et L. 821-1
22	Code du travail	L. 5421-4
22	Loi n° 2010-1130 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites	20 et 21
22	Loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon	5
22	Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites	36
22	Loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgences pour la protection du pouvoir d'achat	11
23 bis	Ordonnance n° 98-731 du 20 août 1998 portant adaptation aux départements d'outre-mer, à la Nouvelle-Calédonie et à la collectivité territoriale de Saint- Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sanitaires et sociales	6

24	Code de la sécurité sociale	L. 142-1, L. 351-3, L. 431-1, L. 434-1 A <i>[nouveau]</i> , L. 434-1, L. 434-2, L. 434-15, L. 434-16, L. 434-17, L. 443-1, L. 452-2 et L. 452-3
24	Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et- Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales	12-1
24	Code rural et de la pêche maritime	L. 752-6, L. 752-9 et L. 753-8
24 bis	Code de la sécurité sociale	L. 531-6 et L. 553-2-1
24 bis	Loi n° 2023-1196 du 18 décembre 2023 pour le plein emploi	18
24 ter	Code de la sécurité sociale	L. 133-5-12 et L. 531-5
24 quater	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	3 et 6
24 quater	Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte	23-6-1 <i>[nouveau]</i> et 28
25	Code de la santé publique	L. 1111-24, L. 1222-8, L. 1413-12, L. 1418-7, L. 4021-6, L. 5321-2 et L. 6113-10-2
25	Code de la sécurité sociale	L. 161-45
25	Code général de la fonction publique	L. 453-5

25	Code de l'éducation	L. 756-2-1
25	Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale	4