2022-845 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 6 décembre 2022

R E P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

SÉNAT

GROUPE

LES REPUBLICAINS

Le Président

Monsieur Laurent FABIUS
Président
Conseil Constitutionnel
2 rue de Montpensier
75001 PARIS

Paris, le 06 DEC. 2022

Monsieur le Président,

En application de l'article 61, alinéa 2, de la Constitution, j'ai l'honneur, avec plus de soixante de mes collègues, de demander au Conseil Constitutionnel de se prononcer sur la conformité de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

A cet effet, vous voudrez bien trouver, ci-joint, la liste des signataires de cette demande, ainsi qu'un mémoire reprenant les motifs développés par les auteurs de cette saisine.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.

Bruno RETAILLEAU

☎ 01 42 34 23 29

15, RUE DE VAUGIRARD – 75291 PARIS CEDEX 06

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs les Conseillers,

Les Sénateurs soussignés ont l'honneur de soumettre à votre examen la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2023.

Les sénateurs requérants soutiennent que :

- la loi déférée est contraire à la Constitution en ce que sa première partie, élément obligatoire de toute loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de l'année, est manifestement inexacte et méconnaît donc l'impératif de sincérité qui s'attache aux LFSS selon la définition qu'en donne de manière constante le Conseil constitutionnel ;

- l'article 10 a été adopté en méconnaissance de la quadripartition de la LFSS qui résulte des articles 34 et 47-1 de la Constitution, ce qui a conduit le Parlement à modifier les objectifs de dépenses de deux branches avant d'avoir voté leurs prévisions de recettes et l'article d'équilibre ; de surcroît, certaines dispositions de ce même article 10 ont été adoptées en méconnaissance de l'article 40 de la Constitution.

- l'article 27 constitue un cas d'incompétence négative du législateur et méconnaît la liberté d'entreprendre et la liberté contractuelle.

En outre, les sénateurs requérants soutiennent que les articles 9 (II.), 23, 24 *bis*, 24 *ter*, 25 *quinquies*, 26 *bis*, 31 (I. 14°), 31 *ter*, 36 *quater* et 37 de la loi déférée ont été adoptés en méconnaissance du domaine des lois de financement de la sécurité sociale défini à la section 1 du chapitre Ier bis du titre Ier du livre Ier du code de la sécurité sociale.

I. L'inconstitutionnalité de la loi déférée qui résulte de l'inexactitude de sa première partie

A. La première partie de la loi déférée est manifestement inexacte, donc insincère selon la jurisprudence constante du Conseil constitutionnel

Les articles 1er et 2 de la loi déférée, qui constituent sa première partie, sont incohérents.

En effet, le déficit consolidé des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour l'année 2021 s'est établi à 29,3 milliards d'euros selon l'article 1er et à 24,2 milliards d'euros d'après le tableau patrimonial figurant à l'annexe A[1], approuvé par l'article 2.

[1] *Somme des lignes « Régime général », « Autres régimes » et « Fonds de solidarité vieillesse – FSV » de la rubrique « Résultat de l'exercice » pour l'année 2021. En lecture directe, le déficit du régime général en 2021 s'est établi à 27,7 milliards d'euros selon l'article 1ermais à 22,8 milliards d'euros selon l'annexe A.*

Cette incohérence résulte du fait que :

- d'une part, le Sénat a procédé à la correction de l'article 1er afin de prendre en compte les recommandations de la Cour des comptes quant à la comptabilisation de 5 milliards d'euros de cotisations dues par les travailleurs indépendants, conformément aux recommandations de la Cour des comptes (*cf. infra*) ;

- d'autre part, le Gouvernement s'est refusé à procéder à une coordination de l'article 2, même après la confirmation de la rédaction modifiée de l'article 1er par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture et en dépit des appels en ce sens émis à la fois par le Sénat[2] et par des députés[3].

Les difficultés résultant du refus de certification des comptes 2021 de la branche recouvrement de la sécurité sociale

Pour rappel, dans le rapport[4] qu'elle a établi en application du VIII de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, **la Cour des comptes a refusé de certifier les comptes de la branche recouvrement pour l'année 2021**. Ce refus se distingue d'une « simple » incapacité à certifier les comptes, comme en 2020 par exemple, mais correspond à **l'affirmation par le certificateur de l'inexactitude desdits comptes**.

Pour motiver son jugement, la Cour des comptes a expliqué que **le montant des produits de 2021 de la branche s'est trouvé majoré d'environ 5 milliards d'euros**, à la suite de la régularisation des cotisations dues par les travailleurs indépendants au regard des revenus 2020 qu'ils ont déclarés en 2021. La Cour a déploré l'absence de prise en compte de ses recommandations pour la comptabilisation de ces produits entre les différents exercices et constate que, si tel avait été le cas, « ***le déficit ne se serait réduit entre 2020 et 2021 que de 3,4 milliards d'euros, au lieu de 13,4 milliards d'euros*** *dans les comptes arrêtés au titre de 2021* ».

Elle a souligné que **cette répartition de produits entre exercices n'a pas respecté les normes comptables applicables aux exercices 2020 et 2021**[5] et relevé que, si ces normes ont évolué depuis lors, les modifications ne s'appliqueront qu'à compter des comptes de l'exercice 2022[6]. Et, après avoir constaté que ses propositions de corrections n'avaient pas été retenues, elle a conclu que « ***compte tenu de l'importance de ce désaccord, la Cour a refusé de certifier les comptes de l'activité de recouvrement****, qui comptabilise l'ensemble des produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants et les notifie à ses attributaires. Elle a par ailleurs* ***constaté les effets de ce désaccord sur les comptes des branches maladie, famille, vieillesse*** *et, à un moindre degré, autonomie, qui ont enregistré les produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants sur la base de ses notifications* ».

---

[2] Cf. *rapport Sénat n° 99 (2022-2023), tome II, commentaire de l'article 2 et compte rendu des débats du Sénat du 7 novembre 2022.*

[3] Cf. *compte rendu des débats de l'Assemblée nationale du 21 novembre 2022.*

[4] *Cour des comptes, Certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2021 (mai 2022).*

[5] Cf *rapport de la Cour des comptes sur la certification des comptes du régime général de la sécurité sociale, exercice 2021 (page 35).*

[6] Cf. *Recueil des normes comptables pour les organismes de sécurité sociale (norme n° 4, point 1.2.1.1) et avis du Conseil de normalisation des comptes publics n° 2022-01 du 13 janvier 2022 :* « Les dispositions du Recueil de normes comptables pour les organismes de sécurité sociale sont applicables aux états financiers des organismes de sécurité sociale entrant dans son champ d'application pour l'exercice clos le 31 décembre 2022 ».

Dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, remis au Parlement en octobre 2022[7], la Cour des comptes a confirmé sa position, en soulignant que « *les modalités de comptabilisation des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants conduisent à* ***ne pas donner une image fidèle du déficit du régime général en 2021 et de son évolution entre 2020 et 2021*** ».

C'est pour remédier à cette situation et afin que l'article 1er reflète des comptes que le certificateur considère comme exacts et sincères que le Sénat a corrigé l'article 1er tout en demandant au Gouvernement de mettre l'article 2 en cohérence avec cette correction dans la suite de la navette, en raison de la complexité de cette opération.

Du fait de cette incohérence et sans qu'il soit besoin de définir sur le fond quelle est la version exacte des comptes de la sécurité sociale pour l'année 2021, **il est clair que soit l'article 1er soit l'article 2 de la loi déférée est inexact**.

Or de jurisprudence constante, le Conseil constitutionnel considère que « *s'agissant de la partie de la loi de financement de l'année relative au dernier exercice clos, la sincérité s'entend comme imposant l'exactitude des comptes* »[8].

De plus, pour reprendre les termes de la décision n° 79-110 DC du 24 décembre 1979, chacun de ces articles contient des dispositions qui constituent la raison d'être de la première partie et sont indispensables pour qu'elle puisse remplir son objet. L'absence de l'un d'entre eux vicie donc l'ensemble de cette partie.

Pour ces motifs, **la première partie de la loi déférée, méconnaissant l'exigence de sincérité qui s'attache aux LFSS telle que définie par le Conseil constitutionnel, doit être déclarée contraire à la Constitution**.

B. Les conséquences de cette inexactitude affectent la loi entière

En conséquence de la censure de la première partie, la loi déférée ne contiendrait pas les dispositions suivantes :

- l'approbation des tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que les dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie constatées lors de cet exercice ;

- l'approbation, pour ce même exercice, des montants correspondant aux recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ceux correspondant **à l'amortissement de leur dette** ;

---

[7] En application des dispositions combinées des articles L.O. 132-3 du code des juridictions financières et du VIII de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

[8] Décision n° 2005-519 DC du 29 juillet 2005, considérant 6. Ce considérant reprend un principe déjà exprimé pour les comptes de l'Etat dans la décision n° 2001-448 DC, considérant 61.

- l'approbation du rapport mentionné au II de l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale ni la détermination, dans le respect de l'équilibre financier de chaque branche de la sécurité sociale, des mesures législatives relatives aux modalités de couverture des déficits du dernier exercice clos.

Or il s'agit d'autant d'**éléments obligatoires de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année**, aux termes des cinq premiers alinéas et du A du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction antérieure au 1er septembre 2022 applicable à la LFSS pour 2023[9]. Cette observation resterait d'ailleurs valable en cas de censure d'un seul des articles 1er ou 2.

À cet égard, outre l'absence d'ambiguïté du texte même de ces dispositions, il est possible de se référer à l'exposé des motifs de l'amendement du rapporteur Jean-Luc Warsmann, à l'origine de la création de la première partie des LFSS. Selon l'auteur, il s'agissait de « *scinder la loi de financement en **quatre parties distinctes obligatoires**, chacune ayant **un objet identifié*** » et par là-même de « *[donner à la LFSS] **un formalisme spécifique qui contribuera à son identité*** ».

En conséquence, même si, en cours de navette, la procédure définie à l'article L.O. 111-7-1 du même code autorise une assemblée à poursuivre l'examen du PLFSS en ayant rejeté la première partie (ou un autre article obligatoire, comme la fixation de l'Ondam)[10], **la loi de financement de la sécurité sociale de l'année doit bien l'inclure au bout du compte, de même que toutes les autres dispositions obligatoires, afin de respecter le cadre organique qui la régit**. L'identité spécifique des LFSS voulue par le législateur organique (*cf. supra*) et le constituant[11] ne permettent pas d'analogie entre une absence d'adoption de la loi de règlement, élément séparé de la loi de finances, et l'absence de cette partie obligatoire, définie comme telle jusqu'à la LFSS pour 2023, au sein de la loi de financement de la sécurité sociale.

Il en résulte qu'en l'absence de première partie, **la loi déférée ne remplit pas son objet et n'a pas été adoptée conformément aux articles 34 et 47-1 de la Constitution**. Elle doit donc être déclarée contraire à la Constitution.

II. L'inconstitutionnalité de l'article 10 de la loi déférée

A. La méconnaissance par l'article 10 des articles 34 et 47-1 de la Constitution

L'objet principal de l'article 10 est de **transférer à la branche famille la prise en charge d'une fraction de 60 % du coût des indemnités journalières liées au congé de maternité**, actuellement assurée par la branche maladie.

---

[9] Cf. *II de l'article 9 de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.*

[10] *Seule la troisième partie fait l'objet d'une obligation d'adoption afin d'assurer à chaque lecture dans chaque assemblée le respect du principe défini au 19e alinéa de l'article 34 de la Constitution selon lequel* « les lois de financement de la sécurité sociale(…), compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses ».

[11] *Au travers des différences de rédaction entre les 18e et 19e alinéas de l'article 34 de la Constitution.*

Cet article est placé dans la troisième partie de la loi déférée, comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir.

Or, **de telles dispositions ne trouvent pas place au sein de ladite partie** aux termes des articles L.O. 111-3-4 et L.O. 111-3-7 du code de la sécurité sociale. **Elles relèvent très clairement de la quatrième partie**, dont le périmètre facultatif, défini à l'article L.O. 111-3-8 du même code, comprend « *les dispositions ayant un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou sur les dépenses des organismes concourant à leur financement qui affectent directement l'équilibre financier de ces régimes* ».

Outre ce non-respect formel de la loi organique, **le placement inadéquat de ces dispositions au sein de la loi déférée a méconnu l'objet même des LFSS**.

En effet, cela a conduit le Parlement à **se prononcer sur une mesure ayant un impact de plus de 2 milliards d'euros par an sur les objectifs de dépenses de deux branches avant d'avoir voté les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre** pour 2023. Il s'agit d'une méconnaissance évidente du dix-neuvième alinéa de l'article 34 de la Constitution, aux termes duquel « *les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique* »[12].

Il est à souligner que les circonstances de l'espèce sont très différentes de celles qui avaient pu justifier une clémence du Conseil constitutionnel dans le cadre de la loi de finances pour 2011[13]. Les articles placés à tort en première partie de cette loi de finances concernaient alors des impositions affectées à des organismes de sécurité sociale, qui n'affectaient pas le solde de l'État dans un sens ou dans l'autre[14]. Au contraire, dans le cas présent, **les dispositions contestées affectent directement et de manière significative les objectifs de dépenses de deux branches de la sécurité sociale**. Ainsi, pour ce qui concerne la branche famille, on relève une augmentation de 2,9 milliards d'euros de l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2023 entre la version pré-PLFSS figurant dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), soit 52,4 milliards d'euros et celle de l'article 51 de la loi déférée, soit 55,3 milliards d'euros. Cette hausse s'explique par ce transfert de charges à hauteur de 2 milliards d'euros et par la revalorisation de l'allocation de soutien familial à hauteur de 0,9 milliard d'euros[15].

Ainsi, l'article 10, étant **contraire à l'article 34 de la Constitution et** ayant été **adopté en méconnaissance de son article 47-1**, dont découlent les articles L.O. 111-3-7 et L.O. 111-3-8 du code de la sécurité sociale, **doit être déclaré contraire à la Constitution**.

---

[12] *Ce raisonnement est complètement analogue à celui suivi dans la décision n° 79-110 DC du 24 décembre 1979 en matière de bipartition des lois de finances.*

[13] *Décision n° 2010-622 DC du 28 décembre 2010, considérant 5.*

[14] *De telles dispositions relèvent d'ailleurs désormais de la première partie de la loi de finances depuis la réforme de la LOLF du 28 décembre 2021.*

[15] Cf. *tableau d'équilibre en page 32 de l'annexe 3 au PLFSS pour 2023.*

B. De surcroît, la méconnaissance par certaines dispositions de l'article 10 de l'article 40 de la Constitution

En outre, l'article 10 procède au **transfert de la branche maladie à la branche famille de la sécurité sociale de la prise en charge de 40 % des indemnités journalières relatives à l'adoption et à l'accueil de l'enfant.**

Ces dispositions sont **issues de l'amendement n° 2917 déposé** en première lecture à l'Assemblée nationale **par la rapporteure générale de la commission des affaires sociales**. Il est à souligner que le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution a été établi par le Gouvernement selon la procédure définie au dernier alinéa de l'article 44 de la Constitution. Il intègre donc « ***les amendements** proposés ou **acceptés par le Gouvernement*** ». Le Gouvernement n'ayant déposé aucun amendement identique, c'est bien l'amendement n° 2917 précité, accepté par le Gouvernement, qui a été inclus dans le texte transmis au Sénat. C'est d'ailleurs toujours un amendement parlementaire qui a servi de vecteur au rétablissement de ces dispositions en nouvelle lecture (amendement n° 453).

Or **cette initiative parlementaire**, qui ne traduit aucune intention du Gouvernement préalablement exprimée devant une l'Assemblée nationale ou le Sénat dans les formes requises[16], **procède à un transfert de charges entre deux branches de la sécurité sociale**. Dès lors, ces dispositions contreviennent à l'article 40 de la Constitution en aggravant la charge publique incombant à la branche famille.

Dans ces conditions, de jurisprudence constante, la simple approbation du Gouvernement ne saurait suffire à régulariser une telle initiative[17] , d'autant que le dépôt de l'amendement n'aurait même pas dû être admis par le bureau de l'Assemblée nationale[18].

Certes, la méconnaissance de l'article 40 n'a pas été invoquée lors de la première lecture de la présente loi à l'Assemblée nationale, ce dont le Conseil constitutionnel fait traditionnellement un préalable pour accepter d'examiner la conformité d'une disposition au regard de cette norme[19].

Cependant, **la mise en œuvre des dispositions du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution avant l'examen par les députés de l'article 10 n'a objectivement pas permis aux députés d'invoquer la méconnaissance de l'article 40 de la Constitution en temps utile**, ce qui devrait conduire le Conseil constitutionnel à accepter, en l'espèce, d'examiner cette question même en l'absence d'invocation devant la première assemblée saisie.

En conclusion, **les dispositions de l'article 10 issues de l'amendement déposé en première lecture à l'Assemblée nationale n° 2917 précité, ayant été adoptées en méconnaissance de l'article 40 de la Constitution, doivent être censurées.**

---

[16] Cf. *rapport d'information Sénat n° 263 (2013-2014) de M. Philippe Marini.*

[17] *Décision n° 77-91 DC du 18 janvier 1978, relative à une proposition de loi vigoureusement soutenue par le Gouvernement, qui l'avait inscrite à l'ordre du jour des deux assemblées et même amendée afin d'y réinsérer des dispositions jugées irrecevables au titre de l'article 40 lors de son examen à l'Assemblée nationale.*

[18] *En dernier lieu, décision n° 2009-582 DC du 25 juin 2009, considérant 25.*

[19] *En dernier lieu, décision n° 2012-654 DC du 9 août 2012, considérant 66.*

III. L'inconstitutionnalité de l'article 27 de la loi déférée

L'article 27 prévoit d'imposer un nouveau système tarifaire aux laboratoires de biologie médicale, dérogatoire au cadre conventionnel actuel.

A. Incompétence négative du législateur et inintelligibilité de la loi

Les dispositions de l'article 27 **n'encadrent nullement l'exercice éventuel du pouvoir réglementaire et se contente de mentionner un chiffre d'« au moins 250 millions d'euros ».** La loi ne fixe donc ni la durée d'application, ni le plafonnement quant à l'économie attendue, ce qui constitue sans nul doute un cas d'incompétence négative du législateur tout en portant atteinte à l'intelligibilité de la loi.

Si l'on comprend que la crise sanitaire liée à la Covid-19 a eu pour conséquence une augmentation exceptionnelle d'activité du secteur médical, il doit néanmoins contribuer à l'équilibre financier de la sécurité sociale.

Cependant, le fait de tirer de cette situation exceptionnelle des conséquences pérennes portant atteinte à des principes constitutionnels, fermement établis par la jurisprudence, est à réprouver.

Des modifications votées au Sénat visaient à établir un dispositif annuel, ou bien une adaptation du cadre conventionnel, tel qu'appliqué depuis de nombreuses années (Convention nationale du 16 janvier 2004, JO du 11 avril 2004 p. 6845), dont est issu le tarif actuel (avenant n° 5 du 30 septembre 2016). Celles-ci n'ont pas prospéré, de sorte que l'article 27 **ne précise ni la durée du nouveau système en cas de négociation fructueuse, ni la durée pendant laquelle s'appliquerait la fixation unilatérale des tarifs en cas d'échec.**

B. La non-conformité de l'article 27 à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle

L'article 27 méconnait le principe de la liberté d'entreprendre pour plusieurs raisons. Ainsi en va-t-il des incertitudes qui pèsent sur la viabilité économique des laboratoires du fait de la baisse du tarif unique et sa durée. En effet, le dispositif affecte les prévisions d'amortissements d'investissements déjà réalisés, comme les perspectives d'investissements nouveaux et pourrait tout à fait les conduire à différer, si ce n'est à renoncer, à tout projet d'extension ou d'ouverture de laboratoires.

En outre, l'article, qui ne prévoit aucun objectif chiffré fixé au-delà de la première année dans le seul cadre négocié, méconnaît l'exigence de prévisibilité raisonnable dès lors qu'on ne connaît ni l'évolution, ni la durée des mesures d'économies. Seule certitude : il s'inscrirait dans un cadre pluriannuel, estimé jusqu'en 2026 par l'étude d'impact, dépourvue de valeur impérative et dont les requérants ne peuvent que constater l'indigence.

De surcroît, s'agissant d'une loi de financement ces exigences sont renforcées par l'article LO 111-3-du code de la sécurité sociale, puisque la loi doit permettre de déterminer avec une précision suffisante l'impact financier attendu des mesures.

Par ailleurs, sur le plan de la liberté contractuelle, la négociation est potentiellement suspendue à une réduction tarifaire qui serait décidée unilatéralement. En effet, l'article 27 dispose seulement que l'économie à réaliser doit être d' « au moins » 250 millions, dès 2023, dans la perspective d'une négociation. Dès lors, toute évolution demeure à l'appréciation discrétionnaire du Gouvernement.

Or, la liberté contractuelle ne saurait faire l'objet de restrictions trop importantes (Conseil Constitutionnel DC n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 cons. 10 et 11).

Compte-tenu de ces exigences, l'article 27 est donc doublement inconstitutionnel :

D'une part, il met fin à l'application d'un système conventionnel normalement applicable jusqu'en 2024 et **porte atteinte à une situation contractuelle acquise**.

D'autre part, il **porte atteinte à la liberté contractuelle en déterminant totalement le cadre de négociation**, tant en ce qui concerne la durée courte d'un mois, que son objectif d' « au moins 250 millions d'euros ».

C. Une atteinte disproportionnée au regard de l'objectif poursuivi

S'il n'incombe pas au Conseil Constitutionnel de se substituer au pouvoir d'appréciation du législateur pour déterminer les modalités préférables au regard de l'objectif poursuivi, il lui revient cependant d'apprécier que le dispositif ne soit pas manifestement disproportionné au but poursuivi.

Or, en l'espèce, comment imposer un tarif pérenne, sans limitation de durée, au seul motif d'un constat circonstanciel et révolu ?

La disproportion est à l'évidence manifeste, en ce qu'elle se fonde sur le constat dépassé d'une augmentation exceptionnelle du chiffre d'affaires, tandis que l'activité des laboratoires – qui ne sont pas prescripteurs – dépend intégralement de causes extérieures, ainsi que de décisions médicales et gouvernementales.

Si le chiffre d'affaires a progressé en 2020 et en 2021, il sera en régression d'environ 25 % en 2022, étant entendu que 250 millions d'euros correspondent à environ 7,5 % du chiffre d'affaires moyen de la profession, en période d'activité normale. L'on appliquera alors une réduction tarifaire pérenne susceptible de mettre en péril la viabilité économique de nombreux laboratoires. Or, un tel objectif aurait pu être atteint par un prélèvement exceptionnel fondé sur les résultats constatés. Il aurait également pu être justifié pour l'avenir par un prélèvement sur d'éventuelles recettes liées à une nouvelle pandémie. Ces dépenses sont pourtant exclues du mécanisme.

Par conséquent, par ces motifs et tous autres à déduire ou suppléer même d'office, les auteurs de la présente saisine estiment que l'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 encourt la censure de votre Conseil.

IV. Sur les cavaliers sociaux :

Enfin, plusieurs articles de la loi déférée ont été adoptés en méconnaissance du domaine des lois de financement de la sécurité sociale défini à la section 1 du chapitre Ier bis du titre Ier du livre Ier du code de la sécurité sociale.

À cet égard, il est à souligner que la protection du périmètre des LFSS est d'autant plus nécessaire à la protection des droits du Parlement qu'il ne convient pas que le Gouvernement puisse intégrer n'importe quel type de mesures relevant du champ social au sein d'un texte sur lequel il peut engager sans limitation sa responsabilité en application de l'article 49 alinéa 3 de la Constitution.

Le **II de l'article 9**, détachable des autres dispositions de cet article, concerne le régime de responsabilité des médecins assurant la régulation des appels du service d'accès aux soins réalisée dans le cadre d'un exercice libéral. Il s'agit d'aligner ce régime sur celui des médecins régulateurs du SAMU qui sont couverts par le régime de responsabilité qui s'applique aux agents de l'établissement de santé dans lequel le service est hébergé. Cette mesure, qui a trait au régime de responsabilité des hôpitaux, est sans effet sur les comptes de l'assurance maladie.

L'**article 23** ajoute une quatrième année à l'internat de médecine générale, qui serait exercée exclusivement en pratique ambulatoire. Cette mesure, qui porte sur l'organisation des études de santé et leur maquette pédagogique, est dépourvue d'effet direct sur les comptes de l'assurance maladie.

L'**article 24 bis** élargit aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes et aux infirmiers la permanence des soins ambulatoires. Cette mesure, qui porte sur l'organisation des soins, n'a pas d'effet direct sur les comptes de l'assurance maladie.

L'**article 24 ter** autorise l'expérimentation pendant trois ans et dans la limite de trois régions d'un accès direct aux infirmiers en pratique avancée. Cette disposition, qui relève de l'organisation des soins, n'a pas d'effet sur les comptes de l'assurance maladie.

L'**article 25** vise à interdire l'intérim médical et paramédical en début de carrière pour certaines professions. Ces dispositions, qui relèvent de l'organisation et de la qualité des soins et restreignent les possibilités d'emploi et la forme de contrats de mise à disposition temporaire pour les établissements de santé et établissements et services sociaux et médico-sociaux, n'emportent des conséquences financières qu'éventuelles et, le cas échéant, uniquement par le fait des établissements eux-mêmes, sans incidence sur les dotations versées par l'assurance maladie ou les prestations financées par celle-ci et, partant, sans effet sur les comptes de l'assurance maladie.

L'**article 25 bis** apporte des ajustements à la réforme du régime des autorisations d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds. Cette disposition, qui relève de l'organisation des soins, n'a pas d'effet sur les comptes de l'assurance maladie.

L'**article 25 quater** reporte au 31 décembre 2035 la dérogation à la limite d'âge pour le cumul emploi-retraite des médecins et infirmiers en établissements publics de santé. Cette disposition, qui relève de l'organisation des soins, n'a pas d'effet sur les comptes de l'assurance maladie (décision n°2016-742 DC du 22 décembre 2016).

L'**article 25 quinquies** reporte au 30 avril 2023 la date butoir des procédures visant à régler la situation des praticiens diplômés hors de l'Union européenne (Padhue) présents dans les hôpitaux sans satisfaire aux conditions d'autorisation d'exercice de droit commun. Dans sa décision 2011-642 du 15 décembre 2011 sur la LFSS pour 2012 (Cons 10 et 11), le Conseil constitutionnel a décidé que « ces dispositions n'ont pas d'effet ou ont un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement. »

L'**article 26 bis** prévoit que le Gouvernement établisse une liste des prestations et actes dont la révision de la hiérarchisation et des tarifs est prioritaire. Ces travaux feraient l'objet d'un rapport au Parlement. La seule priorisation d'un travail déjà décidé et engagé n'a pas, en tant que telle, d'effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base.

L'**article 27 bis** crée une nouvelle commission spécialisée au sein de la Haute autorité de santé (HAS), chargée de procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits de santé, des actes et des prestations à visée diagnostique, pronostique ou prédictive et du service qu'ils rendent. Cette modification d'organisation interne de la HAS n'a qu'un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base pour entrer dans le champ des lois de financement.

L'**article 28** crée un régime d'agrément pour un nouveau statut de sociétés que seraient les «sociétés de téléconsultations». Ces dispositions, qui s'apparentent à un régime d'autorisation d'activité, relèvent de l'encadrement des professions de santé et des modalités d'organisation des soins. La possibilité donnée à ces sociétés de facturer à l'assurance maladie les honoraires des professionnels en leur nom n'est pas de nature à modifier les règles de tarification ni le nombre ou le coût pour l'assurance maladie des actes réalisés, ni les règles de remboursement pour les assurés, elle est sans effet sur les comptes de l'assurance maladie.

Le 14 ° du I de l'article 31 insère un nouvel article L. 165-3-4 dans le code de la sécurité sociale. Il prévoit la fixation par le Gouvernement des marges de distribution des produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables. Or, le remboursement de ces produits n'est pas calculé à partir de la marge distributeur ou du prix effectif d'un dispositif médical, mais à partir de trois paramètres : (a) des tarifs de responsabilité qui sont fixés par la Liste des produits remboursables. Ces tarifs de responsabilités sont distincts des prix, négociés avec le Comité économique des produits de santé (CEPS), et peuvent être fixés d'autorité par le CEPS en application de l'article L.165-3 CSS; (b) du taux de prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO), fixé par voie réglementaire; (c) des volumes de dispositifs. Il apparaît que cette mesure de régulation des marges n'est de nature à modifier directement aucun de ces trois paramètres. Cette mesure n'a qu'un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base pour entrer dans le champ des lois de financement.

L'**article 31 ter** a pour objectif de permettre d'élargir le panier dit « 100 % santé » aux prothèses capillaires et procède à cette fin à l'instauration d'une obligation pour les exploitants ou distributeurs de posséder un identifiant de facturation. Cette obligation n'a qu'un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base pour entrer dans le champ des lois de financement.

L'**article 36** quater modifie les modalités selon lesquelles le service de contrôle médical donne son accord au renouvellement du congé de présence parentale, sans modifier aucun critère ou

condition d'obtention de ces renouvellements. Elle n'a donc pas d'effet sur les comptes de la branche famille.

L'**article 37** rend obligatoire le versement par l'employeur au salarié d'une somme au moins égale aux indemnités journalières dues au titre d'un congé maternité, d'adoption ou de paternité et d'accueil de l'enfant. En contrepartie, l'employeur serait subrogé dans les droits des assurés de percevoir l'indemnisation. Cet article qui n'a d'effet que sur la relation entre l'employeur et le salarié est sans impact sur le montant des indemnités journalières.

Les sénateurs soussignés complèteront, le cas échéant, cette demande dans des délais raisonnables.