

Paris, le 14 décembre 2023

OBSERVATIONS DU GOUVERNEMENT
sur la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2024

Le Conseil constitutionnel a été saisi, les 4 et 5 décembre 2023, de deux recours d'au moins soixante députés contre la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. Ces recours, qui critiquent la procédure d'adoption de la loi, son absence de sincérité et ses articles 2, 10, 16, 34, 63, 65, 69, 72 et 105, appellent, de la part du Gouvernement, les observations suivantes.

I. Sur la procédure d'adoption de la loi

1. Sur le respect des délais d'examen des lois de financement de la sécurité sociale

Les députés auteurs de la seconde saisine soutiennent que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a été adopté par l'Assemblée nationale en première lecture après l'expiration du délai de vingt jours à compter du dépôt du projet de loi qui lui est imparti par l'article 47-1 de la Constitution.

Ce grief manque en fait.

Aux termes de la première phrase du deuxième alinéa de l'article 47-1 de la Constitution, relatif au vote des projets de loi de financement de la sécurité sociale : « *Si l'Assemblée nationale ne s'est pas prononcée en première lecture dans un délai de vingt jours après le dépôt d'un projet, le Gouvernement saisit le Sénat qui doit statuer dans un délai de quinze jours* ».

L'emploi du présent de l'indicatif ayant valeur impérative (décision n° 2007-561 DC du 17 janvier 2008, cons. 17), vous analysez ces dispositions comme posant des « *prescriptions* » à l'attention du Gouvernement (décision n° 86-209 DC du 3 juillet 1986, cons. 5). Ainsi, en saisissant le Sénat d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale dès l'expiration du délai de vingt jours imparti à l'Assemblée nationale pour se prononcer en première lecture, le Gouvernement se borne à faire application des règles particulières d'examen découlant de l'article 47-1 de la Constitution (décision n° 2023-849 DC du 14 avril 2023, paragr. 18). Vous jugez toutefois que « *le fait pour le Gouvernement de ne pas déférer immédiatement à ces prescriptions et de laisser ainsi l'Assemblée nationale statuer sur un projet dont elle n'a pas été dessaisie, ne constitue (...) une irrégularité de nature à vicier la procédure législative que s'il a pour conséquence de réduire le délai dont dispose le Sénat en vertu du deuxième alinéa de l'article 47 de la Constitution¹, pour statuer en première lecture* » (décision n° 86-209 DC du 3 juillet 1986, cons. 5).

¹ S'agissant d'une loi de finances rectificative.

D'une part, il résulte d'une pratique ancienne et constante que le point de départ des délais de quarante jours et de vingt jours prévus respectivement par les articles 47 et 47-1 de la Constitution n'est pas le dépôt du texte du projet de loi de finances ou du projet de loi de financement de la sécurité sociale mais le lendemain de la transmission de la lettre adressée par le Premier ministre au président de l'Assemblée nationale récapitulant les annexes à ce projet de loi.

Cette règle coutumière, qui constitue un élément d'assouplissement d'un calendrier particulièrement contraint et n'a jamais soulevé de remarques de constitutionnalité de votre part, a notamment été rappelée, en ce qui concerne les lois de financement de la sécurité sociale, à l'occasion des travaux parlementaires ayant précédé l'adoption de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale².

Elle conduit ainsi la Conférence des présidents de l'Assemblée nationale à établir chaque année, à l'été, le calendrier de la discussion budgétaire de l'automne. C'est ainsi que, dans sa réunion du 18 juillet 2013, la conférence des présidents de l'Assemblée nationale a arrêté le calendrier d'examen de la loi de finances et de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. Dans une annexe I au compte-rendu de cette réunion intitulée « *Délais constitutionnels et organiques* », la Conférence des présidents a notamment constaté que la date limite de dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 était le mardi 3 octobre 2023, que la date de la lettre récapitulant la liste des documents distribués était le lundi 16 octobre 2023, que le « *point de départ des délais* » était le mardi 17 octobre 2023 et que l'expiration du délai de vingt jours, pour la première lecture à l'Assemblée nationale, était le dimanche 5 novembre 2023 à minuit, le délai de cinquante jours mentionné au troisième alinéa de l'article 47-1 de la Constitution expirant le mardi 5 décembre 2023 à minuit.

Compte tenu de cette règle particulière de computation des délais d'examen de la loi de financement de la sécurité sociale, les députés requérants ne sont pas fondés à soutenir que le délai de vingt jours n'aurait pas été respecté, dès lors que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 27 septembre 2023, et dont les annexes ont été récapitulées par un courrier de la Première ministre du 16 octobre 2023, a été considéré comme adopté en première lecture en application des dispositions du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, le 4 novembre 2023, après rejet de la motion de censure qui avait été déposée le 30 octobre 2023.

D'autre part et en tout état de cause, le projet de loi considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture a été enregistré à la présidence du Sénat le 6 novembre 2023 et adopté le 21 novembre 2023, dans le délai de quinze jours dont dispose cette assemblée en vertu du deuxième alinéa de l'article 47-1 de la Constitution.

2. Sur le respect des exigences organiques en matière d'amortissement de la dette sociale

Les députés auteurs de la seconde saisine soutiennent que la loi déferée opère un « *transfert de 13 milliards d'euros de dette des hôpitaux vers la CADES* » et notent que, compte tenu de l'amortissement supplémentaire de 16 milliards d'euros prévu par l'article 34 de la loi déferée pour 2024, le montant de l'amortissement cumulé à fin 2024 s'établira à 258,6 milliards d'euros, de sorte que, « *à la suite de ce transfert, il ne sera possible de transférer plus que 8,8 milliards d'euros, ce qui ne paraît pas tenable au vu de la trajectoire de transfert menée ces*

² Cf., par exemple, le rapport n° 825 (2020-2021) de M. Jean-Marie Vanlerenberghe, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 15 septembre 2021, p.

dernières années » (sic). De surcroît, selon eux, il faudrait tenir compte de la réaffectation à la branche autonomie de recettes, correspondant à 0,15 point de contribution sociale généralisée (« CSG »), qui étaient précédemment affectées à la CADES et représentent un montant de 2,6 milliards d'euros. Ils en déduisent que l'amortissement de la dette sociale ne respecte pas l'article 4 *bis* de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

Cette critique manque également en fait.

Il résulte certes du premier alinéa de l'article 4 *bis* de l'ordonnance du 24 janvier 1996, issu de l'article 1^{er} de la loi organique n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, que tout nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (« 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* ».

Toutefois, d'une part, la loi déferée ne procède à aucun transfert de dette hospitalière ou de déficit à la CADES. Le I de son article 34 se borne en effet à déterminer, ainsi que le prescrit le b) du 2° de l'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale, l'objectif d'amortissement par la CADES au titre de l'année à venir, en le fixant à 16 milliards d'euros.

En ce qui concerne les établissements de santé assurant le service public hospitalier, il est rappelé que la trajectoire de reprise de leur dette a été fixée par l'article 1^{er} de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, modifiant le II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 précitée. Cet article a prévu des transferts de la CADES dans la limite de 136 milliards d'euros incluant un transfert de 13 milliards d'euros assurant la couverture de dotations de la branche maladie correspondant à une partie des échéances des emprunts contractés au 31 décembre 2019 par les établissements de santé relevant du service public hospitalier. L'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 a défini les modalités selon lesquelles, 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 peuvent verser une dotation annuelle à ces établissements, dans le cadre d'un dispositif de contractualisation. L'article 1^{er} du décret n° 2021-868 du 30 juin 2021 organisant un dispositif de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier a fixé à 13 milliards d'euros le montant total des dotations pouvant être versées à ces établissements. Conformément aux dispositions de l'article 1^{er} de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale, des transferts ont été opérés, jusqu'à présent, à hauteur de 127,2 milliards d'euros³, de sorte que le montant de dette à reprendre dans l'enveloppe de 136 milliards s'établit à 8,8 milliards d'euros, qui seront transférés en 2024. Cette année marquera donc la fin des transferts prévus par le II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance du 24 janvier 1996, issu de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020.

D'autre part, le transfert à la branche autonomie, à compter du 1^{er} janvier 2024, des recettes correspondant à 0,15 point de CSG ne résulte pas de la loi déferée, comme semblent le penser les députés requérants, mais de l'article 3 de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 précitée.

Il résulte de ce qui précède qu'aucun accroissement de la durée d'amortissement de la dette sociale au-delà du 31 décembre 2033 ne résulte des dispositions de la loi déferée.

³ Soit 20 milliards par le décret n° 2020-1074 du 19 août 2020, 40 milliards par les décrets n° 2021-40 du 19 janvier 2021 et n° 2022-23 du 11 janvier 2022 et 27,2 milliards par le décret n° 2023-12 du 11 janvier 2023.

II. Sur la sincérité de la loi

1. Sur les prévisions sur lesquelles la loi déferée est fondée

Les députés auteurs de la seconde saisine soutiennent que les prévisions macroéconomiques sur lesquelles la loi déferée est fondée sont insincères. Ils critiquent, en particulier, la prévision de croissance de 1,4% qu'ils jugent « *deux fois plus élevée* » que celle retenue par l'OCDE (0,8%) et celle retenue par la Banque de France (0,9%).

Le Gouvernement ne partage pas cette analyse.

Aux termes de la première phrase du 2° de l'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale « *détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible* ». Il en résulte que la sincérité de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année se caractérise par l'absence d'intention de fausser les grandes lignes de l'équilibre qu'elle détermine (décision n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012, cons. 4 ; décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022, paragr. 22).

Il s'ensuit, d'une part, que les prévisions de recettes ainsi que les tableaux d'équilibre par branche doivent être initialement établis par le Gouvernement au regard des informations disponibles à la date du dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale et des dispositions contenues dans ce projet de loi et, d'autre part, qu'il appartient au Gouvernement d'informer le Parlement, au cours de l'examen de ce projet de loi, lorsque surviennent des circonstances de droit ou de fait de nature à remettre en cause les conditions générales de l'équilibre financier des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et, dans ce cas, de corriger les prévisions initiales (décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022, paragr. 23).

La loi déferée est fondée sur les prévisions macroéconomiques suivantes au titre de l'année 2024 :

- une croissance du produit intérieur brut de 1,4% ;
- une hausse des prix à la consommation hors tabac 2,6% ;
- une progression de la masse salariale privée des branches marchandes non agricoles de 6,5%.

Le Haut Conseil des finances publiques a considéré, dans son avis n° HCFP-2023-8 relatif aux projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour l'année 2024, que les prévisions d'inflation, d'une part, et d'évolution de la masse salariale dans les branches marchandes, d'autre part, étaient « *plausibles* ». Si, en revanche, il a estimé que la prévision de croissance retenue par le Gouvernement, supérieure à celle du *Consensus Forecasts* (0,8%), de la Banque de France (0,9%), de l'Observatoire français des conjonctures économiques (0,8%) et de l'institut Rexecode (0,4%) était « *élevée* », cette prévision n'excède que de 0,1 point celle retenue par le Fonds monétaire international et de 0,2 point celle retenue par la Commission européenne et l'Organisation de coopération et de développement économiques.

Ainsi, il ne ressort ni de l'avis du Haut Conseil des finances publiques, ni d'autres éléments, et notamment des prévisions de croissance du produit intérieur brut pour 2024 établies par les diverses institutions mentionnées dans l'avis du Haut Conseil des finances publiques, que les hypothèses économiques sur lesquelles est fondée la loi de financement de la sécurité sociale seraient entachées d'une intention de fausser les grandes lignes de l'équilibre de la loi déferée (décision n° 2022-845 DC du 23 décembre 2023, paragr. 24).

2. Sur les prévisions de déficit de la branche maladie

Les députés auteurs de la seconde saisine rappellent que, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, le Gouvernement avait estimé les recettes de la branche maladie pour l'année 2026 à 252 milliards d'euros et les dépenses à 254,6 milliards d'euros, soit un solde de -2,6 milliards d'euros. Ils observent que le solde prévisionnel de la branche pour l'année 2026, tel qu'il résulte du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, s'établit à -9,7 milliards d'euros, représentant 257 milliards d'euros de recettes pour 266,7 milliards d'euros de dépenses, soit un déficit prévisionnel en augmentation de 7 milliards d'euros, sans que les annexes au projet de loi ne donnent d'explication à cet « *emballement* ». Il en résulterait « *un manque de clarté et de sincérité du débat* ».

Ce grief manque en fait.

En premier lieu, aux termes de l'article 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 : « *La loi est l'expression de la volonté générale* ». Aux termes du premier alinéa de l'article 3 de la Constitution : « *La souveraineté nationale appartient au peuple qui l'exerce par ses représentants* ». Ces dispositions imposent le respect – y compris, bien sûr, lors de l'examen d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale – des exigences de clarté et de sincérité du débat parlementaire.

Il est certes exact que la prévision de déficit de la branche maladie des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale pour l'année 2026, fixée à 9,1 milliards d'euros⁴ par la loi déferée⁵, a évolué de manière significative puisqu'elle était de :

- 2,6 milliards d'euros dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, déposé le 26 septembre 2022 sur le bureau de l'Assemblée nationale⁶ ;
- 3 milliards d'euros dans la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023⁷ ;
- 3,2 milliards d'euros dans le projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, déposé le 23 janvier 2023 sur le bureau de l'Assemblée nationale⁸ ;
- 4 milliards d'euros dans la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023⁹ ;
- 9,7 milliards dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, déposé le 27 septembre 2023 sur le bureau de l'Assemblée nationale¹⁰.

Toutefois et contrairement à ce que font valoir les députés requérants, d'une part, le rapport joint en annexe A au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 en application des dispositions du premier alinéa de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale et décrivant, pour les quatre années à venir, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base, branche par branche, fournissait des éléments précis et circonstanciés relatifs à l'évolution des recettes et des dépenses au cours des années 2024 à 2027, en mettant en lumière une « *dégradation en 2025 et à nouveau en 2026* » ainsi que les causes de cette évolution, en partie liée au « *contexte d'inflation persistant* ».

⁴ 257,6 milliards d'euros de recettes et 266,7 milliards d'euros de dépenses.

⁵ Rapport en annexe A approuvé par l'article 16 de la loi déferée.

⁶ 252,0 milliards d'euros de recettes et 254,6 milliards d'euros de dépenses.

⁷ 251,6 milliards d'euros de recettes et 254,6 milliards d'euros de dépenses.

⁸ 251,7 milliards d'euros de recettes et 254,9 milliards d'euros de dépenses.

⁹ 251,7 milliards d'euros de recettes et 255,8 milliards d'euros de dépenses.

¹⁰ 257,0 milliards d'euros de recettes et 266,7 milliards d'euros de dépenses.

D'autre part, l'annexe 5 au projet de loi exposait, de manière détaillée, les raisons de l'augmentation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (« Ondam ») au titre des années 2023 et 2024, parmi lesquelles des mesures de revalorisation salariale dans l'ensemble de la fonction publique annoncées le 12 juin 2023 et ayant un effet pérenne, des dépenses au titre de l'amélioration de l'attractivité des métiers en établissement de santé ayant également un effet au-delà de l'année 2024, un contexte de reprise marquée des soins de ville, après les trois années de crise sanitaire, les effets de l'inflation sur les achats des établissements de santé et sur le montant dû au titre des indemnités journalières, compte tenu des hausses de salaires qui en constituent l'assiette.

Au total, la révision de l'ordre de 5 milliards d'euros de la prévision de déficit de la branche maladie au titre de l'année 2026 entre la loi du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 correspond :

- à hauteur de 2,8 milliards d'euros, à la rectification de l'Ondam pour 2023, laquelle résulte de l'effet conjugué – et pérenne – des mesures de revalorisation salariale dans la fonction publique, mises en œuvre à compter de juillet 2023 et de la progression des dépenses de soins de ville, lesquelles incluent l'augmentation attendue du montant des indemnités journalières ;
- à hauteur de 2,5 milliards d'euros, à la prise en compte d'un rythme de progression de l'Ondam de 3% en moyenne annuelle sur la période 2024-2026, alors que la progression sous-jacente à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 et à la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 était de 2,7%.

L'évolution du déficit prévisionnel de la branche maladie pour l'année 2026 ainsi que l'ensemble des raisons de son augmentation, qui ont ainsi été présentées dans les documents annexés au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, ont en outre été abordés dans les rapports faits au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale¹¹ et du Sénat¹² puis au cours des débats parlementaires, tant en commission¹³ qu'en séance publique¹⁴. Dans ces conditions, il est manifeste qu'aucune atteinte aux exigences de clarté et de sincérité du débat parlementaire ne saurait être identifiée en l'espèce.

En second lieu, à supposer que les députés auteurs de la seconde saisine doivent être regardés comme invoquant une méconnaissance du principe de sincérité budgétaire, un tel grief devrait être écarté comme inopérant, dans la mesure où les intéressés contestent les informations délivrées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 au titre de l'année 2026 qui constitue la « troisième année à venir ».

En effet, vous faites découler le principe de sincérité de la loi de financement de la sécurité sociale des termes de la première phrase du 2° de l'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale, selon laquelle la loi de financement de la sécurité sociale « *détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible* ». Vous déduisez de ces dispositions que la sincérité de la loi de

¹¹ Rapport n° 1785, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 20 octobre 2023, fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 par Mmes Rist et Janvier et MM. Christophe, Isaac-Sibille et Ruffin, Tome II, pp. 178 à 182.

¹² Rapport n° 84, tome II (2023-2024) de Mmes Doineau, rapporteure générale, Imbert, Gruny, M. Henno, Mmes Richer et Deseyne, déposé le 8 novembre 2023, pp. 228 à 232.

¹³ Assemblée nationale, commission des affaires sociales, séance du jeudi 19 octobre 2023 à 9h30.

¹⁴ Sénat, séance publique du 15 novembre 2023.

financement de la sécurité sociale de l'année se caractérise par l'absence d'intention de fausser les grandes lignes de l'équilibre qu'elle détermine (décision n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012, cons. 4 ; décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022, paragr. 22).

En revanche, il ne résulte d'aucune disposition constitutionnelle ou organique que la loi de financement de la sécurité sociale de l'année devrait déterminer les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale s'agissant des « quatre années à venir » que mentionne l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale. Un contrôle de la nature de celui que vous mettez en œuvre s'agissant des lois de financement de la sécurité sociale et qui porte, ainsi qu'il a été dit, sur l'intention de fausser les grandes lignes d'un équilibre financier, serait par conséquent sans objet s'agissant des « prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base, par branche » pour tout ou partie de ces quatre années à venir.

En tout état de cause, à supposer le grief opérant, il devrait être écarté au fond pour les raisons qui ont été indiquées ci-dessus en ce qui concerne le grief tiré de la méconnaissance des exigences de clarté et de sincérité du débat parlementaire.

III. Sur les dispositions contestées

1. Sur les articles 2 et 105

L'article 106 de la loi du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 a fixé l'Ondam pour l'année 2023 à 244,1 milliards d'euros ainsi que ses sous-objectifs :

Sous-objectif	Objectif de dépenses (en milliards d'euros)
Dépenses de soins de ville	103,9
Dépenses relatives aux établissements de santé	100,7
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	15,3
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	14,6
Dépenses relatives au FIR et au soutien national à l'investissement	6,1
Autres prises en charge	3,4
Total	244,1

L'article 31 de la loi du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 a rectifié cet objectif et ses sous-objectifs comme suit :

Sous-objectif	Objectif de dépenses (en milliards d'euros)
Dépenses de soins de ville	104,0
Dépenses relatives aux établissements de santé	101,3
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	15,3
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	14,6
Dépenses relatives au FIR et au soutien national à l'investissement	6,1
Autres prises en charge	3,4
Total	244,8

Conformément à l'article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale, l'article 2 de la loi déferée rectifie l'Ondam ainsi que ses sous-objectifs au titre de l'année 2023 :

Sous-objectif	Objectif de dépenses (en milliards d'euros)
Dépenses de soins de ville	105,0
Dépenses relatives aux établissements de santé	102,5
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	15,5
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	14,7
Dépenses relatives au FIR et au soutien national à l'investissement	6,5
Autres prises en charge	3,4
Total	247,6

Parallèlement, l'article 105 de la loi déferée fixe l'Ondam pour l'année 2024 ainsi que ses sous-objectifs :

Sous-objectif	Objectif de dépenses (en milliards d'euros)
Dépenses de soins de ville	108,4
Dépenses relatives aux établissements de santé	105,6
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	16,3
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,2
Dépenses relatives au FIR et au soutien national à l'investissement	6,1
Autres prises en charge	3,3
Total	254,9

Les députés auteurs de la première saisine soutiennent que les articles 2 et 105 de la loi déferée méconnaissent le principe de sincérité budgétaire ainsi que l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé publique. Ils rappellent que, dans leur saisine relative à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, ils avaient critiqué la sous-évaluation de l'Ondam pour 2023 et du sous-objectif de dépenses relatives aux établissements de santé. Les mêmes parlementaires déduisent de l'avis émis par le Haut Conseil des finances publiques sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 que l'Ondam pour l'année 2024 est sous-évalué et que « *l'insuffisance de l'Ondam 2023 et 2024 [met] en danger les établissements de santé face à la hausse des coûts constatée* ».

Les députés auteurs de la seconde saisine considèrent également que l'Ondam révisé pour l'année 2023 est insincère, ce que démontrerait selon eux le faible écart (0,4 milliard d'euros) entre l'objectif fixé pour 2022, tel qu'il résulte du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2022 (247,2 milliards d'euros) et l'objectif pour 2023, tel que rectifié par la loi déferée (247,6 milliards d'euros). L'objectif fixé pour 2024 serait insincère par voie de conséquence. En outre, cet objectif intégrerait 3,5 milliards d'euros d'économies sur les soins de ville, les produits de santé et les établissements sanitaires et sociaux dont la réalisation serait soumise selon eux à un aléa très important.

Ces griefs ne peuvent qu'être écartés.

En premier lieu, les députés auteurs de la première saisine ne peuvent utilement se prévaloir, à l'appui de leur recours contre les dispositions de la première partie de la loi de

financement de la sécurité sociale pour 2024, comportant les dispositions relatives à l'année en cours, d'une erreur d'appréciation qui aurait entaché la détermination de l'Ondam pour l'année 2023 dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

En effet, d'une part, leur grief revient à critiquer une disposition qui ne figure pas dans le texte définitivement adopté par le Parlement et qui ne peut, par suite, faire l'objet d'un contrôle par le Conseil constitutionnel saisi en application de l'article 61 de la Constitution (décision n° 81-132 DC du 16 janvier 1982, cons. 43). D'autre part, ce grief revient à méconnaître l'autorité de la chose jugée qui s'attache à la décision n° 2022-45 DC du 20 décembre 2022 par laquelle vous avez déclaré conforme à la Constitution l'article 106 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 fixant l'Ondam pour l'année 2023 à 244,1 milliards d'euros (paragr. 35 à 40), et écarté des griefs, portant notamment sur l'Ondam, invoquant l'absence de sincérité de cette même loi (paragr. 25). En tout état de cause, lorsque, à l'été 2022, le Gouvernement a déterminé cet objectif pour l'année 2023, il ne pouvait par construction intégrer l'impact de mesures qui n'ont été décidées qu'au cours de l'année 2023, telles que les revalorisations salariales transversales dans la fonction publique annoncées en juin 2023, ni prendre toute la mesure de phénomènes économiques, notamment le choc inflationniste, qui n'ont déployé tous leurs effets que postérieurement à cette prévision.

En deuxième lieu, les députés auteurs de la seconde saisine ne sauraient être regardés comme apportant la preuve de la sous-évaluation de l'Ondam révisé pour l'année 2023 (247,6 milliards d'euros) en se bornant à rapprocher son montant de celui de l'Ondam pour l'année 2022, tel qu'il est mentionné à l'article 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2022¹⁵ (247,2 milliards d'euros).

En troisième lieu, il ne ressort pas de l'avis n° HCFP-2023-8 du Haut Conseil des finances publiques que l'objectif de 3,5 milliards d'euros d'économies sous-jacent à la détermination de l'Ondam pour 2024 serait hors d'atteinte. Au point 69 de cet avis, le Haut Conseil relève en effet : « *le Gouvernement prévoit un net ralentissement de l'Ondam (+3,2 % après +4,8 %), supposant un infléchissement de la tendance spontanée des soins de ville, qui semble optimiste, et un volant d'économies de 3,5 Md€. Un tel montant d'économies a déjà été atteint par le passé, mais paraît plus difficile à réaliser dans un contexte de tensions, notamment dans le secteur hospitalier et sur l'offre de médicaments* ».

Ces 3,5 milliards d'euros correspondent :

- à hauteur d'1,3 milliard d'euros, à des économies sur les produits de santé, du fait essentiellement de baisses de prix sur ces produits de santé, étant souligné que le rendement des économies sur les produits de santé est systématiquement conforme aux objectifs sur ce point ;
- à hauteur de 0,2 milliard d'euros, à des économies sur la biologie médicale, résultant de l'exécution du protocole signé, en application de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, entre les organismes d'assurance maladie et les laboratoires privés d'analyse médicale, prévoyant des baisses des tarifs des actes de biologie médicale ;
- à hauteur de 0,1 milliard d'euros à des économies sur les remboursements des dépenses d'imagerie médicale ;
- à hauteur de 0,1 milliard d'euros à des économies sur les frais de transport ;
- à hauteur d'1,2 milliard d'euros, à diverses mesures de responsabilisation des assurés, qui seront prises par voie réglementaire, incluant 0,5 milliard d'euros au titre de la baisse du taux de remboursement des soins dentaires ;

¹⁵ Projet de loi définitivement rejeté le 3 juillet 2023.

- enfin, à des mesures permettant de renforcer l'efficacité des dépenses (achats, bon usage, mutualisation, *etc.*) en établissements sanitaires pour 0,5 milliard d'euros et dans le champ médico-social pour 0,1 milliard d'euros.

L'annexe 5 relative à l'Ondam, qui a été mise à la disposition des parlementaires, comprenait à cet égard des éléments détaillés relatifs à la construction de l'Ondam pour l'année 2024 et les économies qui y étaient intégrées.

Par ailleurs, en cas de risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent, en 2024, avec une ampleur supérieure au seuil de 0,5% fixé à l'article D. 114-4-0-17 du code de la sécurité sociale, l'Ondam de 254,9 milliards d'euros déterminé au titre de cette année par l'article 105 de la loi déferée, il reviendrait au comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie mentionné à l'article L. 114-4-1 du même code de notifier ce risque au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie, en vue que des mesures de redressement soient adoptées.

Le Gouvernement indique à cet égard qu'il pourrait mobiliser les crédits correspondant à une fraction de 0,3% du montant de l'Ondam, mis en réserve au début de chaque exercice, et que des économies complémentaires à celles qui sont déjà envisagées pourraient être réalisées en cours d'année par voie réglementaire, par exemple en augmentant le montant de certaines franchises pour le remboursement d'actes médicaux.

En outre et pour les raisons clairement exprimées par le commentaire aux cahiers de votre décision n° 2004-508 DC du 16 décembre 2004, on ne saurait considérer par principe qu'une réduction des dépenses d'assurance maladie ou, *a fortiori*, leur moindre évolution d'une année sur l'autre, méconnaîtrait automatiquement les intérêts protégés par le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946. De la même façon, il n'est ni établi ni d'ailleurs soutenu que les mesures de redressement qui pourraient intervenir en cas de dépassement de plus de 0,5% de l'Ondam remettraient en cause, par leur nature et leur ampleur, les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 relatives à la protection de la santé (décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022, paragr. 38).

Enfin, s'il apparaissait en cours d'année que le respect de l'Ondam et les conditions générales de l'équilibre financier des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale étaient remis en cause, il appartiendrait bien sûr au Gouvernement de soumettre au Parlement les ajustements nécessaires dans une loi de financement de la sécurité sociale rectificative (décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022, paragr. 26).

2. Sur l'article 16

L'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale est relatif aux missions de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (« ACOSS »). Selon le 7° *bis* cet article, dans sa version en vigueur, l'ACOSS est chargée de compenser intégralement la perte de cotisations résultant, pour l'organisme auxquels les partenaires sociaux confient la gestion du régime d'assurance chômage – c'est-à-dire pour l'Unédic – du dispositif, prévu à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, de « réduction dégressive » des cotisations à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage et assises sur les rémunérations inférieures au salaire minimum de croissance majoré de 60 % (1,6 Smic).

En contrepartie, le b) du 9° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale affecte une fraction de la TVA à l'ACOSS.

Le 3° du I de l'article 16 de la loi déférée modifie le 7° bis de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que la compensation par l'ACOSS est faite « *dans la limite d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget* ».

Le IV de l'article 16 prévoit que ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2023.

Les députés auteurs de la première saisine soutiennent que ces dispositions sont entachées d'incompétence négative en ce qu'elles ne fixent aucun plafond à la limitation du montant de la compensation que l'ACOSS verse à l'Unédic. Ils estiment par ailleurs que, n'ayant pas précisé les modalités d'une concertation appropriée sur cette « *ponction* » opérée sur le régime d'assurance chômage, le législateur a méconnu le principe de valeur constitutionnelle de participation des travailleurs.

Ces griefs ne peuvent qu'être écartés.

En premier lieu, l'article 34 de la Constitution place dans le domaine de la loi les principes fondamentaux du droit du travail et de la sécurité sociale. Aux termes du huitième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 : « *Tout travailleur participe, par l'intermédiaire de ses délégués, à la détermination collective des conditions de travail ainsi qu'à la gestion des entreprises* ».

Le champ d'application du principe constitutionnel de participation des travailleurs à la détermination collective des conditions de travail s'étend à la négociation des règles relatives à l'assurance chômage (décision n° 2018-769 DC du 4 septembre 2018, paragr. 50) ainsi qu'à la détermination des mesures d'application des dispositions législatives relatives à l'assurance chômage (décision n° 2022-844 DC du 15 décembre 2022, paragr. 10 et 11). Aussi avez-vous jugé, à propos de la loi n° 2022-1598 du 21 décembre 2022 portant mesures d'urgence relatives au fonctionnement du marché du travail en vue du plein emploi dont l'article 1^{er} prévoyait que, par dérogation aux règles de droit commun, un décret en Conseil d'État détermine les mesures d'application des dispositions législatives relatives à l'assurance chômage pour la période allant du 1^{er} novembre 2022 au 31 décembre 2023 au plus tard, que le décret auquel il était loisible au législateur de renvoyer, dans le cadre des compétences qu'il tient de l'article 34 de la Constitution pour déterminer les principes fondamentaux du droit du travail, devait être pris « *après une concertation appropriée* ».

En l'espèce, les députés requérants ne peuvent utilement soulever un grief tiré de la méconnaissance du principe de participation des travailleurs.

Le législateur a adopté l'article 16 de la loi déférée dans le cadre de la compétence qu'il tient du dix-septième alinéa de l'article 34 de la Constitution pour déterminer les principes fondamentaux de la sécurité sociale et non dans le cadre de la compétence qu'il tient de ce même alinéa pour déterminer les principes fondamentaux du droit du travail. En effet, l'article 16 se borne à aménager les relations financières entre administrations de sécurité sociale, au sens large, s'agissant de la compensation d'une réduction de cotisations sociales à la charge des employeurs dont le principe est prévu par le code de la sécurité sociale.

Or, d'une part, vous jugez qu'il y a lieu de ranger parmi les principes fondamentaux de la sécurité sociale la détermination des conditions selon lesquelles une solidarité financière peut être organisée entre les différents régimes de sécurité sociale (décision n° 2015-495 QPC du 20 octobre 2015, paragr. 16). Il doit en aller de même de l'organisation des relations

financières entre l'ACOSS et le régime d'assurance chômage dont la gestion est confiée par les partenaires sociaux à l'Unédic.

D'autre part, à la différence de l'article 1^{er} de la loi du 21 décembre 2022 mentionnée ci-dessus, qui renvoyait à un décret en Conseil d'Etat la détermination de dispositions législatives figurant dans le code du travail, l'article 16 de la loi déferée ne renvoie pas au pouvoir réglementaire la définition de règles – de la nature de celles qui ont été adoptées par le décret n° 2023-33 du 26 janvier 2023 relatif au régime d'assurance chômage, pris pour l'application de l'article 1^{er} de la loi du 21 décembre 2022 – qui auraient une incidence directe et certaine sur l'indemnisation du chômage, notamment au regard de la durée et du niveau de cette indemnisation.

Dès lors que l'arrêté dont les dispositions contestées prévoient l'adoption ne se rattache ni à la détermination collective des conditions de travail, ni à la gestion des entreprises, il était loisible au législateur de ne pas prévoir de concertation appropriée préalable.

Le Gouvernement indique néanmoins au Conseil constitutionnel qu'en tout état de cause, une telle concertation a eu lieu dans le cadre de la négociation des règles du régime d'assurance chômage ayant vocation à s'appliquer à compter du 1^{er} janvier 2024.

En deuxième lieu, en posant le principe d'une compensation par l'ACOSS limitée à un montant fixé par arrêté interministériel, sans fixer de plafond à ce montant, le législateur ne peut être regardé comme ayant méconnu la compétence qu'il tient de l'article 34 de la Constitution pour déterminer les principes fondamentaux de la sécurité sociale.

D'une part, il ne résulte d'aucune disposition de la Constitution ni d'aucun principe de valeur constitutionnelle que le législateur ne pourrait pas modifier les règles de financement du régime d'assurance chômage (décision n° 2018-769 DC du 4 septembre 2018, paragr. 41), dès lors qu'il ne méconnaît pas les exigences résultant des cinquième et onzième alinéas du Préambule de la Constitution de 1946, qui impliquent l'existence d'un régime d'indemnisation des travailleurs privés d'emploi (décision n° 2022-844 DC du 15 décembre 2022, paragr. 16).

D'autre part, il existe, *de facto*, un « plafond » à la faculté donnée au pouvoir réglementaire de moduler le niveau de la compensation du dispositif de réduction dégressive, qui est en l'occurrence le montant de cette réduction. Celle-ci représentait, en 2022, 4,5 milliards d'euros sur un total de recettes de l'Unédic de 50 milliards d'euros. Cela étant, toute compensation ne pourra être supprimée. Le législateur ayant prévu que l'ACOSS est « chargée de (...) compenser », fût-ce dans une certaine limite, la perte de cotisations sociales résultant du dispositif de réduction dégressive, il va de soi que le pouvoir réglementaire ne pourra légalement supprimer toute compensation à l'Unédic.

En troisième lieu, les dispositions contestées ne sauraient être regardées comme étant de nature à méconnaître les exigences résultant des cinquième et onzième alinéas du Préambule de la Constitution de 1946 qui impliquent l'existence d'un régime d'indemnisation des travailleurs privés d'emploi, dès lors que le montant actuel de la compensation intégrale versée par l'ACOSS à l'Unédic ne représente qu'une faible fraction des recettes de l'Unédic et que les dispositions contestées ne permettent pas de supprimer toute compensation au titre du dispositif de réduction dégressive.

En dernier lieu, le Conseil constitutionnel a demandé au Gouvernement de justifier la place des dispositions contestées dans la deuxième partie de la loi de financement de la sécurité sociale.

Aux termes de l'article L.O. 111-3-1 du code de la sécurité sociale : « *La loi de financement de la sécurité sociale de l'année comprend un article liminaire et trois parties : / 1° Une première partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours ; / 2° Une deuxième partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir ; / 3° Une troisième partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir* ». Aux termes de l'article L.O. 111-3-7 du même code : « *Peuvent figurer dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir les dispositions : / 1° Ayant un effet sur les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement (...) et applicables : / (...) / b) A l'année et aux années ultérieures (...)* ».

Les dispositions contestées constituent un dispositif d'ensemble pérenne, ayant vocation à s'appliquer dès l'année en cours, comme le prévoit le IV de l'article 16, mais aussi à l'année à venir et aux années ultérieures. C'est pourquoi le législateur a pu légitimement considérer que ces dispositions, qui ont une incidence sur l'équilibre général et ne se rattachent pas exclusivement à l'année en cours, devaient figurer au sein de la deuxième partie de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année, sans qu'il soit justifié de scinder ce dispositif en deux pour isoler et rattacher à la première partie les dispositions limitant la compensation au titre de l'année 2023.

3. Sur certaines dispositions de l'article 63

L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale prévoit le versement d'indemnités journalières à l'assuré dont l'incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail a été constatée par un médecin.

L'employeur qui maintient tout ou partie de la rémunération du salarié bénéficiant d'un arrêt de travail peut, en contrepartie de cette obligation, demander à un médecin de contrôler la réalité de l'incapacité temporaire de travail de l'intéressé, dans le cadre de la « *contre-visite* » mentionnée à l'article L. 1226-1 du code du travail.

En l'absence d'adoption du décret en Conseil d'Etat prévu à l'avant-dernier alinéa de cet article, c'est la jurisprudence judiciaire qui fixe les conditions de réalisation de la contre-visite. La chambre sociale de la Cour de cassation retient à cet égard que le droit pour l'employeur de faire procéder à la contre-visite constitue une des conditions de son engagement de verser les indemnités complémentaires à son salarié (Cass., Soc., 22 juillet 1986, n° 84-41.588, Bulletin 1986 V N° 463). Lorsque le salarié refuse la contre-visite ou s'y soustrait, sans motif légitime, l'employeur est libéré de l'obligation de lui verser ces indemnités complémentaires (Cass., Soc., 20 janvier 1999, n° 96-45.023 ; Cass., Soc., 13 février 1996, n° 92-40.713, Bulletin 1996 V N° 51).

L'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est relatif au service du contrôle médical, auquel il revient, en application du premier alinéa du II de l'article, de constater les abus en matière, notamment, de prescription d'arrêt de travail.

Le deuxième alinéa de ce II concerne le contrôle des prescripteurs d'arrêt de travail.

Ses trois derniers alinéas concernent, quant à eux, le contrôle des assurés bénéficiaires d'arrêt de travail. Ils opèrent un lien avec les dispositions du code du travail qui autorisent l'employeur à faire réaliser une contre-visite par un médecin mandaté par ses soins. Dans leur version en vigueur, ces trois alinéas prévoient en effet que, lorsqu'un contrôle

effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximal de quarante-huit heures. Au vu de ce rapport, qui précise si le médecin diligenté par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré, le service du contrôle médical peut soit demander à la caisse de suspendre les indemnités journalières, soit procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré.

Le *a)* du 3° du I de l'article 63 de la loi déferée remplace les trois derniers alinéas du II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale par cinq alinéas qui doivent être interprétés comme distinguant deux hypothèses. La première – qui correspond aux deuxième à quatrième alinéas – est celle dans laquelle le médecin diligenté par l'employeur « *conclut à l'absence de justification de l'arrêt de travail ou de sa durée* ». La seconde – qui correspond au cinquième alinéa – est celle dans laquelle le médecin diligenté par l'employeur fait état dans son rapport de « *l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré* ». Dans tous les cas, ainsi que le prévoit le premier alinéa, il appartient au médecin diligenté par l'employeur d'adresser son rapport au service du contrôle médical de la caisse dont dépend l'assuré dans un délai de soixante-douze heures.

Dans la première hypothèse, qui est donc celle de l'absence de justification, au vu de la « *contre-visite* », de l'arrêt de travail prescrit au salarié, dans son principe même ou dans sa durée seulement, la loi déferée prévoit que le médecin diligenté par l'employeur, parallèlement à la transmission de son rapport au service du contrôle médical dans le délai de soixante-douze heures, en informe également, dans le même délai, l'organisme local d'assurance maladie « *qui suspend le versement des indemnités journalières* ».

Il en résulte que la suspension de ces indemnités, qui prend effet à la date à laquelle l'assuré a été informé de cette suspension ou, lorsque le médecin diligenté par l'employeur estime que seule la durée de l'arrêt de travail est excessive, à l'échéance de la durée retenue par ce dernier, ne dépend plus systématiquement d'une décision du service du contrôle médical.

Cependant, ce service, destinataire du rapport du médecin diligenté par l'employeur, peut, au vu du rapport, décider de procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré, qui peut prendre la forme, à son choix, d'un examen administratif ou médical. Ce nouvel examen est obligatoire si l'arrêt de travail est en lien avec une affection de longue durée. Dans tous les cas où le service du contrôle médical procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré, la suspension du versement des indemnités journalières est différée jusqu'à ce que le service ait statué et estimé que l'arrêt de travail est injustifié ou que sa durée est excessive.

Dans la seconde hypothèse, qui est donc celle dans laquelle le rapport du médecin diligenté par l'employeur fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, la suspension des indemnités journalières n'est pas automatique. C'est au service du contrôle médical qu'il revient de demander cette suspension à la caisse concernée, une fois qu'il a procédé à un nouvel examen de la situation de l'assuré.

Les députés auteurs de la première saisine reprochent à ces dispositions de ne pas prévoir une « *procédure contradictoire* » avec l'assuré. Ils estiment par ailleurs que le médecin diligenté par l'employeur pourra remettre en cause l'arrêt de travail ou la durée de cet arrêt décidé par le médecin prescripteur sans avoir lui-même réalisé un examen médical de l'assuré. Ce faisant, les dispositions contestées auraient pour effet de « *réduire drastiquement les règles d'octroi des indemnités journalières à des patients dont la maladie est avérée* » et, par conséquent, de priver les intéressés de moyens convenables d'existence.

Le Gouvernement ne partage pas cette analyse.

Aux termes du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* ».

En adoptant les dispositions contestées, le législateur a entendu faciliter la suspension des indemnités journalières de l'assuré en cas d'arrêt de travail injustifié, dans un contexte d'augmentation soutenue de la dépense liée au versement de ces indemnités. Il doit par conséquent être regardé comme ayant poursuivi l'objectif de valeur constitutionnelle de lutte contre la fraude en matière de protection sociale (décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022, paragr. 72) et comme ayant entendu préserver l'équilibre financier de la sécurité sociale, qui constitue aussi un objectif de valeur constitutionnelle (décision n° 99-422 DC du 21 décembre 1999, cons. 52 ; décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022, paragr. 62).

Ceci étant indiqué, les dispositions contestées ne sauraient, tout d'abord, être interprétées comme permettant au médecin diligenté par l'employeur de conclure à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou de sa durée sans que celui-ci n'ait procédé à un examen médical de l'assuré. Il ressort en effet de la lettre des dispositions contestées qu'elles distinguent nettement, d'une part, l'hypothèse de la réalisation d'une contre-visite ayant permis de conclure à l'absence de justification de l'arrêt de travail ou de sa durée et, d'autre part, l'hypothèse de l'impossibilité de réaliser la contre-visite médicale. Or, contrairement à ce que soutiennent les députés requérants, les indemnités journalières versées par l'assurance maladie ne sont suspendues automatiquement que dans la première hypothèse, c'est-à-dire après que l'assuré a fait l'objet d'un examen médical par le médecin diligenté par l'employeur et si le service du contrôle médical n'a pas procédé à un nouvel examen de la situation de l'assuré. Le versement des indemnités peut certes être suspendu dans la seconde hypothèse également, mais sans que cette suspension ne revête un caractère d'automaticité, celle-ci dépendant d'un réexamen par le service du contrôle médical.

Par suite, les dispositions contestées ne peuvent avoir pour effet de priver l'assuré social du versement des indemnités journalières sans que le service du contrôle médical ou un autre médecin que le médecin prescripteur de l'arrêt de travail ait estimé que l'arrêt de travail était injustifié dans son principe ou dans sa durée.

Le législateur a par ailleurs eu le soin d'assortir les règles qu'il a définies de plusieurs garanties.

Il a prévu que, lorsque l'arrêt de travail est en lien avec une affection de longue durée, le service du contrôle médical est obligatoirement saisi, ce qui fait obstacle à la suspension immédiate du versement des indemnités journalières.

Il a également prévu la possibilité pour le service du contrôle médical de se saisir d'office, cette « auto-saisine » faisant là encore obstacle à la suspension immédiate du versement des indemnités journalières. Le service du contrôle médical pourra notamment se saisir d'office lorsque, à partir des données médicales de l'assuré qui sont à sa disposition, il aura estimé que l'appréciation portée par le médecin diligenté par l'employeur est susceptible d'être remise en cause ou reconsidérée, compte tenu de l'état ou de la pathologie de l'assuré ou

pour tout autre motif le conduisant à écarter le caractère abusif ou injustifié de l'arrêt de travail initialement prescrit.

Le législateur a enfin rappelé que tout assuré ayant fait l'objet d'une contre-visite médicale à la demande de son employeur ayant conclu au caractère injustifié de l'arrêt de travail ou de sa durée conserve la faculté de saisir le service du contrôle médical. Si cette saisine n'a pas, par elle-même, pour effet la reprise du versement des indemnités journalières, elle implique néanmoins que, dans le délai qui sera déterminé par décret en Conseil d'Etat, le service du contrôle médical procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré, cet examen étant susceptible de conduire le service à confirmer le bien-fondé de la prescription de l'arrêt de travail. Il va de soi que, dans une telle hypothèse, l'assuré aura droit au versement des indemnités journalières qui sont dues au titre de l'intégralité de la période de l'arrêt de travail justifié.

4. Sur le I de l'article 65

L'article L. 6316-1 du code de la santé publique est relatif à la télémédecine, dont relèvent, en application de l'article R. 6316-1 du même code, les actes médicaux réalisés à distance au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication, notamment les téléconsultations.

Le I de l'article 65 de la loi déferée insère, dans l'article L. 6316-1, un alinéa qui prévoit que, lors d'un acte de télémédecine, la prescription ou le renouvellement d'un arrêt de travail ne peut porter sur plus de trois jours ni avoir pour effet de porter à plus de trois jours la durée d'un arrêt de travail déjà en cours et qu'il n'est fait exception à cette règle que lorsque l'arrêt de travail est prescrit ou renouvelé par le médecin traitant ou la sage-femme référente ou en cas d'impossibilité, dûment justifiée par le patient, de consulter un professionnel médical compétent pour obtenir, par une prescription réalisée en sa présence, une prolongation de l'arrêt de travail.

Les députés auteurs de la première saisine estiment, eu égard au nombre de patients qui n'ont pas de médecin traitant, qu'ils évaluent à plus de six millions, que les dispositions contestées risquent de priver les intéressés du droit d'obtenir le versement d'indemnités journalières par l'assurance maladie, en méconnaissance des exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946. Le législateur aurait par ailleurs omis de préciser les modalités selon lesquelles il peut être justifié de l'impossibilité de consulter un médecin à son cabinet, entachant les dispositions qu'il a adoptées d'incompétence négative.

Ces critiques sont infondées.

Les dispositions contestées, qui sont relatives à l'activité des prescripteurs d'arrêt de travail, sont fondées sur la prémisse qu'un arrêt de travail de plus de trois jours ou le renouvellement d'un arrêt de travail ayant pour effet de porter cet arrêt à plus de trois jours doit normalement être prescrit à l'issue d'un examen physique, et donc clinique, du patient. Le législateur y a vu une bonne pratique médicale, qui concourt à établir que l'arrêt de travail et sa durée sont justifiés médicalement et adaptés à l'état ainsi qu'à la pathologie du patient. Ces dispositions sont en outre de nature à prévenir certaines dérives observées dans l'activité de certaines plateformes de téléconsultation. Par conséquent, le législateur a entendu favoriser la qualité de soins, ce qui constitue un but d'intérêt général (décision n° 2016-593 QPC du 21 octobre 2016, paragr. 9), et préserver l'équilibre financier de la sécurité sociale, qui constitue un objectif de valeur constitutionnelle (décision n° 99-422 DC du 21 décembre 1999, cons. 52 ; décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022, paragr. 62).

Ceci étant observé, tout en posant la règle que la prescription ou le renouvellement d'un arrêt de travail lors d'un acte de télémedecine ne peut porter sur plus de trois jours ni avoir pour effet de porter à plus de trois jours la durée d'un arrêt de travail déjà en cours, les dispositions contestées y dérogent dans le cas où la prescription est réalisée par le médecin traitant ou la sage-femme référente.

Le législateur a également instauré une dérogation à la règle qu'il a lui-même fixée afin de permettre une prolongation de l'arrêt de travail par un acte de télémedecine « *en cas d'impossibilité, dûment justifiée par le patient, de consulter un professionnel médical compétent* » dans le cadre d'un examen médical en sa présence. Cette dérogation a vocation à tenir compte des situations dans lesquelles le patient est confronté à l'impossibilité de consulter son médecin traitant, le remplaçant de celui-ci ou un autre médecin, particulièrement lorsque le patient réside ou se trouve dans une zone de faible densité médicale. Il s'agit aussi de prendre en compte les situations dans lesquelles le patient est dans l'impossibilité de se déplacer pour des raisons physiques ou matérielles et n'obtient pas une consultation à domicile. La Caisse nationale d'assurance maladie (« CNAM ») mettra en place, à l'attention des assurés, un téléservice leur permettant d'attester en ligne une telle situation d'empêchement par tout moyen, y compris au moyen d'une simple déclaration sur l'honneur. D'autres solutions de contact seront bien entendu offertes aux assurés sociaux qui ne sont pas en mesure d'utiliser un téléservice.

Il appartiendra par ailleurs à chaque médecin prescripteur de l'arrêt initial, conformément à l'obligation qui lui est assignée par les articles R. 4127-35 et R. 4127-60 du code de la santé publique, de délivrer une information loyale, claire et appropriée au patient et de l'adresser le cas échéant à un confrère, en lui exposant les conditions dans lesquelles, compte tenu des dispositions de la loi déferée, il peut obtenir la prolongation de cet arrêt.

Enfin, s'il résulte des dispositions contestées que la prescription initiale d'un arrêt de travail de plus de trois jours ne peut jamais être faite lors d'un acte de télémedecine réalisé par un professionnel autre que le médecin traitant ou la sage-femme référente, il n'en résulte aucune méconnaissance du droit à la protection de la santé et du droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence, dès lors que le patient peut se voir prescrire un arrêt initial d'une durée de trois jours dans le cadre d'une téléconsultation, ce délai étant en pratique suffisant, compte tenu des permanences de soins à sa disposition, pour obtenir un rendez-vous avec un médecin dans le cadre d'un examen physique.

5. Sur certaines dispositions de l'article 69

L'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale est relatif à la prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport de l'assuré.

Son premier alinéa prévoit que les frais de transport sont pris en charge sur prescription médicale. Celle-ci doit comporter les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit et préciser le mode de transport le plus adapté à l'état du patient et si cet état est incompatible avec un transport partagé, compris comme véhiculant ensemble au moins deux patients. Dans le respect de la prescription, les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés.

Le premier alinéa de l'article L. 322-5-1 du même code dispose que l'assuré est dispensé de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance

maladie dès lors que le transport est réalisé par une entreprise de transports sanitaires conventionnée.

D'une part, le b) 2° de l'article 69 de la loi déferée insère à la suite du premier alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale un alinéa qui prévoit que, lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport et que la proposition répond à des conditions de mise en œuvre du transport tenant en particulier aux caractéristiques du trajet et à l'organisation de la prise en charge sur le lieu de soins, ses frais de transport sont pris en charge après application au prix facturé d'un coefficient de minoration.

D'autre part, le 3° de l'article 69 insère à la suite du premier alinéa de l'article L. 322-5-1 du code de la sécurité sociale un alinéa qui prévoit que la dispense d'avance des frais ne s'applique pas lorsque le patient refuse un transport partagé.

Les députés auteurs de la première saisine soutiennent que le législateur a entaché ces dispositions d'incompétence négative en s'abstenant de déterminer la personne chargée d'apprécier si l'état de santé du patient est incompatible avec un transport partagé et en omettant de définir une « *procédure contradictoire* » ou *a minima* l'information du patient au moment du choix d'un transport individuel ou partagé. Par voie de conséquence, ces dispositions méconnaîtraient les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946.

Toutes ces critiques manquent en fait.

Le Gouvernement observe à titre liminaire que les dispositions contestées contribuent à préserver l'équilibre financier de la sécurité sociale, qui constitue un objectif de valeur constitutionnelle (décision n° 99-422 DC du 21 décembre 1999, cons. 52 ; décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022, paragr. 62). Dans la mesure où les services de transport fournis par les entreprises de transport sanitaire et les entreprises de taxi conventionné ne sont pas tous décarbonés, elles contribuent, en outre, à prévenir les atteintes à l'environnement.

En premier lieu, il résulte des termes mêmes des dispositions contestées qu'elles prévoient l'application au prix du transport facturé à l'assuré d'un coefficient de « *minoration* » qui ne saurait aboutir à exclure toute prise en charge des frais de transport. Une prise en charge par l'assurance maladie est donc maintenue, même si elle sera moins importante que celle à laquelle l'assuré aurait pu prétendre s'il avait accepté le transport partagé.

Le coefficient de minoration sera déterminé par voie réglementaire. Conformément à ce que mentionnent les travaux préparatoires¹⁶, il appartiendra au pouvoir réglementaire de fixer le coefficient de minoration de telle manière que la part des frais ne donnant pas lieu à remboursement corresponde approximativement à la différence entre le coût d'un transport individuel et le coût d'un transport partagé.

¹⁶ Exposé des motifs pp. 94-95 : « *La mesure concerne les transports programmés uniquement, et prévoit que, lorsque le transport partagé est jugé compatible avec l'état de santé du patient et que le transporteur a été en capacité de proposer un transport partagé au patient, si le patient le refuse, il doit faire l'avance de frais et ne sera remboursé par l'assurance maladie que sur la base du tarif de transport partagé* ». Rapport n° 1785, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 20 octobre 2023, fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 par Mmes Rist et Janvier et MM. Christophe, Isaac-Sibille et Ruffin, Tome II, p. 267.

En deuxième lieu, les députés requérants ne peuvent utilement faire valoir que le législateur aurait omis de désigner la personne compétente pour décider si l'état de santé du patient n'est pas incompatible avec une solution de transport partagé, dès lors que la loi déferée ne modifie pas les règles prévues au premier alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale dont il résulte, ainsi qu'il a été dit, que les frais de transport sont toujours pris en charge « *sur prescription médicale* », celle-ci devant comporter « *les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit* » et préciser si l'état du patient « *est incompatible avec un transport partagé* ».

En dernier lieu, l'application d'une minoration et la privation du bénéfice du tiers-payant ne constituent pas des sanctions ayant le caractère d'une punition justifiant la mise en œuvre de la « *procédure contradictoire* » dont les députés requérants déplorent l'absence. En tout état de cause, il est rappelé que le patient se voit remettre, dans tous les cas, à l'issue de la consultation avec son médecin, une prescription de transport qu'il lui appartient de remettre ensuite au transporteur et qui mentionne, de manière transparente, le mode de transport prescrit et l'absence de contre-indication à un transport partagé.

6. Sur l'article 72

Le chapitre I^{er} quater du titre II (« *Médicaments à usage humain* ») du livre I^{er} (« *Produits pharmaceutique* ») de la cinquième partie (« *Produits de santé* ») de la partie législative du code de la santé publique est relatif à la « *Lutte contre les ruptures d'approvisionnement de médicaments* ». Il comprend les articles L. 5121-29 à L. 5121-34.

Le c) du 1^o de l'article 72 de la loi déferée complète l'article L. 5121-29 par un alinéa qui a pour objet de définir la rupture d'approvisionnement comme « *l'incapacité pour une pharmacie d'officine ou une pharmacie à usage intérieur de dispenser un médicament à un patient dans un délai donné, qui peut être réduit à l'initiative du pharmacien lorsque la poursuite optimale du traitement l'impose* », le délai et les diligences que le pharmacien doit accomplir pour dispenser le médicament devant être fixés par décret en Conseil d'État.

Le quatrième alinéa du 2^o de l'article 72 crée par ailleurs un article L. 5121-33-2 du code de la santé publique qui prévoit qu'en cas de rupture d'approvisionnement de certains médicaments, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté, en limiter ou en interdire la prescription par un acte de télémédecine. Ce même article prévoit qu'il est mis fin sans délai à ces mesures, lorsqu'elles ne sont plus nécessaires, par arrêté du même ministre.

Les députés auteurs de la première saisine estiment que cette disposition conduirait de nombreux patients à ne pouvoir obtenir une prescription d'un médicament essentiel pour eux en raison des difficultés d'obtenir un rendez-vous physique avec un médecin. Il en résulterait une rupture d'égalité manifeste devant l'accès aux soins.

Cette critique doit être écartée.

Aux côtés d'autres mesures prévues par l'article 72 de la loi déferée, telles que la délivrance à l'unité par les pharmacies d'officine et le recours à un test rapide d'orientation diagnostique (Trod) préalable à la délivrance de certains médicaments, les dispositions contestées ont pour but de s'assurer que les quantités disponibles d'un médicament en rupture d'approvisionnement au sens de l'article L. 5121-29 du code de la santé publique sont délivrées à des patients qui en ont effectivement besoin, eu égard à leur pathologie, telle qu'elle a pu être constatée par un médecin à l'occasion d'un examen clinique. Cette mesure tend ainsi, dans une situation de pénurie relative d'un médicament, à allouer au plus juste, dans l'intérêt des patients,

les stocks disponibles, et à limiter les comportements de patients tentés de constituer un stock personnel de précaution, qui sont de nature à aggraver la situation de pénurie.

En adoptant ces dispositions, le législateur a ainsi entendu mettre en œuvre l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé, qui découle du onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 (décision n° 2019-823 QPC du 31 janvier 2020, paragr. 5).

Ceci étant indiqué, il résulte tant de l'exposé des motifs de l'article 33 du projet de loi, devenu l'article 72 de la loi déferée, que des travaux parlementaires ayant précédé son adoption que, si l'article L. 5121-33-2 du code de la santé publique permet au ministre de la santé de limiter ou interdire la prescription par un acte de télémedecine de « *certaines médicaments* », ces médicaments doivent s'entendre exclusivement des médicaments appartenant à la classe pharmaceutique des antibiotiques.

L'exposé des motifs de l'article 33 indique ainsi : « *En troisième lieu, la prescription d'antibiotiques nécessite un examen clinique, c'est la mesure [qui] prévoit, en cas de pénuries, de restreindre la prescription d'antibiotiques par téléconsultation à des exceptions spécifiquement listées, notamment aux situations épidémiques associées à des consignes de réduction des déplacements* » (p. 99).

De la même manière, l'étude d'impact de l'article 33 jointe au projet de loi décrit la mesure proposée comme « *l'interdiction de prescription d'antibiotiques en téléconsultation* » et précise « *Des exceptions seraient prévues pour les cas de prophylaxie antibiotique ne nécessitant pas d'examen clinique (ex. Lyme, prophylaxie avant intervention dentaire), les cas associés à la gestion d'une épidémie nécessitant des mesures de distanciation sociale, et les antibiotiques pour lesquels un TROD peut être utilisé en officine pour confirmer la délivrance d'antibiotiques* » (p. 464). La même étude d'impact indique un peu plus loin que la mesure d'interdiction de prescription en téléconsultation « *contribue à réduire les prescriptions d'antibiotiques non justifiées par un examen clinique, sauf exceptions justifiées, et à limiter les volumes d'antibiotiques consommés en ville, avec un impact direct sur les dépenses de l'assurance maladie* » (p. 465).

Dans le rapport n° 1785, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 20 octobre 2023, fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, Mme Rist a confirmé que, conformément à l'intention du Gouvernement, l'objet de la disposition était de « *restreindre la prescription d'antibiotiques lors des téléconsultations à quelques exceptions comme l'antibioprophylaxie avant chirurgie, considérant que prescription d'antibiotiques nécessite un examen clinique* » (Rapport, Tome II, p. 293).

Il en va de même dans le rapport n° 84 fait le 8 novembre 2023 au nom de la commission des affaires sociales du Sénat par Mme Doineau, rapporteure générale, qui mentionne : « *La commission a également jugé souhaitable de permettre au Gouvernement de limiter ou d'interdire, dans certains cas, la prescription de certains médicaments en rupture par téléconsultation. Elle s'est montrée favorable à ce que, dans de telles situations, la prescription de certains antibiotiques doive être justifiée par un examen clinique. Elle a toutefois souhaité que cette mesure ne puisse s'appliquer qu'à des médicaments pour lesquels elle apparaît médicalement justifiée. À cet égard, les exceptions prévues par le Gouvernement dans l'étude d'impact lui sont apparues indispensables. En particulier, une telle mesure ne se justifierait : - ni pour les prophylaxies antibiotiques qui, prescrites en prévention, ne nécessitent pas d'examen clinique ; - ni pour les antibiotiques pouvant être prescrits après réalisation d'un*

Trod par le pharmacien, pour lesquels un recours aux ordonnances conditionnelles, y compris en téléconsultation, devrait être privilégié » (Rapport, tome II, p. 456).

Il ressort de votre jurisprudence que, pour apprécier la portée d'une disposition législative, il vous arrive de retenir les précisions apportées par le Gouvernement sur ce point, dès lors qu'elles sont corroborées par l'examen des travaux préparatoires et que les auteurs des saisines n'y apportent pas de contradiction sérieuse (décision n° 85-192 DC du 24 juillet 1985, cons. 9 ; décision n° 99-424 DC du 29 décembre 1999, cons. 40).

Il en va ainsi, notamment pour circonscrire la portée de certaines dispositions législatives (décision n° 2020-803 DC du 9 juillet 2020, paragr. 15).

Compte tenu de ces indications relatives au champ d'application de la limitation ou de l'interdiction de la prescription par un acte de télémedecine, le Gouvernement observe donc d'abord que la mesure est cantonnée aux antibiotiques en rupture d'approvisionnement, étant observé que, selon les données publiées par l'Agence nationale de sécurité du médicament, les médicaments appartenant à la classe thérapeutique des anti-infectieux représentaient en 2022 14% de l'ensemble des signalements de rupture ou de risque de rupture d'approvisionnement.

Dans le cas des antibiotiques, l'encadrement de la prescription présente un intérêt d'autant plus grand qu'il s'inscrit dans le cadre de la politique de lutte contre les phénomènes d'antibiorésistance, lesquels sont aggravés par l'administration d'antibiotiques à mauvais escient et constituent une préoccupation de santé publique majeure, compte tenu des impasses thérapeutiques auxquelles ils sont susceptibles de conduire.

Il est ensuite observé que la mesure de limitation ou d'interdiction de la prescription par un acte de télémedecine ne peut être prise par le ministre chargé de la santé que dans le cas où une situation de rupture d'approvisionnement, telle que le législateur a eu le soin de la définir à l'article L. 5121-29 du code de la santé publique, dans sa version issue de la loi déferée, est constatée.

En cohérence avec l'objectif poursuivi, le législateur a par ailleurs créé un mécanisme présentant un caractère temporaire et exigé qu'il soit mis fin « *sans délai* » à la mesure de limitation ou d'interdiction de la prescription par un acte de télémedecine, lorsqu'elle n'est plus nécessaire, c'est-à-dire lorsque la situation de rupture d'approvisionnement a disparu.

Il appartiendra au pouvoir réglementaire, en s'appuyant sur les recommandations du Collège de la médecine générale et du Conseil national professionnel de pédiatrie, et sous le contrôle du juge de l'excès de pouvoir, de cibler les pathologies traitées par antibiotiques pour lesquelles un examen clinique est nécessaire à l'établissement de la prescription, étant entendu que, de toute évidence, certains cas de prophylaxie antibiotique ne nécessitent pas d'examen clinique, comme la prescription d'antibiotiques à titre préventif, avant une intervention de chirurgie dentaire par exemple. En revanche, un examen clinique pourrait être préconisé en ce qui concerne, notamment, certaines infections respiratoires qui ne justifient pas toutes une prescription d'antibiotiques à titre curatif.

Enfin, compte tenu de la finalité poursuivie, il n'aurait pas été pertinent de réserver le cas des prescriptions réalisées par le médecin traitant dans le cadre d'une téléconsultation.

IV. Sur la place en loi de financement de certaines dispositions

Le Conseil constitutionnel a souhaité interroger le Gouvernement sur la place en loi de financement de la sécurité sociale des articles 9, 11, 12, 14, 22, 26, 47, 47, 54, 56, 66, 68, 72, 75, 84 et 102 de la loi déferée.

1. Sur l'article 9

L'article 9 rétablit dans le code de la sécurité sociale un article L. 114-13 qui punit de trois ans d'emprisonnement et de 250 000 € d'amende la mise à disposition, à titre gratuit ou onéreux, d'un ou de plusieurs moyens, services, actes ou instruments juridiques comptables, financiers ou informatiques ayant pour but de permettre à un ou à plusieurs tiers de se soustraire frauduleusement à la déclaration et au paiement des cotisations et contributions sociales dues ou d'obtenir une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indus d'un organisme de protection sociale. Les peines sont aggravées lorsque l'infraction est commise en bande organisée. Dans ce cas, elle relève des dispositions du code de procédure pénale en matière de criminalité et de délinquance organisées.

Il modifie par ailleurs l'article L. 114-18 du même code afin de punir d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 30 000 € le fait d'inciter autrui, par quelque moyen que ce soit, à se soustraire à l'obligation de s'affilier à un organisme de sécurité sociale, à se soustraire à la déclaration et au paiement des cotisations et contributions sociales dues, à obtenir frauduleusement le versement de prestations d'allocations ou d'avantages servis par un organisme de protection sociale ou à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation en matière de sécurité sociale. Est parallèlement puni d'un emprisonnement de trois ans et d'une amende de 250 000 € le fait d'organiser ou de tenter d'organiser, par voies de fait, menaces ou manœuvres concertées, le refus par les assujettis de se conformer aux obligations d'affiliation aux organismes de sécurité sociale ainsi qu'aux obligations de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales.

La place de ces dispositions dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir ne fait aucun doute. Indépendamment de l'effet sur les recettes des régimes obligatoires de base qu'elles peuvent avoir, au sens du 1° de l'article L.O. 111-3-7 du code de la sécurité sociale, s'agissant de mesures destinées à renforcer la lutte contre les fraudes, ces dispositions doivent être regardées comme étant relatives aux « *modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement* » au sens du 2° de cet article. Vous jugez en effet, pour des impositions de toutes natures comme pour des cotisations ou contributions sociales, que le régime du contrôle et des sanctions se rattache directement aux mesures de recouvrement.

2. Sur l'article 11

Aux termes de l'article L. 162-1-19 du code de la sécurité sociale : « *Les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux de ces organismes sont tenus de communiquer à l'ordre compétent les informations qu'ils ont recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé inscrit à un ordre professionnel. / L'ordre est tenu de faire connaître à l'organisme qui l'a saisi, dans les trois mois, les suites qu'il y a apportées* ».

L'article 11 de la loi déferée complète ces dispositions par un alinéa qui prévoit que la communication à l'ordre compétent porte notamment sur des faits à caractère frauduleux commis par un professionnel de santé. Ces dispositions s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale. Elles ont pour objet une transmission systématique par les organismes d'assurance maladie aux ordres des professions médicales et paramédicales concernés des informations se rapportant à des pratiques frauduleuses imputables à des professionnels de santé relevant de ces ordres et susceptibles de justifier la mise en œuvre de poursuites disciplinaires qui peuvent aboutir à l'interdiction temporaire ou définitive d'exercer et, par conséquent, de facturer des soins, des actes ou des prestations à l'assurance maladie.

Elles trouvent par conséquent leur place dans la loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement des dispositions du b) du 1° de l'article L.O. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

3. Sur l'article 12

L'article L. 725-5 du code rural et de la pêche maritime fait partie du chapitre V (« *Recouvrement des cotisations et créances* ») du titre II (« *Organisation générale des régimes de protection sociale des professions agricoles* ») du livre VII de la partie législative de ce code. Il prévoit qu'en cas de procédures de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires, les pénalités ou majorations de retard dues par le redevable à la date du jugement d'ouverture, ainsi que les frais de poursuite, sont remis.

L'article 12 abroge cet article afin de permettre d'exclure la remise d'une dette au titre de pénalités ou majorations dues par le redevable de cotisations au régime de protection sociale des professions agricoles lorsque le passif en cause résulte d'une infraction de travail dissimulé, ainsi que le permet le dernier alinéa de l'article L. 243-5 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article L. 725-9 du code rural et de la pêche maritime – qui n'est pas abrogé.

La suppression de l'obligation de remettre la dette d'un exploitant faisant l'objet d'une procédure collective envers un organisme de protection sociale constitue, de toute évidence, une question de recouvrement. Les dispositions de l'article 12 doivent par conséquent être analysées comme des dispositions relatives aux « *modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement* » au sens du 2° de l'article L.O. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

4. Sur l'article 14

L'article 14 de la loi déferée rétablit dans le code général des impôts un article 231 A qui prévoit que les rémunérations versées par l'employeur qui est membre d'un assujetti unique à la TVA, autrement dit d'un « groupe TVA », sont exonérées de la taxe sur les salaires, lorsque certaines conditions sont remplies.

Le produit de la taxe sur les salaires étant affecté aux régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, les dispositions de l'article 14 de la loi déferée trouvent, de manière certaine, leur place au sein de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année, sur le fondement du b) du 1° de l'article L.O. 111-3-7 du code de la sécurité sociale, s'agissant de dispositions ayant un effet sur les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement.

Il est courant que des dispositions relatives à la taxe sur les salaires figurent, pour ce motif, en loi de financement de la sécurité sociale, ce qui n'a, jusqu'à présent, jamais appelé de remarques de constitutionnalité de votre part. On peut voir, par exemple, l'article 15 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 que vous n'avez pas déclaré contraire à la Constitution dans votre décision n° 2018-776 DC du 21 décembre 2018.

5. Sur l'article 22

Par des modifications apportées *a* du 19° *ter* de l'article 81 du code général des impôts, au *d* du 4° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale ainsi qu'à l'article L. 3261-2 du code du travail, l'article 22 de la loi déferée a pour objet d'étendre le champ de la prise en charge, par les employeurs publics et privés, des frais de transport exposés par leurs agents ou salariés au titre de leurs déplacements entre leur résidence et leur lieu de travail accomplis au moyen de transports publics de voyageurs ou de services de location de vélos, en précisant que les services de location de vélos en cause ne sont pas les seuls services « publics ». La prise en charge de ces frais est exonérée d'impôt sur le revenu et de contributions sociales.

Il résulte de ce qui précède que les dispositions de l'article 22 constituent un dispositif d'ensemble qui comporte, compte tenu des modifications apportées à l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, une mesure d'exclusion de l'assiette de la contribution sociale sur les revenus d'activité.

Pour ce motif, il ne fait pas de doute que l'article 22 est une disposition relative « à l'assiette (...) des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement » au sens du 2° de l'article L.O. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

6. Sur l'article 26

En application de l'article 38 de la Constitution, l'article 26 de la loi déferée habilite le Gouvernement à prendre, par voie d'ordonnance, des mesures relevant du domaine de la loi, destinées à tirer les conséquences, sur le parcours déclaratif des travailleurs indépendants, de la réforme de l'assiette sociale prévue à l'article 18 de la loi déferée, et à appliquer cette même réforme aux travailleurs indépendants agricoles ultramarins.

L'ordonnance prévue au I de l'article 26 constitue, au même titre que l'article 18, une disposition relative « à l'assiette (...) des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement » au sens du 2° de l'article L.O. 111-3-7 du code de la sécurité sociale, puisqu'il s'agit d'étendre aux travailleurs indépendants agricoles exerçant leur activité outre-mer, avec les adaptations nécessaires, des dispositions qui concernent directement l'assiette des cotisations et contributions sociales.

L'ordonnance prévue au II de l'article 26 est, quant à elle, nécessaire à la mise en œuvre des dispositions d'assiette de l'article 18. Il ne fait aucun doute que des dispositions relatives aux obligations déclaratives doivent être regardées comme des mesures se rattachant aux « modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement » au sens du 2° de l'article L.O. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

7. Sur l'article 47

L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est relatif aux actions expérimentales en matière de soins et de prise en charge sanitaire.

L'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 a donné une nouvelle rédaction de cet article, qui n'a pas appelé de remarques de constitutionnalité de votre part dans la décision n° 2017-756 DC du 21 décembre 2017.

L'article L. 162-31-1 comporte un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. Afin d'y être éligibles, les expérimentations doivent avoir une finalité organisationnelle et leur financement doit déroger aux règles de tarification de droit commun. Ce dispositif est doté d'un budget spécifique *via* un transfert de la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général au fonds pour l'innovation du système de santé (« FISS »). Ce fonds relève du 6^{ème} sous-objectif de l'Ondam.

L'article 47 de la loi déferée élargit le champ de ce dispositif en ajoutant parmi ses objectifs la mise en place d'expérimentations visant à améliorer la prévention en santé, ce qui a un impact direct sur le financement par le FISS et, par suite, sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie. A ce titre, il trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement des dispositions du b) du 1° de l'article L.O. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

8. Sur l'article 54

L'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique permet au pharmacien, à titre dérogatoire, de délivrer, par substitution à un médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire lorsque certaines conditions sont remplies. La substitution en officine ne concerne à ce jour que deux molécules biologiques, conformément à l'arrêté du 12 avril 2022 fixant la liste des groupes biologiques similaires substituables par le pharmacien d'officine et les conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient.

L'article 54 de la loi déferée assouplit le régime applicable à ces médicaments biologiques similaires. L'objectif poursuivi est de permettre la substitution des médicaments biosimilaires par les pharmaciens d'officine de façon automatique, dès lors que les produits n'ont pas fait l'objet de remontées de pharmacovigilance deux ans après leur commercialisation. Ce délai doit permettre de confirmer que la substitution d'un biosimilaire n'a aucune conséquence en termes de prise en charge thérapeutique.

Il est attendu du développement du recours à ces « biosimilaires » de substantielles économies pour l'assurance maladie. Trois nouveaux groupes de médicaments sont, à court terme, susceptibles d'être concernés : l'insuline glargine, la teriparatide, et l'enoxaparine. Elles seraient, sur la base du taux moyen actuel de pénétration, à l'origine d'une économie de plus de 5 millions d'euros. A terme, en incluant d'autres groupes, c'est une économie de l'ordre de 110 millions d'euros par an à horizon 2026 qui est attendue.

Compte tenu de ce qui précède, les dispositions de l'article 54 trouvent leur place en loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement des dispositions du b) du 1° de l'article L.O. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

9. Sur l'article 56

L'article 56 modifie les articles L. 165-1, L. 165-5-1 et L. 165-6 du code de la sécurité sociale qui sont relatifs au remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées, et à leurs conditions de prise en charge. Ce remboursement est notamment subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de santé.

En conditionnant l'inscription sur la liste des dispositifs remboursables ou l'inscription par description générique sur cette liste à la transmission de la certification de conformité à la charte de qualité de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la présentation, de l'information ou de la promotion des dispositifs médicaux à usage individuel, des produits de santé autres que les médicaments et des prestations de service éventuellement associées, mentionnée à l'article L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale, ou à un engagement de l'entreprise à se faire certifier dans un certain délai, les dispositions de l'article 56 sont au nombre des 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 et applicables à l'année et aux années ultérieures au sens du b) du 1° de l'article L.O. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

10. Sur l'article 66

Le I de l'article 66 de la loi déferée crée une expérimentation de deux ans portant sur le retraitement de certains dispositifs médicaux à usage unique.

Le II de l'article insère dans le code de la sécurité sociale un article L. 165-4-3 qui prévoit le versement de remises par l'exploitant d'un produit inscrit sur la liste des dispositifs remboursables par l'assurance maladie qui présente des modèles, des références et des conditionnements qui ne sont pas adaptés à ses conditions de prescription ou à ses modalités d'utilisation ou qui est générateur de déchets de soins supplémentaires par rapport aux produits, aux actes ou aux prestations comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires.

Ces dispositions, qui poursuivent un objectif de réduction de l'impact environnemental des dispositifs médicaux, auront un effet direct sur les dépenses des régimes obligatoires de base.

En effet, en ce qui concerne le I de l'article, le retraitement de dispositifs tels que des cathéters, qui étaient jusqu'à présent à usage unique, induit une réduction des coûts, notamment pour les établissements de santé.

Par ailleurs, les remises dues par l'exploitant en application du II de l'article viendront en déduction des sommes qui lui sont versées et minoreront à due concurrence les dépenses de l'assurance maladie.

Pour ces raisons, l'article 66 trouve sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale de l'année sur le fondement du b) du 1° de l'article L.O. 111-3-8 du code de la sécurité sociale s'agissant de 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 et applicables à l'année et aux années ultérieures.

Le Gouvernement observe que, sur un sujet voisin, vous n'avez pas relevé d'office que les dispositions de l'article 58 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 n'auraient pas trouvé leur place au sein de cette loi, alors qu'il créait un article L. 165-4-2 du code de la sécurité sociale prévoyant le versement de remises par l'exploitant lorsqu'un dispositif médical est, à la demande expresse de l'exploitant, inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1 pour un périmètre d'indications plus restreint que celui dans lequel ce dispositif présente un service attendu suffisant.

11. Sur l'article 68

L'article 68 complète le II de l'article L. 165-1-1-1 du code de la sécurité sociale qui impose à l'exploitant d'un produit de santé qui n'est pas le fabricant du produit de déclarer auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le fabricant et toute information permettant l'identification certaine du produit, ces informations devant notamment permettre d'identifier l'ensemble des produits similaires vendus par un même fabricant à plusieurs entreprises. L'exploitant s'expose s'il ne satisfait pas à cette obligation, à une pénalité financière dont le produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

L'article 68 ajoute un alinéa prévoyant que, par exception, ces dispositions ne sont pas applicables lorsque l'exploitant contrôle le fournisseur ou est contrôlé par le fournisseur ou lorsque l'exploitant et le fournisseur sont contrôlés par les mêmes personnes, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce.

Ces dispositions ont été adoptées par le législateur dans la continuité de celles de l'article 58 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 qui avaient pour but d'améliorer la transparence des échanges entre fabricants et distributeurs de produits de la liste des produits et prestation et qui n'ont appelé aucune remarque de votre part en ce qui concerne leur place au sein d'une loi de financement de la sécurité sociale.

De fait, il s'agit de mesures de régulation financière et de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie qui figurent habituellement dans ce type de loi. L'article 68 trouve donc sa place en loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement des dispositions du b) du 1^o de l'article L.O. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

12. Sur l'article 72

Ainsi qu'il a été dit, l'article 72 a pour objet de limiter la prescription des antibiotiques par un acte de télémedecine en période de rupture d'approvisionnement et répond à un objectif de protection de la santé particulièrement important.

Il est attendu de cette mesure, compte tenu des ruptures d'approvisionnement documentées par l'ANSM, une diminution de 1% du volume de prescription sur une année complète, représentant un montant de 500 000 € ne serait-ce que pour l'amoxicilline.

Pour ce motif, l'article 72 trouve donc sa place en loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement des dispositions du b) du 1^o de l'article L.O. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

13. Sur l'article 75

Le V de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale est relatif au prix des médicaments de thérapie innovante. Il est issu de l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Dans votre décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022, vous n'avez pas relevé d'office que ces dispositions n'auraient pas eu leur place au sein d'une loi de financement de la sécurité sociale. Il doit en aller de même du complément qui leur est apporté par l'article 75 de la loi déferée, dont l'objet est de permettre le recueil des données de suivi des patients bénéficiant de médicaments de thérapie innovante et leur transmission au Comité économique des produits de santé, dans le but de garantir que le prix de ces médicaments soit corrélé à leur performance.

14. Sur l'article 84

L'article 84 de la loi déferée concerne la collectivité d'outre-mer de Saint-Martin qui ne dispose pas d'une maison départementale des personnes handicapées constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public.

D'une part, cet article définit la composition du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie. D'autre part, il prévoit qu'un service de la collectivité territoriale peut, dans le cadre d'une convention passée avec l'Etat, exercer les missions d'une maison départementale des personnes handicapées et que la collectivité territoriale de Saint-Martin peut conclure une convention avec les organismes de sécurité sociale ainsi qu'avec d'autres personnes morales, notamment celles représentant les organismes gestionnaires d'établissements ou de services destinés aux personnes handicapées, celles assurant une mission de coordination en leur faveur ou celles participant au fonds départemental de compensation.

Ces dispositions impliqueront le versement d'une dotation de l'ordre de 100 000 euros à la collectivité territoriale de Saint-Martin, financée par un concours de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie. A ce titre, elles trouvent leur place en loi de financement de la sécurité sociale en application du b) du 1° de l'article L.O. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

15. Sur l'article 102

L'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale est au nombre des dispositions de ce code relatives à la lutte contre la fraude.

Il 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 au présent 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, notamment, au contrôle, à la justification dans la constitution des droits et à la justification de la liquidation et du versement des prestations dont sont chargés ces organismes et qui permettent d'établir le respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations.

L'article 102 complète l'article L. 114-12 par un alinéa qui prévoit que, pour l'accomplissement des mêmes finalités, les personnes mentionnées par ce texte *« se communiquent les coordonnées, notamment les adresses postales, des assurés ou des personnes susceptibles de bénéficier de droits ou de prestations »*.

De telles mesures destinées à renforcer la lutte contre la fraude trouvent habituellement leur place au sein de la loi de financement de la sécurité sociale.

Il est notable que, par votre décision n° 2019-795 DC du 20 décembre 2019, vous n'avez formulé aucune remarque quant à la place au sein de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 des dispositions de l'article 78 de cette loi qui prévoyaient que l'échange entre organismes de sécurité sociale et administrations porte non seulement sur des renseignements mais aussi sur les données ou documents s'y rapportant.

Par votre décision n° 2016-742 DC du 22 décembre 2016, vous n'aviez pas davantage formulé de remarque sur la place au sein de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 de son article 106 qui avait modifié l'article L. 114-12 pour étendre à de nouvelles personnes le champ de cette procédure d'échange de renseignements nécessaire à la lutte contre la fraude sociale.

V. Sur l'article 62

L'article 62 de la loi déferée modifie l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale afin de prévoir qu'est soumis à l'avis préalable des commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat tout projet de texte réglementaire modifiant le plafond du montant de la participation forfaitaire ou modifiant le montant de la franchise annuelle de certains produits ou prestations. Il prévoit en outre que la signature, selon le cas, du décret en Conseil d'Etat ou du décret ne peut intervenir qu'après réception des avis de ces commissions ou, à défaut, à l'expiration d'un délai de sept jours.

En premier lieu, en vertu de l'article 21 de la Constitution et sous réserve de son article 13, le Premier ministre exerce le pouvoir réglementaire à l'échelon national. Ces dispositions n'autorisent pas le législateur à subordonner à l'avis conforme d'une autre autorité de l'État l'exercice, par le Premier ministre, de son pouvoir réglementaire (décision n° 2006-544 du 14 décembre 2006, cons. 37 ; décision n° 2015-715 DC du 5 août 2015, cons. 45 ; décision n° 2020-800 DC du 11 mai 2020, paragr. 77).

En l'espèce, les dispositions de l'article 62 ne subordonnent pas à l'avis conforme des commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat l'exercice par le Premier ministre de son pouvoir réglementaire.

En second lieu, aux termes de l'article 16 de la Déclaration de 1789 : « *Toute société dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée, ni la séparation des pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution* ». La Constitution attribue au Gouvernement, d'une part, et au Parlement, d'autre part, des compétences qui leur sont propres (décision n° 2000-435 DC du 7 décembre 2000, cons. 41).

Vous avez déjà eu l'occasion de juger, en relevant d'office ce grief, que l'injonction faite au Gouvernement de transmettre, pour avis, tout projet de nouveau cahier des charges des sociétés nationales de programme audiovisuelles aux commissions parlementaires compétentes est, dès lors que le cahier des charges est fixé par décret et constitue donc un acte réglementaire, contraire au principe de la séparation des pouvoirs, en ce que cette disposition de la loi fait intervenir une instance législative dans la mise en œuvre du pouvoir réglementaire (décision n° 2009-577 DC du 3 mars 2009, cons. 31).

Il appartiendra au Conseil constitutionnel de dire si, en subordonnant l'adoption des actes réglementaires prévus à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale à la saisine préalable pour avis des commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat et en interdisant au Premier ministre de prendre ces actes avant la réception de leurs avis ou, à défaut, avant l'expiration d'un délai de sept jours, les dispositions de l'article 62 de la loi déferée doivent être regardées comme faisant intervenir une instance législative dans la mise en œuvre du pouvoir réglementaire et comme méconnaissant, pour ce motif, le principe de la séparation des pouvoirs.

Pour ces raisons, le Gouvernement est d'avis qu'aucun des griefs articulés par les auteurs des recours n'est de nature à conduire à la censure des articles 2, 10, 16, 34, 63, 65, 69, 72 et 105 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. Aussi estime-t-il que le Conseil constitutionnel devra rejeter les recours dont il est saisi.