Paris, le 11 décembre 2021

OBSERVATIONS DU GOUVERNEMENT
sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022

Le Conseil constitutionnel a été saisi d'un recours de plus de soixante sénateurs contre la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022. Ce recours, qui critique les articles 6, 28, 35, 41, 46, 68, 70, 73, 74, 75, 76, 86, 87, 90, 94, 95 et 105 de cette loi ainsi que certaines dispositions de ses articles 37 et 93 appelle, de la part du Gouvernement, les observations suivantes.

***

I. Sur les dispositions contestées

1. Sur l'article 6

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), établissement public national à caractère administratif créé à compter du 1er janvier 1996, a pour mission, en vertu de l'article 2 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, d'apurer la dette mentionnée à l'article 4 de cette ordonnance et d'effectuer les versements prévus par ce même article.

L'article 1er de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a rétabli à l'article 4 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 un paragraphe II *septies* par lequel la CADES s'est vu transférer une dette complémentaire d'un montant global maximum de 136 milliards d'euros correspondant, dans la limite de 31 milliards d'euros, aux déficits cumulés au 31 décembre 2019 de la branche maladie du régime général de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV)[1], dans la limite de 92 milliards d'euros, aux déficits cumulés des exercices 2020 à 2023 des branches maladie, vieillesse et famille du régime général de sécurité sociale et du FSV ainsi qu'aux déficits cumulés des mêmes exercices de la branche vieillesse du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles[2], enfin, dans la limite de 13 milliards d'euros, à la couverture de dotations de la branche maladie du régime général de sécurité sociale, devant être versées à compter de 2021 aux établissements de santé relevant du service public hospitalier[3].

Le même article 1er de la loi du 7 août 2020 a prévu que le montant total des versements réalisés par la CADES à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ne pourrait excéder 40 milliards d'euros par an, les transferts couvrant en priorité les déficits cumulés au 31 décembre 2019 de la branche maladie du régime général de sécurité sociale et du FSV, puis les dotations devant bénéficier aux établissements de santé assurant le service public

[1] Dispositions du A du II septies de l'article 4 de l'ordonnance du 24 janvier 1996.
[2] Dispositions du B du II septies de l'article 4 de l'ordonnance du 24 janvier 1996.
[3] Dispositions du C du II septies de l'article 4 de l'ordonnance du 24 janvier 1996.

hospitalier, dans la limite de 5 milliards d'euros par an, enfin les déficits à couvrir au titre de la période 2020-2023.

A l'occasion de ce transfert de dette, l'article 1er de la loi organique n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a donné une nouvelle rédaction de l'article 4 *bis* de l'ordonnance du 24 janvier 1996 en vue de prévoir que tout nouveau transfert de dette à la CADES est accompagné d'une augmentation de ses recettes permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale au-delà du 31 décembre 2033. Le même article 1er de la loi organique du 7 août 2020 précise que, pour l'application de cette règle, les recettes correspondent soit au produit d'impositions de toute nature dont l'assiette porte sur l'ensemble des revenus perçus par les personnes physiques, soit à des prélèvements sur les fonds des organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Il prévoit que la loi de financement de la sécurité sociale assure, chaque année, le respect de cette règle, l'annexe mentionnée au 8° du paragraphe III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale comportant les informations nécessaires pour le vérifier.

Dans ce contexte, l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 a précisé l'architecture du dispositif défini par les dispositions du C du II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance du 24 janvier 1996, dans leur rédaction issue de l'article 1er de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

Il a ainsi prévu qu'afin de concourir à la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci, les organismes de la branche maladie du régime général de la sécurité sociale pourraient verser aux établissements de santé qui assurent le service public hospitalier une dotation annuelle non remboursable[4] après conclusion, au plus tard le 31 décembre 2021, d'un contrat entre chaque établissement concerné et l'agence régionale de santé (ARS) dont il relève, ce contrat étant d'une durée maximale de dix ans.

L'objet des dotations, qui était initialement de couvrir « *une partie (...) des échéances des emprunts contractés au 31 décembre 2019 par les établissements de santé relevant du service public hospitalier* », a été modifié afin de destiner ces dotations au « *désendettement pour favoriser l'investissement dans les établissements de santé assurant le service public hospitalier* », en permettant ce faisant la prise en charge de dettes nées postérieurement au 31 décembre 2019.

L'article 50 a également précisé que les sommes transférées par la CADES, dont le montant total serait défini par décret, dans la limite de 13 milliards d'euros, seraient inscrites au bilan de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) au moment du transfert à l'ACOSS et qu'elles seraient constatées en produits au compte de résultat de la CNAM au même rythme que l'ordonnancement des dotations annuelles dont elles assurent le financement.

Il a enfin prévu, en ce qui concerne les établissements bénéficiaires, que la dotation serait comptabilisée par eux en capitaux propres, en une fois et pour sa totalité, dès la signature du contrat avec le directeur général de l'ARS.

[4] Sous la seule réserve de la récupération des éventuelles surcompensations.

En application de ces dispositions, un décret du 30 juin 2021[5] a fixé à 13 milliards d'euros, c'est-à-dire au montant maximum fixé par la loi, le total des dotations pouvant être versées aux établissements de santé par les organismes de la branche maladie. Enfin, un décret du 19 janvier 2021[6] a fixé à 5 milliards d'euros le montant du transfert de la CADES à l'ACOSS au titre de l'année 2021.

A son paragraphe I, l'article 6 de la loi déférée retouche le dispositif décidé par l'article 1er de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie et mis en œuvre par l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, en apportant deux modifications à ce dernier article.

D'une part, il précise que le contrat ou l'avenant à un précédent contrat conclu entre l'établissement bénéficiaire de la dotation et l'ARS peut être conclu jusqu'au 31 décembre 2028, lorsque ce contrat ou cet avenant a pour objet de concourir à la compensation des charges résultant d'opérations d'investissements structurants, et que les versements au titre de la dotation interviennent avant le 31 décembre 2030.

D'autre part, et en lien avec les dispositions qui précèdent, l'article 6 prévoit que la dotation ou la fraction de dotation concourant à la compensation des charges résultant d'opérations d'investissements structurants peut être comptabilisée en plusieurs fois, en fonction de l'échéancier des versements, par dérogation à la règle selon laquelle la dotation versée à l'établissement de santé bénéficiaire est comptabilisée en capitaux propres en une fois et pour sa totalité, dès la signature du contrat avec l'ARS.

Enfin, l'article 6 dispose, à son paragraphe II, que le Gouvernement adresse au Parlement un rapport annuel d'information sur le versement de la dotation concourant à la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier, qui dresse notamment la liste des établissements bénéficiaires et indique le montant versé.

Les sénateurs requérants soutiennent, à titre principal, que l'article qu'ils contestent contrevient aux dispositions, de niveau organique, du premier alinéa de l'article 4 *bis* de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, selon lequel tout nouveau transfert de dette à la CADES est accompagné d'une augmentation de ses recettes permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale au-delà du 31 décembre 2033. Ils estiment en effet que l'article 6 de la loi déférée, ensemble les dispositions du C du II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance du 24 janvier 1996, reviennent à faire financer par la CADES une fraction de la dette des établissements de santé du service public hospitalier et dénaturent la vocation même de cette caisse, telle qu'elle a été définie par le législateur organique, qui est d'amortir les déficits cumulés des régimes obligatoires de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement, et non les dettes des établissements de santé financés par ces régimes et organismes.

---

[5] Article 1er du décret n° 2021-868 du 30 juin 2021 organisant un dispositif de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier en application de l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021

[6] Article 4 du décret n° 2021-40 du 19 janvier 2021 relatif au transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale des déficits du régime général, du Fonds de solidarité vieillesse, de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales et des établissements publics de santé à effectuer en 2021.

Subsidiairement, ils soutiennent que l'article 6 est étranger au domaine des lois de financement de la sécurité sociale.

Le Gouvernement ne partage pas cette analyse.

En ce qui concerne, en premier lieu, la place des dispositions contestées en loi de financement de la sécurité sociale, il a été fait le choix de faire figurer l'article 6 dans la deuxième partie de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, qui comporte les dispositions relatives à l'année en cours, en l'occurrence les dispositions relatives à l'exercice 2021.

Il a en effet été tenu compte de ce que le report du 31 décembre 2021 au 31 décembre 2028 de la date butoir pour la conclusion des contrats entre les ARS et les établissements de santé assurant le service public hospitalier a mécaniquement un impact sur les dépenses de la CNAM, puisque des versements aux établissements de santé qui auraient dû avoir lieu au cours de l'exercice 2021 ne seront réalisés qu'au cours d'exercices ultérieurs. Pour ce motif, les dispositions de l'article 6 relèvent des dispositions du A du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, aux termes duquel : « *Peuvent figurer dans la partie de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, outre celles prévues au B du I, les dispositions ayant un effet sur les recettes des régimes obligatoires de base (...) ou ayant un effet sur les dépenses de ces régimes (...)* ».

En outre, il doit être rappelé que, parallèlement au transfert du montant complémentaire de 136 milliards d'euros de dettes à la CADES, dont font partie les 13 milliards d'euros consacrés au désendettement des établissements de santé assurant le service public hospitalier, décidé par l'article 1er de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020, l'article 2 de la loi organique n° 2020-991 du 7 août 2020 a donné une nouvelle rédaction des dispositions du 5° du B du paragraphe V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale afin, selon les termes de votre décision n° 2020-804 DC du 7 août 2020, d'élargir aux mesures ayant un effet sur la dette des régimes obligatoires de base de sécurité sociale les dispositions susceptibles de figurer, sous certaines conditions, dans une loi de financement de la sécurité sociale (paragr. 6).

Il résulte des travaux préparatoires à l'adoption de ces dispositions que la rédaction qui avait alors été retenue poursuivait directement l'objectif de « *permettre la prise en charge de la dette des hôpitaux via l'assurance maladie* »[7], en faisant en sorte que la loi de financement de la sécurité sociale puisse comporter, au-delà des dispositions relatives au transfert à la CADES des déficits des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement et à l'amortissement de cette dette sociale, d'autres dispositions ayant une incidence sur la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

[7] Rapport n° 3066, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 9 juin 2020, fait au nom de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi organique relatif à la dette sociale et à l'autonomie par M. Paul Christophe, rapporteur, page 13. Voir également le rapport n° 556 (2019-2020), enregistré à la présidence du Sénat le 24 juin 2020, fait au nom de la commission des affaires sociales par M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général, sénateur, qui mentionne, en page 75 : « *Serait ainsi admise 'toute mesure ayant un effet sur la dette'. Concrètement, l'objet de cette modification est de rendre admissibles les mesures relatives au 'transfert' de la dette des hôpitaux relevant du service public hospitalier à la Cades* ».

En l'espèce, il résulte des termes mêmes du paragraphe I de l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 que les sommes transférées par la CADES à l'ACOSS en vue de financer le montant des dotations annuelles à verser aux établissements de santé bénéficiaires sont, au moment de ce transfert, inscrites au bilan de la CNAM. Ces transferts seront au nombre de trois. A la suite d'un premier transfert portant sur la somme de 5 milliards d'euros en 2021, 5 autres milliards seront transférés en 2022, le solde de 3 milliards devant être transféré en 2023. Parallèlement, les dotations aux établissements de santé, qui ont également une incidence sur la situation patrimoniale de la CNAM, seront versées sur une période plus étendue, jusqu'au 31 décembre 2030.

Par conséquent, les dispositions de l'article 6 trouvent également leur place en loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 5° du B du V de l'article L.O. 111-3, s'agissant de dispositions ayant un effet sur la dette de la branche maladie du régime obligatoire de base de sécurité sociale

En second lieu, aux termes du vingtième alinéa de l'article 34 de la Constitution : « *Les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier (...) dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique* ». Il résulte de ces dispositions une exigence constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale (décision n° 97-393 DC du 18 décembre 1997, cons. 25). Cet objectif de valeur constitutionnelle n'impose pas, toutefois, que l'équilibre soit strictement réalisé pour chaque branche et pour chaque régime au cours de chaque exercice (décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001, cons. 20).

Eu égard à son objet, l'article 6 de la loi déférée ne met pas en cause, par lui-même, l'équilibre financier de la sécurité sociale. Le 1° de son paragraphe I permet, tout au contraire, d'étaler dans le temps, jusqu'au 31 décembre 2028, la signature des contrats entre l'ARS et l'établissement bénéficiant de la compensation des charges résultant d'opérations d'investissements structurants, alors au demeurant que cette compensation est financée par des versements de la CADES réalisés en 2021, 2022 et 2023. Quant aux dispositions du 2° du I, elles ne traitent que de la comptabilisation des dotations par l'établissement bénéficiaire et n'ont, dès lors, aucune incidence sur l'équilibre financier de la sécurité sociale. Enfin, il en va à l'évidence de même des dispositions du paragraphe II.

Les sénateurs entendent par ailleurs se prévaloir de la jurisprudence *Etat d'urgence en Nouvelle-Calédonie* (décision n°85-187 DC du 25 janvier 1985, cons. 10) pour critiquer, à l'occasion de l'examen de la conformité à la Constitution de l'article 6 de la loi déférée, les dispositions de l'article 50 de la loi du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, en tant qu'elles ont donné une nouvelle rédaction des dispositions du C du II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 et prévu des transferts de la CADES à l'ACOSS pour financer le désendettement des établissements de santé assurant le service public hospitalier.

Toutefois, l'article 6 de la loi déférée ne modifie pas le C du II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance du 24 janvier 1996, pas davantage qu'il ne complète ses dispositions ou en affecte le domaine.

Ainsi qu'il a été dit, l'article 6 se borne à modifier le dispositif résultant de l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 en ce qui concerne, d'une part, la date de conclusion des contrats entre les établissements et les ARS et, d'autre part, les

modalités de comptabilisation des dotations par les établissements bénéficiaires. Il ne s'agit là que de modalités de mise en œuvre du dispositif de contractualisation auquel est subordonné le versement des dotations qui, si elles s'inscrivent à l'intérieur du mécanisme défini par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, sont sans incidence sur le principe même du transfert à la CADES d'une partie de la dette des établissements de santé que critiquent les auteurs de la saisine.

2. Sur l'article 35

Aux termes du 1° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale : « *Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale : / 1° Approuve le rapport prévu au I de l'article L.O. 111-4* ». Le paragraphe I de l'article L.O. 111-4 de ce code dispose : « *Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir* ».

Conformément à ces dispositions, l'article 35 de la loi déférée approuve le rapport figurant en annexe B décrivant, pour les années 2022 à 2025, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Les sénateurs requérants soutiennent que ces dispositions méconnaissent l'article 4 *bis* de l'ordonnance du 24 janvier 1996 en ce qu'il impose que tout nouveau transfert de dette à la CADES soit accompagné d'une augmentation de ses recettes permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale au-delà du 31 décembre 2033. Ils font valoir que la trajectoire financière quadriennale décrite dans le rapport figurant en annexe B à la loi déférée est manifestement incompatible avec un amortissement de la dette sociale d'ici le 31 décembre 2033. Ils estiment que l'accumulation prévisible de déficits au cours des quatre prochaines années et l'absence de stratégie de retour à l'équilibre des comptes sociaux conduira inéluctablement à transférer à la CADES de nouveaux déficits.

Ce grief ne peut qu'être écarté.

Si, en vertu des dispositions citées ci-dessus du 1° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, l'article 35 devait obligatoirement figurer en loi de financement de la sécurité sociale, il se borne à approuver un rapport décrivant l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV pour les quatre années à venir. Il n'est, dès lors, revêtu d'aucune valeur normative (décision n° 2002-460 DC du 22 août 2002, cons. 21 ; décision n° 2005-512 DC du 21 avril 2005, cons. 12).

Seules les mesures législatives procédant à de nouveaux transferts de dette à la CADES prises au cours de ces quatre années pourraient être utilement contestées devant le juge constitutionnel au motif qu'elles méconnaîtraient les dispositions de l'article 4 *bis* de l'ordonnance du 24 janvier 1996.

3. Sur la place dans la loi déférée d'autres dispositions

Le premier alinéa de l'article 47-1 de la Constitution dispose : « *Le Parlement vote les projets de loi de financement de la sécurité sociale dans les conditions prévues par une loi organique* ».

L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale détermine le contenu de la loi de financement de la sécurité sociale.

Il appartient au Conseil constitutionnel de déclarer contraires à la Constitution les dispositions adoptées en méconnaissance de la règle de procédure prévue à cet article. Dans ce cas, il ne préjuge pas de la conformité du contenu de ces dispositions aux autres exigences constitutionnelles (décision n° 2019-795 DC du 20 décembre 2019, paragr. 70).

Les sénateurs requérants soutiennent que les articles 28, 41, 46, 68, 70, 73, 74, 75, 76, 86, 87, 90, 94, 95 et 105 n'ont pas leur place en loi de financement de la sécurité sociale de l'année.

3.1. Sur l'article 28

L'article 28 de la loi déférée rehausse, à son paragraphe I, le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale. Il s'agit d'une imposition de toute nature, au sens de l'article 34 de la Constitution, dont le fait générateur est la délivrance d'une autorisation de mise sur le marché d'une spécialité pharmaceutique inscrite sur une liste aux fins de prise en charge par l'assurance maladie ou par une collectivité publique (Cass., 2ème civ., 3 juin. 2021, n° 20-15.545).

La contribution est instituée au profit de la CNAM, ainsi que le prévoit le paragraphe V de l'article L. 245-6.

Les dispositions du paragraphe I de l'article 28 sont donc au nombre des dispositions qui peuvent figurer dans la partie de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, en tant qu'elles sont relatives au taux d'une contribution affectée aux régimes obligatoires de base, en vertu du 3° du B du V de l'article L.O. 111-3.

Le paragraphe II de l'article 28 modifie diverses dispositions du code de la santé publique relatives aux recherches impliquant la personne humaine, en ce qui concerne le rôle confié aux comités de protection des personnes, dont l'avis favorable doit être recueilli, parallèlement à l'autorisation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), préalablement à la mise en œuvre d'une recherche impliquant la personne humaine. L'un des objectifs poursuivis est d'assurer la correcte mise en œuvre du règlement européen (UE) n° 536/2014 du parlement européen et du Conseil du 16 avril 2014 relatif aux essais cliniques de médicaments à usage humain et abrogeant la directive 2001/20/CE qui doit prochainement entrer en vigueur et impose la réalisation d'un examen éthique dans les délais prévus pour la délivrance de l'autorisation préalable de l'essai clinique, lesquels sont plus courts que les délais dans lesquels les comités de protection des personnes se prononcent actuellement.

Ces dispositions, en tant notamment qu'elles créent des comités d'éthique locaux soumis à agrément, chargés d'émettre un avis sur certaines recherches impliquant la personne humaine, ainsi qu'une commission nationale de coordination et de recours des comités d'éthique locaux de la recherche agréés, auront un effet sur les dépenses de l'année ou des années ultérieures des régimes obligatoires de base et relèvent par conséquent du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, dans la mesure où les dépenses des comités de protection des personnes et des comités d'éthique locaux sont prises en charge par la CNAM, *via* l'ANSM. C'est ce justifie, d'ailleurs, d'apporter à la CNAM, par le relèvement du taux de la contribution prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale, un surcroît de recettes.

Les dispositions du paragraphe II de l'article 28 ne sont donc pas séparables de celles du paragraphe I qui en assurent le financement.

3.2. Sur l'article 41

Pour prévenir un dommage immédiat ou imminent qu'une personne en hospitalisation complète sans consentement pourrait causer à elle-même ou autrui, les psychiatres des établissements de santé autorisés en psychiatrie peuvent, par une décision motivée, décider le recours, en tant que pratiques de dernier recours, à une mesure de placement en chambre d'isolement d'une durée initiale de douze heures et, dans le cadre de cette première mesure, à une mesure de contention d'une durée initiale de six heures.

L'article 41 de la loi déférée modifie plusieurs articles du code de la santé publique relatifs à ces mesures d'isolement et de contention, principalement son article L. 3222-5-1, issu de l'article 72 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et modifié par l'article 84 de la loi n° 2020-1576 de financement de la sécurité sociale pour 2021 après votre décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020 ayant déclaré cet article contraire à la Constitution.

Les dispositions contestées ont été adoptées par le législateur en vue de tirer les conséquences de votre décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021 qui a observé que les dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, dans leur version issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, ne soumettaient pas le maintien à l'isolement ou sous contention au-delà d'une certaine durée à l'intervention systématique du juge judiciaire, contrairement aux exigences de l'article 66 de la Constitution.

Les effets de la déclaration d'inconstitutionnalité ont cependant été reportés d'un peu moins de sept mois, soit au 31 décembre 2021, compte tenu des conséquences manifestement excessives qu'aurait eues l'abrogation immédiate des dispositions contestées.

Pour se conformer aux exigences constitutionnelles rappelées par la décision du 4 juin 2021, le législateur a retenu un dispositif à trois étages.

D'une part, il a prévu que la mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures et peut être renouvelée dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures, en faisant dans ce cas l'objet de deux évaluations par vingt-quatre heures. De même, la mesure de contention, prise pour une durée de six heures, peut être renouvelée dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures et fait l'objet de deux évaluations par douze heures.

D'autre part, il a prévu que le renouvellement des mesures au-delà de ces durées par le médecin donne lieu à l'information par le directeur de l'établissement du juge des libertés et de la détention, lequel peut alors se saisir d'office pour y mettre fin. Une information est parallèlement délivrée par le médecin à au moins un membre de la famille ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient.

Enfin, l'article 41 de la loi déférée prévoit que le directeur de l'établissement saisit cette fois le juge des libertés et de la détention, avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement ou de la quarante-huitième heure de contention, si l'état de santé du patient rend nécessaire le renouvellement de la mesure au-delà de ces durées. Lorsque le juge autorise le maintien de la mesure, le médecin peut alors la renouveler dans les conditions qui ont été rappelées. Toutefois, si le renouvellement d'une mesure d'isolement est encore nécessaire après deux décisions de maintien prises par le juge des libertés et de la détention, celui-ci est saisi au moins vingt-quatre heures avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de sa précédente décision et le médecin informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical. Le juge des libertés et de la détention statue avant l'expiration de ce délai de sept jours. Le cas échéant, il est à nouveau saisi au moins vingt-quatre heures avant l'expiration de chaque nouveau délai de sept jours et statue dans les mêmes conditions. Le médecin réitère l'information à un membre de la famille ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient lors de chaque saisine du juge des libertés et de la détention

La mise en œuvre de ce nouveau cadre juridique, appelé à entrer en vigueur le 1er janvier 2022, implique des adaptations profondes pour les établissements de santé autorisés en psychiatrie et recevant des patients en soins sans consentement, ce qui justifie que des mesures d'accompagnement financier soient prises à très bref délai pour assurer la formation continue du personnel soignant des établissements de santé autorisés en psychiatrie, au regard de ces nouvelles règles et des droits des patients qui en résultent, adapter les systèmes d'information permettant d'assurer le suivi des mesures d'isolement et de contention, renforcer les équipes soignantes des unités de soins sans consentement, mettre en place des binômes médecin-infirmier référents isolement/contention et développer, autant que possible, les alternatives aux mesures d'isolement et de contention qui restent des pratiques de dernier recours.

Ce plan d'accompagnement, qui intègre des dépenses pérennes, a un coût qui a été chiffré à 30 millions d'euros en 2022.

A ce titre, les dispositions de l'article 28 trouvent assurément leur place en loi de financement de la sécurité sociale de l'année sur le fondement du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, s'agissant de dispositions ayant un effet sur les dépenses de l'année ou des années ultérieures des régimes obligatoires de base qui affectent directement l'équilibre financier de ces régimes, dès lors qu'elles présentent un caractère permanent.

3.3. Sur l'article 46

L'article 46 de la loi déférée prévoit qu'à titre expérimental et pour une durée de trois ans, l'Etat peut autoriser la mise en place et le financement, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), d'une carte professionnelle pour les intervenants de l'aide à domicile.

Il est rappelé que la CNSA gère, depuis le 1er janvier 2021, la branche autonomie, qui constitue la cinquième branche de la sécurité sociale. Son budget est articulé autour de cinq fonds, dont le fonds « intervention », qui assure le financement du soutien à domicile, y compris des actions de professionnalisation de services et des intervenants de l'aide à domicile.

Le coût total de mise en œuvre d'un dispositif de carte professionnelle, pour les quelques 700 000 intervenants de l'aide à domicile, est évalué entre 8 millions et 17 millions d'euros, selon le type de carte qui serait mise en place.

Au titre de l'année 2022, le coût de l'expérimentation, pour la CNSA, devrait s'établir à 525 000 € pour 35 000 intervenants de l'aide à domicile.

A ce titre, les dispositions de l'article 46 se rattachent à la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année, plus précisément aux dispositions du 1° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, compte tenu de l'incidence sur les dépenses de l'année 2022.

3.4. Sur l'article 68

En vertu des dispositions en vigueur du deuxième alinéa de l'article L. 4342-1 du code de la santé publique, « *l'orthoptiste pratique son art sur prescription médicale ou, dans le cadre notamment du cabinet d'un médecin ophtalmologiste, sous la responsabilité d'un médecin* ».

L'article 68 de la loi déférée modifie cet article afin d'ouvrir un accès direct aux orthoptistes, c'est-à-dire sans prescription médicale, pour la réalisation de bilans visuels et la prescription des équipements optiques associés. Les orthoptistes pourront également réaliser chez le jeune enfant, sans prescription médicale, le dépistage de l'amblyopie et des troubles de la réfraction. Les dispositions de l'article L. 4362-10 du code de la santé publique sont modifiées en conséquence pour prévoir que l'opticien-lunetier peut délivrer des verres correcteurs sur prescription d'un orthoptiste.

Il s'agit là, plus que de l'octroi aux orthoptistes d'un nouveau pouvoir de prescription, d'une véritable réorganisation, particulièrement attendue, de la filière visuelle. Cette réforme est en effet destinée, d'une part, à remédier aux difficultés, dûment identifiés par plusieurs rapports d'inspection, que rencontrent de nombreux patients pour accéder aux soins visuels, dans une logique de parcours de soins, en réduisant les délais d'attente pour la réalisation d'un bilan visuel et la prescription de l'équipement associé et en augmentant le temps que les médecins ophtalmologistes peuvent consacrer à la prise en charge de patients présentant des affections plus complexes. La réforme vise, d'autre part, à améliorer le dépistage de certains troubles visuels chez les jeunes enfants.

Il est précisé que les dépistages réalisés par les orthoptistes seront pris en charge à 100%, en l'occurrence à 60% par l'assurance maladie et à 40% au travers du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire, qui est un fonds de la CNAM, dans le cadre d'un dispositif intitulé « MT'Yeux ». Les consultations chez l'orthoptiste pour un bilan visuel, dont le coût pour l'assurance maladie est moindre qu'une consultation chez un ophtalmologue, compte tenu de l'impossibilité pour les membres de cette profession paramédicale de pratiquer des dépassements d'honoraires, seront également prises en charge.

Il est attendu que la mise en œuvre de cette réorganisation de la filière visuelle conduise à un accroissement du nombre de bilans visuels réalisés, soit un coût supplémentaire chiffré à 25 millions d'euros en année pleine.

A ce titre, les dispositions de l'article 68, qui présentent un caractère permanent, trouvent de toute évidence leur place en loi de financement de la sécurité sociale de l'année sur le fondement des dispositions du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, à l'instar d'autres mesures relatives au mode d'organisation des soins ayant une incidence sur les dépenses d'assurance maladie (décision n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013, cons. 59).

3.5. Sur l'article 70

Le code de la santé publique définit les centres de santé comme des « *structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux* ».

L'article 70 de la loi déférée complète l'article L. 6323-1-5 de ce code afin de confier à un chirurgien-dentiste la fonction de responsable de la qualité et de la sécurité des soins dentaires lorsque le centre assure une activité dentaire. Il en va de même pour un médecin ophtalmologiste pour la qualité et la sécurité des soins ophtalmologiques dans un centre assurant une activité ophtalmologique. Des mesures sont également prises pour renforcer le contrôle des qualifications professionnelles des chirurgiens-dentistes et des ophtalmologistes exerçant en centre de santé.

L'article L. 6323-1-11 du même code est également modifié en vue notamment de soumettre à agrément les centres de santé ayant une activité dentaire ou ophtalmologique.

Enfin, l'article L. 6323-1-12 de ce code est complété pour prévoir qu'à la suite de la suspension de l'activité ou de la fermeture d'un centre de santé, le directeur général de l'ARS peut refuser de délivrer le récépissé de l'engagement de conformité relatif à l'ouverture d'un nouveau centre jusqu'à la levée de la suspension ou pour une durée maximale de cinq ans dans le cas d'une fermeture définitive.

L'objectif poursuivi par ces dispositions, qui ne diffère pas de celui que poursuit l'article 71 de la loi déférée, lequel permet au directeur général de l'ARS de prononcer une amende administrative à l'encontre de l'organisme gestionnaire d'un centre de santé, est de renforcer la lutte contre les dérives et pratiques frauduleuses, aujourd'hui bien documentées, d'un certain nombre de centres dentaires et ophtalmologiques. Il est indiqué, à cet égard, que

l'assurance maladie a déposé 16 plaintes pénales contre des centres ophtalmologiques au cours de l'année écoulée.

L'article 70 est, pour ce motif, au nombre des mesures ayant un effet sur les dépenses de l'année et des années ultérieures des régimes obligatoires de base de sécurité sociale au sens du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

3.6. Sur les articles 73 et 74

Les articles 73 et 74 de la loi déférée prévoient qu'à titre expérimental, dans le cadre des structures d'exercice coordonné, l'État peut autoriser les masseurs-kinésithérapeutes, d'une part, et les orthophonistes, d'autre part, à exercer leur art sans prescription médicale, pour une durée de trois ans, dans six départements.

Ces dispositions sont susceptibles d'avoir des effets sur les dépenses de l'année au sens du 1° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, compte tenu de la réduction attendue du nombre de consultations auprès de médecins généralistes et, en sens inverse, de l'augmentation corrélative du recours aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes. Il s'agit, là encore, d'une mesure relative au mode d'organisation des soins ayant une incidence sur les dépenses d'assurance maladie (décision n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013, cons. 59).

3.7. Sur l'article 75

L'article L. 1435-8 du code de la santé publique prévoit qu'un fonds d'intervention régional finance, sur décision des ARS, des actions, des expérimentations et des structures concourant notamment à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale et à l'efficience des structures sanitaires et médico-sociales.

L'article L. 1435-9 du même code dispose que les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et, le cas échéant, par une dotation de la CNSA et par toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.

L'article 75 de la loi déférée prévoit qu'à titre expérimental, pour une durée de trois, l'Etat peut, dans six départements, autoriser le financement, par ce fonds, des frais occasionnés par la promotion et la mise à disposition de l'accès gratuit au guide du bon usage des examens d'imagerie médicale au sein de l'espace numérique des médecins généralistes.

Il est attendu de la diffusion de ce guide un meilleur usage des examens d'imagerie médicale par les médecins généralistes, c'est-à-dire que soient évitées des prescriptions d'examens inutiles ou faisant double emploi. A cet égard, l'expérimentation est susceptible d'avoir une incidence sur les dépenses de l'année à venir des régimes obligatoires de base au sens du 1° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

3.8. Sur l'article 76

L'article L. 4301-1 du code de la santé publique permet à un ensemble d'auxiliaires médicaux, notamment aux infirmiers, à la condition qu'ils remplissent des conditions de diplôme et de durée d'exercice de leur art, d'exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins ou en assistance d'un médecin spécialiste. Un décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, définit notamment pour la profession d'infirmier, les domaines d'intervention en pratique avancée qui peuvent comporter des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique et des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

L'article 76 de la loi déférée prévoit qu'à titre expérimental et pour une durée de trois ans, les infirmiers en pratique avancée peuvent réaliser, dans trois régions, certaines prescriptions soumises à prescription médicale. La mesure est de nature à fluidifier le parcours de soins des patients atteints de certaines maladies chroniques dont l'état stable ne nécessite pas nécessairement de consulter un médecin généraliste ou un médecin spécialiste.

Ces dispositions sont susceptibles d'avoir un effet sur les dépenses de l'année au sens du 1° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, compte tenu de la réduction attendue du nombre de consultations auprès de médecins généralistes et, en sens inverse, de l'augmentation corrélative du recours aux infirmiers exerçant en pratique avancée. Il s'agit, là encore, d'une mesure relative au mode d'organisation des soins ayant une incidence sur les dépenses d'assurance maladie (décision n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013, cons. 59).

3.9. Sur l'article 86

L'article L. 2122-1 du code de la santé publique prévoit que toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme.

L'article 86 de la loi déférée complète cet article par un alinéa, entrant en vigueur le 1er juillet 2022, qui prévoit qu'un entretien postnatal précoce obligatoire est réalisé par un médecin ou une sage-femme entre les quatrième et huitième semaines qui suivent l'accouchement. Cet entretien a pour objet, dans une approche globale de prévention en postpartum, de repérer les premiers signes de la dépression du postpartum ou les facteurs de risques qui y exposent et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement. Un deuxième entretien peut être proposé, entre les dixième et quatorzième semaines qui suivent l'accouchement, par le professionnel de santé qui a réalisé le premier entretien aux femmes primipares ou pour lesquelles ont été constatés des signes de la dépression du postpartum ou l'existence de facteurs de risques qui y exposent.

L'entretien postnatal précoce obligatoire, qui s'inscrit dans le cadre de la politique publique en faveur des « 1000 premiers jours » de l'enfant, est symétrique de l'entretien prénatal précoce obligatoire institué par l'article 62 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre

2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, qui n'avait pas été censuré en tant que cavalier par votre décision n° 2019-795 DC du 20 décembre 2019.

Cet article 86 a sans conteste sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, dans la mesure où la création d'un entretien postnatal précoce obligatoire, pris en charge par l'assurance maladie et destiné à l'ensemble des femmes ayant accouché, a inévitablement un impact sur les dépenses de l'année et des années ultérieures des régimes obligatoires de base.

3.10. Sur l'article 87

L'article 87 de la loi déférée prévoit que la CNAM met en œuvre des campagnes d'information afin de promouvoir, de communiquer et d'informer sur les compétences des sages-femmes mentionnées aux articles L. 2212-2 et L. 4151-1 à L. 4151-4 du code de la santé publique. Il s'agit de leurs compétences en matière de surveillance de la grossesse, de préparation à l'accouchement, de pratique de l'accouchement, d'examens postnataux, de vaccination, de soins, de prescription de certains dispositifs médicaux et d'interruption volontaire de grossesse.

Indépendamment du coût de cette campagne, il en est attendu une augmentation du taux de recours aux sages-femmes, particulièrement dans les zones géographiques dans lesquelles la densité en médecins généralistes et en gynécologues est faible et, par conséquent, une augmentation des dépenses de l'assurance maladie. Pour ce motif, les dispositions de l'article 87 trouvent leur place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

3.11. Sur l'article 90

L'article 90 de la loi déférée complète le code de la sécurité sociale par un article L. 871-2 qui a trait à l'obligation pour les organismes d'assurance maladie complémentaire de mettre à la disposition des professionnels de santé des services numériques, en vue de l'application du dispositif du tiers payant intégral sur le panier de l'offre 100% Santé, qui porte sur des prestations en matière d'optique, d'audiologie et de soins dentaires.

D'une part, la fourniture de ces services numériques aux professionnels de santé par les organismes d'assurance maladie complémentaire est susceptible d'avoir un effet permanent sur les dépenses de l'assurance maladie obligatoire, ce qui justifie la place de la mesure dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année au titre du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

En effet, il est attendu de la facilitation du tiers payant intégral un plus grand déploiement de ce dernier et, par conséquent, un recours accru aux soins, qui devrait être d'autant plus important que les prestations et équipements du panier 100% Santé concernent précisément des domaines dans lesquels le renoncement aux soins est important, eu égard au coût élevé que peuvent représenter, pour de nombreux patients, ces prestations et équipements. A titre d'exemple, en matière de prothèses auditives, l'avance de frais par l'assuré sur la part complémentaire, en l'absence de tiers payant, peut représenter pour l'intéressé jusqu'à 710 euros par appareil. Les deux tiers de la population française ayant

besoin de ce type d'équipements n'en étant pas encore équipés, la facilitation du tiers payant devrait entraîner, en toute logique, un recours accru aux soins et, par suite, des dépenses supplémentaires pour les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Il est relevé que, par votre décision n° 2017-756 DC du 21 décembre 2017 relative à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, vous n'avez pas remis en cause la place dans cette loi des dispositions de l'article 63, que vous avez spécialement examinées, et qui revenaient sur la généralisation du tiers payant sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (paragr. 70 à 73).

D'autre part, il est rappelé que le taux de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire prévue à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est minoré, en vertu du 2° du II *bis* de cet article, pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie complémentaire si les garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1 du même code, c'est-à-dire si elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant. Le respect de ces mêmes obligations procure aux organismes d'assurance maladie complémentaire des avantages sociaux, relatifs à l'exclusion des cotisations de sécurité sociale de certaines contributions.

A ce second titre, les dispositions de l'article 90 sont susceptibles d'avoir une incidence sur les recettes des régimes obligatoires d'assurance maladie, ce qui justifie également sa place en loi de financement de la sécurité sociale au titre du 2° du B du V de l'article L.O. 111-3, dans la mesure où le respect ou la méconnaissance de l'obligation de fournir des services numériques aura une incidence sur l'assiette ou le taux de ces prélèvements obligatoires assurant le financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

3.12. Sur l'article 94

L'article L. 3212-2 du code général de la propriété des personnes publiques dresse la liste des cessions de biens mobiliers des personnes publiques qui, par exception, peuvent être réalisées gratuitement.

L'article 94 de la loi déférée complète cette liste, aujourd'hui constituée de onze exceptions, par une douzième, en ce qui concerne les cessions de biens meubles acquis par l'agence nationale de santé publique, dans le cadre des missions qui lui sont confiées, lorsque les cessions ont lieu au profit des établissements publics de l'État, des collectivités territoriales, de leurs groupements et établissements publics ou des établissements publics de santé.

Les biens en question peuvent être des « *produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves* » et « *des médicaments, des dispositifs médicaux ou des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro répondant à des besoins de santé publique, thérapeutiques ou diagnostiques* ».

Ces stocks sanitaires d'Etat peuvent, en l'état du droit, seulement donner lieu à des dons aux personnes précaires ou à des Etats étrangers, dans le cadre d'actions de coopération. Ces sorties ne sont toutefois pas suffisantes pour permettre un usage des biens stockés avant leur péremption. Or le coût de la destruction des stocks non utilisés est significatif, eu égard

aux quantités en jeu et à la sensibilité de certains produits de santé détruits, tels que le curare ou des médicaments hypnotiques. Aussi la bonne gestion des actifs de l'Etat conduit-elle à autoriser la remise de ces biens à des entités publiques qui peuvent encore en avoir l'usage, avant leur destruction, ainsi que l'a préconisé le Haut conseil de la santé publique.

Le mécanisme de cession gratuite retenu par l'article 94 de la loi déférée permet ainsi d'obvier des coûts de destruction et contribue par conséquent à réduire les dépenses de l'assurance maladie, qui finance l'agence nationale de santé publique depuis l'année 2020, d'un montant estimé dans une fourchette entre 1 et 3 millions d'euros.

En outre, la mesure permet à des opérateurs financés par l'assurance maladie d'acquérir gratuitement des biens qu'ils utilisent pour les besoins de leur activité, ce qui contribue également à la maîtrise des dépenses de santé.

Il est donc manifeste que, s'agissant d'une mesure pérenne, les dispositions contestées de l'article 94 trouvent leur place dans la loi de financement de la sécurité sociale au titre du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

3.13. Sur l'article 95

L'article 95 de la loi déférée est relatif à la gestion des alertes sanitaires par la CNAM. Il améliore, dans l'intérêt des assurés sociaux, le partage d'information entre l'assurance maladie et les professionnels de santé qui les prennent en charge, en utilisant les données issues des remboursements dont l'assurance maladie dispose, pour identifier les assurés ayant pris des traitements faisant l'objet de dispositifs de pharmacovigilance et ayant donné lieu à des signalements d'effets indésirables ou des alertes. Ceci permet d'informer l'assuré et, le cas échéant, de l'inviter à consulter ou à faire réaliser des examens ou des dépistages de diverse nature.

Ainsi, ces dispositions sont susceptibles d'avoir un effet sur les dépenses de l'assurance maladie, du fait des moyens à mettre en œuvre dans le cadre de ce dispositif d'alerte et compte tenu des soins ou arrêts de soins que son application appellera. Elles relèvent, pour ce motif, du champ de la loi de financement de la sécurité sociale en application du 3° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Il en va de même des autres modifications apportées à l'article 95, qui ont pour objet d'améliorer l'information des assurés et de mettre à disposition des professionnels de santé qui les prennent en charge les informations dont dispose l'assurance maladie dans le cadre de ses missions. Elles permettent en effet d'adapter le parcours de soins des assurés, ce qui peut entraîner des dépenses nouvelles, mais aussi réduire les dépenses de l'assurance maladie en cas de prise en charge plus adaptée.

3.14. Sur l'article 105

Le code du travail comporte, au titre IV du livre III de la septième partie, des dispositions relatives aux travailleurs indépendants recourant, pour l'exercice de leur activité professionnelle, à une ou plusieurs plateformes de mise en relation par voie électronique.

L'article L. 7342-8 de ce code concerne plus spécifiquement les travailleurs des plateformes exerçant une activité de conduite d'une voiture de transport avec chauffeur et de livraison de marchandises au moyen d'un véhicule à deux ou trois roues, motorisé ou non.

L'article 105 de la loi déférée prévoit que, dans les conditions du dialogue social définies au chapitre III du titre IV du livre III de la septième partie du code du travail, les plateformes de ces deux secteurs peuvent proposer à leurs travailleurs des prestations de protection sociale complémentaire bénéficiant à titre collectif à l'ensemble des travailleurs de la plateforme et qui sont versées par des mutuelles, institutions de prévoyance ou entreprises d'assurance.

Pour y inciter les plateformes concernées, il exclut par ailleurs de l'assiette des cotisations sociales la contribution au financement de la protection sociale de leurs travailleurs.

Enfin, il permet aux travailleurs indépendants d'opter pour une affiliation au régime général de la sécurité sociale.

Ainsi, l'article 105, dont les dispositions sont inséparables, comporte une disposition relative à l'assiette des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement qui trouve de manière certaine sa place en loi de financement de la sécurité sociale de l'année sur le fondement des dispositions du 3° du B du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

La mesure a également un effet sur les recettes des régimes obligatoires de base et se rattache par conséquent au 2° du B du V de l'article L.O. 111-3 mais a aussi un effet, par voie de conséquence, sur les prestations servies par ces régimes et donc sur leurs dépenses, ce qui permet également de la rattacher au 2° du C du V du même article.

4. Sur le respect de la « règle de l'entonnoir »

La règle « *de l'entonnoir* », qui découle de l'économie de l'article 45 de la Constitution, notamment de la première phrase de son alinéa, aux termes de laquelle : « *Tout projet ou proposition de loi est examiné successivement dans les deux assemblées du Parlement en vue de l'adoption d'un texte identique* », interdit en principe l'ajout d'articles additionnels ou l'adoption d'amendements après la première lecture qui ne soient pas en relation directe avec une disposition du texte restant en discussion, c'est-à-dire qui n'a pas été adoptée dans les mêmes termes par l'une et l'autre des assemblées. Ne sont en revanche pas soumis à cette obligation les amendements destinés à assurer le respect de la Constitution, à opérer une coordination avec des textes en cours d'examen ou à corriger une erreur matérielle.

Par ailleurs, lorsqu'un article d'un projet de loi n'a pas été adopté dans les mêmes termes par les deux assemblées à l'issue de la première lecture, la totalité de ses dispositions doit être regardée comme restant en discussion, y compris celles adoptées en termes identiques ; dès lors, des adjonctions ou modifications peuvent y être apportées en nouvelle lecture, sous réserve qu'elles présentent un lien direct avec au moins l'une des dispositions de cet article (cf. notamment la décision n° 2018-771 DC du 25 octobre 2018, paragr. 4).

Les sénateurs requérants soutiennent que les dispositions du paragraphe II de l'article 37 et celles du 2° du paragraphe II de l'article 93 de la loi déférée ont été adoptées selon une procédure ayant méconnu la règle qui précède.

Toutefois, ces griefs ne sont pas fondés.

4.1. Sur le paragraphe II de l'article 37

Le paragraphe II de l'article 37 de la loi déférée, lequel correspond à l'article 25 du projet de loi, prévoit que les établissements de santé sont tenus d'assurer, pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, la dématérialisation et la transmission électronique des documents servant à la prise en charge des soins, produits et prestations et à la mise en œuvre du mécanisme du tiers payant par les organismes d'assurance maladie. Ces obligations sont applicables à l'envoi des documents aux organismes d'assurance maladie complémentaire aux fins de leur permettre d'informer les établissements sur la part prise en charge et d'en assurer le paiement à ces établissements.

L'article 25 du projet de loi initial comportait un ensemble de mesures relatives au financement des établissements de santé. En particulier, il ajustait le calendrier du passage à la facturation individuelle des séjours hospitaliers (FIDES), l'objectif poursuivi étant de garantir aux établissements le paiement des sommes qui leur sont dues, qu'elles soient prises en charge à titre principal par l'assurance maladie, par les assurés sociaux eux-mêmes au moyen du ticket modérateur ou par les organismes d'assurance maladie complémentaire en application des contrats de complémentaire santé.

Les dispositions du paragraphe II de l'article 37, en tant qu'elles intéressent également la facturation par les établissements de santé des soins fournis aux assurés sociaux, sont en relation directe avec ces dispositions.

4.2. Sur le 2° du paragraphe II de l'article 93

L'article L. 1226-1-1 du code du travail, créé par l'article 76 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, est un dispositif de gestion des crises sanitaires autorisant le pouvoir réglementaire à prendre par décret des dispositions dérogatoires en matière de versement par l'employeur des indemnités complémentaires aux indemnités journalières versées par la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail. Cet article est directement lié à l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit la possibilité de mettre en œuvre des indemnités journalières dérogatoires en cas de crise sanitaire. Ces deux textes assurent en conséquence une indemnisation quasi-intégrale des salariés lorsqu'ils sont en arrêt de travail dérogatoire.

Le 2° du paragraphe II de l'article 93 de la loi déférée, lequel correspond à l'article 46 du projet de loi, prévoit que, dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et jusqu'au 31 décembre 2022, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à rétablir, adapter ou compléter les dispositions mentionnées à l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 1226-1-1 du code du travail et les dispositions prises en application des mêmes articles L. 16-10-1 et L. 1226-1-1.

L'article 46 du projet de loi initial modifiait l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale et prévoyait qu'afin de tenir compte de la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19 et de ses conséquences, les dispositions prises en application de cet article et de l'article L. 1226-1 du code du travail, prises par décret, demeuraient applicables. Il comportait également une habilitation du Gouvernement à prendre par ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à rétablir, adapter ou compléter dans les domaines mentionnés aux articles L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale et L. 1226-1 du code du travail dans leur rédaction résultant du projet de loi, les dispositions prises en application de ces mêmes articles.

Or, pour les salariés, les dispositifs prévus respectivement aux articles L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale et L. 1226-1-1 du code du travail sont non seulement complémentaires mais liés, le second renvoyant expressément au premier, dans la mesure où l'indemnité complémentaire versée par l'employeur est subordonnée à la perception par le salarié des indemnités journalières dérogatoires de sécurité sociale.

II. Sur d'autres dispositions

1. Sur la place en loi de financement de la sécurité sociale de certaines dispositions

1.1. Sur l'article 14

L'article L. 152 du livre des procédures fiscales prévoit que les agents des administrations fiscales, par dérogation aux dispositions relatives au secret professionnel, communiquent à divers organismes chargés de l'application de la législation sociale, parmi lesquels les organismes et services chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, un certain nombre d'informations nominatives nécessaires à l'exercice des missions de ces organismes.

L'article 14 de la loi adoptée modifie ces dispositions pour inclure dans la liste des organismes destinataires de ces informations, à compter du 1er janvier 2025, les « *organismes mentionnés à l'article 1er de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques* ». Ces organismes sont les entreprises régies par le code des assurances, les institutions de prévoyance, les mutuelles et les organismes gérant des régimes complémentaires vieillesse.

L'objectif poursuivi par la mesure est de permettre à ces organismes de connaître le taux de la contribution sociale généralisée (CSG) s'appliquant aux sommes (indemnités journalières, rentes, retraites complémentaires) qu'ils versent aux personnes bénéficiaires, dont certaines peuvent soit être exonérées de cette contribution, soit être éligibles à un taux réduit. En l'absence des informations transmises par l'administration fiscale, c'est le taux de CSG le plus élevé qui s'applique, ce qui implique, dans un certain nombre de cas, de procéder à des régularisations.

L'article 14 a, pour ce motif, la nature d'une disposition relative au taux et aux modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base, au sens du 3° du B du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. La circonstance qu'il soit applicable à compter de 2025 seulement ne fait pas obstacle à ce qu'il trouve sa place dans la partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre de l'année

à venir, étant observé, par analogie, que les dispositions du B du V, comme celles du C du V, prévoient qu'ont leur place au titre des dispositions de l'année à venir des mesures qui ont un effet sur les dépenses ou les recettes de l'année à venir « *ou des années ultérieures* ».

1.2. Sur l'article 22

L'article L. 382-5 du code de la sécurité sociale est relatif aux cotisations et contributions sociales à la charge des artistes auteurs. Son deuxième alinéa prévoit que, dans le cas où la rémunération est versée à l'artiste auteur par une personne qui procède à la diffusion ou à l'exploitation commerciale d'œuvres originales, les cotisations et contributions de sécurité sociale sont précomptées et versées par cette personne à l'organisme du réseau des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) désigné par le directeur de l'ACOSS.

L'article 22, dont l'entrée en vigueur est fixée au 1er janvier 2023, complète ces dispositions pour prévoir que l'URSSAF qui assure dans ces conditions le recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale des artistes auteurs met à la disposition de ces derniers le « *certificat afférent* », c'est-à-dire le certificat de précompte.

La remise de ces certificats aux artistes auteurs permet d'informer les intéressés de la déclaration effectuée par le diffuseur et, ce faisant, les met en mesure d'identifier un écart entre la rémunération reçue et les informations portées sur le certificat.

Il s'agit, clairement, d'une disposition qui intéresse les modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement, au sens du 3° du B du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

1.3. Sur l'article 23

L'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale prévoit que tout employeur de personnel salarié ou assimilé adresse par voie électronique à un destinataire unique une déclaration sociale nominative (DSN) établissant pour chacun des salariés ou assimilés le lieu d'activité et les caractéristiques de l'emploi et du contrat de travail, les montants des rémunérations, des cotisations et contributions sociales et la durée de travail retenus ou établis pour la paie de chaque mois, les dates de début et de fin de contrat, de suspension et de reprise du contrat de travail intervenant au cours de ce mois, ainsi que, le cas échéant, une régularisation au titre des données inexactes ou incomplètes transmises au cours des mois précédents.

En vertu de l'article L. 133-5-5 du même code, tout employeur est tenu d'effectuer les déclarations pour le calcul de ses cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée.

L'article 23 de la loi adoptée rend ces dispositions applicables à Mayotte, sous réserve d'adaptations tenant notamment à la désignation de la caisse de sécurité sociale de Mayotte comme destinataire de la DSN. L'obligation d'établir une DSN trouvera à s'appliquer à compter du 1er janvier 2022 et la dématérialisation des déclarations sociales pour le calcul des cotisations et leur paiement à compter du 1er janvier 2023.

La DSN présente l'avantage de constituer, pour les entreprises, une déclaration unique, qui se substitue à un ensemble de déclarations qu'elles doivent souscrire auprès de divers organismes de protection sociale. Elle permet ainsi une réduction significative du nombre de déclarations à réaliser et à traiter et sécurise les droits des salariés de Mayotte en intégrant leurs données dans un système commun à toute la protection sociale française, qui fait l'objet de travaux de fiabilisation constants. Mais surtout, la DSN constitue, par elle-même, une modalité de déclaration des cotisations de sécurité sociale et, pour ce motif, une procédure directement liée au recouvrement de ces cotisations.

Il s'agit là encore, par conséquent, d'une disposition qui intéresse les modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement, au sens du 3° du B du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

1.4. Sur l'article 27

L'article L. 5124-17-2 du code de la santé publique prévoit que les grossistes-répartiteurs sont tenus de respecter sur leur territoire de répartition les obligations de service public déterminées par décret en Conseil d'Etat. Notamment, ils assurent l'approvisionnement continu du marché national de manière à couvrir les besoins des patients sur leur territoire de répartition et participent à la prévention et à la gestion des ruptures de médicaments.

L'article L. 5423-5 du code de la santé publique énonce parallèlement que le fait, pour un grossiste-répartiteur, de ne pas respecter ses obligations de service public est puni de deux ans d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende.

L'article 27 de la loi adoptée complète ces dispositions. Il prévoit, sur le modèle de la sanction financière encourue par les grossistes-répartiteurs en application des dispositions des articles L. 5423-8, 5° et L. 5471-1 du code de la santé publique, qu'en cas de récidive, l'amende pénale est portée à un maximum de 10% du chiffre d'affaires annuel le plus élevé des trois derniers chiffres d'affaires annuels connus à la date des faits et que le produit de l'amende est versé à l'ANSM.

L'affectation du produit de l'amende à l'ANSM est de nature à majorer les ressources de cette agence, ce qui a une incidence sur le montant de la dotation annuelle qui lui est versée par la CNAM.

Eu égard à cet effet prévisible sur les dépenses de l'année à venir et des années ultérieures, les dispositions de l'article 27 trouvent par conséquent leur place en loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

1.5. Sur le paragraphe II de l'article 37

Ainsi qu'il a été dit ci-dessus, le paragraphe II de l'article 37 de la loi adoptée prévoit que les établissements de santé sont tenus d'assurer, pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, la dématérialisation et la transmission électronique des documents servant à la prise en charge des soins, produits et prestations et à la mise en œuvre du mécanisme du tiers payant par les organismes d'assurance maladie. Ces obligations sont applicables à l'envoi des documents aux organismes d'assurance maladie complémentaire aux

fins de leur permettre d'informer les établissements sur la part prise en charge et d'en assurer le paiement à ces établissements.

Ces dispositions, relatives à la dématérialisation de la facturation par les établissements de santé et aux facultés de contrôle qui en résultent pour l'assurance maladie, doivent être regardées comme modifiant les règles relatives à la gestion des risques par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale au sens du 3° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

1.6. Sur l'article 48

L'article 48 de la loi adoptée prévoit qu'à titre expérimental et pour une durée de trois ans, dans trois régions volontaires, le directeur général de l'ARS peut mettre en place, au sein de chaque département, une plateforme d'appui gériatrique aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'aux professionnels de santé libéraux apportant des soins ou un accompagnement aux personnes âgées. Cette plateforme assure la coordination de ces acteurs afin d'organiser un parcours de santé pour les personnes âgées. Une convention pluriannuelle entre le directeur général de l'ARS et la CNSA précise l'objet de ses missions, son organisation et les moyens mis à sa disposition.

Cette expérimentation devant faire l'objet d'un financement par redéploiement de dépenses au sein du cinquième sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (dépenses relatives au fonds d'intervention régional), elle trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale en application du 1° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

1.7. Sur l'article 50

L'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles définit le rôle de la CNSA.

L'article 50 de la loi adoptée complète le 2° de cet article pour préciser que cette caisse assure, au bénéfice des départements, des maisons départementales des personnes handicapées et des maisons départementales de l'autonomie, un rôle d'accompagnement, de conseil, d'audit et d'évaluation, en vue notamment de garantir la qualité du service et de veiller à l'égalité de traitement des demandes de droits et de prestations de soutien à l'autonomie.

L'article L. 14-10-8 du code de l'action sociale et des familles est parallèlement modifié pour prévoir que les départements et les maisons départementales des personnes handicapées communiquent à la CNSA tous les documents et les renseignements utiles à la conduite de leurs travaux et autorisent la tenue de missions sur place.

L'objectif poursuivi par le législateur, à travers la création d'une mission d'audit et de conseil, est d'assurer une gestion plus rigoureuse des prestations financées par la branche autonomie de la sécurité sociale, notamment de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et de l'allocation aux adultes handicapés.

Dès lors, l'article 50 trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale, au regard du 1° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, pour deux

motifs. D'une part, la mission d'audit et de conseil produira des effets sur les dépenses de la branche autonomie, compte tenu de la meilleure gestion des prestations financées par la CNSA qui devrait en résulter. D'autre part, la mise sur pied de la mission d'audit et de conseil induira des coûts supplémentaires de gestion administrative pour cette caisse.

1.8. Sur l'article 52

L'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles prévoit que, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité, les établissements et services sociaux et médico-sociaux évaluent et font procéder à l'évaluation de la qualité des prestations qu'ils délivrent selon une procédure élaborée par la Haute Autorité de santé.

L'article 52 de la loi adoptée modifie ces dispositions afin de définir une nouvelle procédure d'accréditation pour les organismes chargés d'évaluer la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cette procédure doit permettre de renforcer la qualité des évaluations en assurant l'impartialité et le professionnalisme des organismes évaluateurs.

L'habilitation existante, gratuite, est remplacée par une accréditation délivrée par le comité français d'accréditation, à l'issue d'une procédure payante pour les organismes évaluateurs. Elle intègre des frais d'instruction de la demande d'accréditation, des frais d'évaluation de l'organisme qui sollicite l'accréditation et des redevances annuelles.

Ainsi que le prévoit le V de l'article 52, la CNSA, qui gère la branche autonomie du régime général de sécurité sociale, contribuera à la compensation des surcoûts supportés par les établissements et services médico-sociaux, induits par l'obligation d'accréditation des organismes évaluateurs.

L'article 52 doit, par conséquent, être regardé comme au nombre des dispositions ayant un effet sur les dépenses de l'année ou des années ultérieures des régimes obligatoires de base, que mentionne le le 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

1.9. Sur l'article 60

L'article 60 de la loi adoptée tend à lutter contre les ruptures de stocks de dispositifs médicaux et de dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* considérés « *indispensables* » en fonction de critères à définir par voie réglementaire. Il met à la charge des fabricants, importateurs et distributeurs, à l'exclusion de ceux qui vendent au détail, l'obligation de mettre en œuvre toute mesure propre à éviter la rupture de disponibilité du dispositif médical indispensable et assurer la continuité des soins dans l'intérêt des patients. Il prévoit également que l'ANSM prend, dans les mêmes circonstances et aux mêmes fins, toute mesure utile. Il érige enfin en manquement, passible d'une sanction financière, le fait, pour un fabricant, un importateur ou un distributeur, de ne pas informer l'ANSM d'une rupture ou d'un risque de rupture d'un dispositif médical indispensable.

Il est observé à cet égard que la gestion des situations de pénurie est particulièrement coûteuse pour l'assurance maladie car elle implique dans certains cas, pour assurer la continuité des soins, l'importation de dispositifs médicaux ou de dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* à des conditions financières moins avantageuses. Les mesures

adoptées par le législateur, qui tendent à prévenir ces situations, et dont la mise en œuvre par l'ANSM, qui mobilisera à cet effet quatre équivalents-temps plein, sera financée par l'assurance maladie, doivent par conséquent être regardées comme ayant un effet sur les dépenses de l'année ou des années ultérieures des régimes obligatoires de sécurité sociale au sens du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

1.10. Sur l'article 67

L'article 54 *bis* de la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain a entendu empêcher l'introduction de médicaments falsifiés dans la chaîne d'approvisionnement légale grâce à l'apposition de dispositifs de sécurité consistant en un identifiant unique et un dispositif antieffraction sur l'emballage de certains médicaments à usage humain afin de permettre leur identification et leur authentification. Cette directive a été complétée par un règlement délégué (UE) 2016/161 de la Commission du 2 octobre 2015.

Depuis le 9 février 2019, date d'entrée en vigueur de ce règlement, les pharmacies d'officine et les pharmacies des établissements de santé ont l'obligation de vérifier l'intégrité de chaque boîte de médicaments et de désactiver l'identifiant unique de la boîte, au moyen d'un scanneur de code-barres. Toutefois, seul un très faible pourcentage des officines est en mesure de procéder à ces vérifications au titre de la « sérialisation ».

En vue de mettre la France en conformité avec les obligations découlant du règlement du 2 octobre 2015, l'article 67 de la loi adoptée introduit dans le code de la sécurité sociale un article L. 162-16-3-2 qui prévoit que le manquement d'un pharmacien titulaire d'officine à l'obligation de désactivation de l'identifiant unique l'expose à une pénalité financière, recouvrée par les URSSAF, dont le produit est affecté à la CNAM.

Il en résulte que la disposition a un effet sur les recettes de l'année ou des années ultérieures de l'assurance maladie et trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement du 2° du B du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

1.11. Sur l'article 72

L'article 80 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 a chargé la Haute Autorité de santé (HAS) d'établir un référentiel des bonnes pratiques professionnelles des prestataires de service et des distributeurs de matériels destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap et établir et mettre en œuvre des procédures de certification de ces professionnels, en complétant à cette fin l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

Le II de l'article 80 a prévu que ce référentiel serait rendu public au plus tard le 31 décembre 2021 et que les dispositions imposant aux prestataires de service et des distributeurs de matériels d'obtenir la certification entreraient en vigueur le 1er juillet 2023.

L'article 72 de la loi adoptée repousse ces deux échéances, respectivement, au 31 décembre 2022 et au 1er juillet 2024.

Le report de la date de diffusion du référentiel de bonnes pratiques par la HAS est nécessaire pour que cette autorité puisse élaborer un référentiel de qualité en prenant le temps d'une concertation avec les professionnels intéressés, pour en favoriser l'acceptabilité. La date à laquelle ces derniers devront être titulaires de l'accréditation est reportée par voie de conséquence.

Cette procédure d'accréditation sera source d'économies pour l'assurance maladie sur le long terme. Les dispositions de l'article 72 trouvent pour ce motif leur place dans la loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

1.12. Sur l'article 80

L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale dresse la liste d'un certain nombre d'actions expérimentales qui peuvent être mises en œuvre pour une durée n'excédant pas cinq ans dans différents domaines.

L'article 80 de la loi adoptée le modifie sur différents points, en vue de permettre des expérimentations consistant à permettre à des médecins habilités de prescrire certains médicaments soumis à prescription initiale hospitalière alors qu'ils n'exercent pas au sein d'un établissement de santé ou permettre des organisations innovantes pour les activités de pharmacie à usage intérieur. Il prévoit également que les expérimentations dont la généralisation fait l'objet d'un avis favorable du conseil stratégique et du comité technique de l'innovation en santé peuvent être financées par le fonds pour l'innovation du système de santé, géré par la CNAM.

Ce fonds était d'un montant de 102 millions d'euros en 2021 et sera du même montant en 2022.

Eu égard à l'effet attendu des nouvelles innovations sur les dépenses d'assurance maladie, l'article 80 a sa place en loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

1.13. Sur l'article 91

L'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale prévoit que les personnes admises dans une école de la deuxième chance, les jeunes effectuant un service civique, les apprentis, les volontaires stagiaires du service militaire adapté et les titulaires d'un contrat de professionnalisation sont informés, dans des conditions définies par voie réglementaire, de la possibilité d'effectuer un examen de santé gratuit à certaines périodes de la vie. Il s'agit d'un examen pris en charge intégralement par l'assurance maladie.

L'article 91 de la loi adoptée ajoute à cette liste les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA).

L'information délivrée aux bénéficiaires du RSA entraînera une hausse du taux de recours à cet examen médical de prévention et aura par conséquent un effet permanent sur les dépenses d'assurance maladie, ce qui justifie sa place en loi de financement de la sécurité sociale au titre du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

1.14. Sur l'article 99

L'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale prévoit que les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées audit code, les caisses assurant le service des congés payés, Pôle emploi et les administrations de l'Etat se communiquent les renseignements ainsi que les données ou documents s'y rapportant qui sont nécessaires à l'appréciation des droits, à l'information des personnes sur l'ensemble de leurs droits, au contrôle et à la justification dans la constitution des droits et qui permettent d'établir le respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations.

L'article 99 de la loi adoptée complète cet article pour prévoir que la communication peut également avoir lieu lorsqu'elle est nécessaire pour assurer aux personnes le bénéfice de leurs droits ou pour permettre le versement de prestations pour lesquelles elles remplissent les conditions. Lorsqu'il s'agit d'informations relatives aux coordonnées bancaires, l'organisme en informe préalablement la personne intéressée.

La mesure poursuit notamment l'objectif d'assurer l'effectivité de la substitution automatique de la pension de retraite à la pension d'invalidité et à l'allocation aux adultes handicapés.

S'agissant de règles relatives à la gestion des différents risques par les régimes obligatoires de base, elle relève du champ de la loi de financement de la sécurité sociale en application du 3° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

1.15. Sur l'article 101

L'article 101 de la loi adoptée, dont les dispositions entrent en vigueur au 1er janvier 2023, donne une nouvelle rédaction de l'article L. 583-1 du code de la sécurité sociale. Cet article prévoit que les allocataires des organismes débiteurs des prestations familiales bénéficient gratuitement d'un droit à l'information sur la nature et l'étendue de leurs droits. Tel est notamment le cas de la femme enceinte qui déclare sa grossesse à l'issue d'un examen prénatal.

L'objectif poursuivi par cet article est de prévoir un droit à l'information des allocataires des prestations familiales sur le modèle de l'information assurée en matière de retraites par le GIP Info-retraites.

Ces dispositions se rattachent au 3° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, dès lors qu'elles attribuent de nouvelles missions aux caisses d'allocations familiales. En outre, en tant qu'elles tendent à lutter contre le non-recours aux droits, elles sont susceptibles d'avoir un effet pérenne sur les dépenses à venir des régimes obligatoires de base du fait de la hausse du recours à celles des prestations qui feront l'objet d'une information renforcée, ce qui justifie leur place dans la loi de financement de la sécurité sociale en application du 2° du C du même V.

2. Sur la place dans la loi déférée de certaines dispositions relatives à l'information et au contrôle du Parlement

Aux termes du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale : « *Peuvent figurer dans la partie de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, outre celles prévues au D du I, les dispositions : / (...) 4° Améliorant l'information et le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* ».

2.1. Sur l'article 63

L'article 63 de la loi adoptée prévoit que, dans un délai d'un an à compter de sa promulgation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant l'avancement de la révision des actes hors nomenclature et de leur financement, qui s'attache notamment à examiner les possibilités de création d'une enveloppe dédiée à la prise en charge des actes de médecine génomique, conditionnée à la réalisation d'un recueil prospectif de données d'usage.

Les actes inscrits dans le référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN) sont pris en charge financièrement au titre de la dotation de la mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation. Le montant de cette dotation est intégré dans l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie du secteur hospitalier, voté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale.

Le rapport prévu par l'article 63 s'inscrit donc dans l'information et le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

2.2. Sur le paragraphe III de l'article 64

Le paragraphe III de l'article 64 de la loi adoptée prévoit que, dans un délai de six mois à compter de sa promulgation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport identifiant la liste des dispositifs médicaux en nom de marque ayant des caractéristiques techniques et cliniques similaires et qui peuvent faire l'objet d'une substitution.

L'introduction de la substitution, qui est une source d'économies pour l'assurance maladie, comme c'est le cas pour la substitution par des médicaments génériques, nécessite une étude précise des conditions de son efficacité. Ce rapport permet d'en déterminer ces conditions. Il contribuera donc à l'information et au contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

2.3. Sur l'article 85

L'article 85 de la loi adoptée prévoit que, dans un délai de six mois à compter de sa promulgation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les moyens à mettre en œuvre pour développer, promouvoir et prendre en charge la contraception masculine.

Dans la mesure où il concerne la question du remboursement des méthodes contraceptives à destination des hommes, qui ne sont actuellement pas prises en charge par l'assurance maladie, mais qui pourraient le devenir, ce rapport est de nature à améliorer

l'information et le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

2.4. Sur l'article 106

L'article 106 de la loi adoptée prévoit qu'au plus tard le 31 janvier 2022, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'amélioration de la couverture sociale contre le risque d'accidents du travail et de maladies professionnelles des travailleurs indépendants exerçant une activité de conduite d'une voiture de transport avec chauffeur et de livraison de marchandises au moyen d'un véhicule à deux ou trois roues, motorisé ou non.

Ainsi qu'il a été indiqué, l'article 105 de la loi adoptée tend à renforcer la couverture sociale des travailleurs indépendants exerçant leur activité en relation avec les plateformes, en incitant ces opérateurs à financer une couverture complémentaire santé à destination des intéressés.

Le rapport prévu par l'article 106, qui pourrait déboucher sur une réforme de la couverture des travailleurs indépendants au regard de la branche maladie et de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, permet donc d'améliorer l'information et le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

***

Pour ces raisons, le Gouvernement est d'avis que les griefs articulés par les auteurs du recours ne sont pas de nature à conduire à la censure des articles 6, 28, 35, 41, 46, 68, 70, 73, 74, 75, 76, 86, 87, 90, 94, 95, 105 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 et des dispositions contestées de ses articles 37 et 93. Aussi estime-t-il que le Conseil constitutionnel devra rejeter le recours dont il est saisi.