



**ÉVALUATIONS PRÉALABLES DES ARTICLES DU
PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011**

SOMMAIRE

Note explicative	4
------------------------	---

Dispositions relatives à l'année 2010

Article 3 – Ajustement du taux de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires pour la grippe H1N1.....	6
Article 6 – Modification des dotations 2010 de l'EPRUS et du FMESPP.....	10

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année 2011

a) Section 1 : Reprise de dette

Article 9 – Reprise de dette par la CADES	18
---	----

b) Section 2 : Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement

Article 10 – Renforcement des prélèvements portant sur les retraites « chapeau »	38
Article 11 - Augmentation du taux de prélèvement sur les stock-options	44
Article 12 - Annualisation du calcul des allègements généraux et affectation du rendement au FSV .	50
Article 13 – Hausse du forfait social	60
Article 14 – Recettes affectées au FSV dans le cadre de loi portant sur les retraites	66
Article 15 - Encadrement du montant de la rémunération auquel l'abattement pour frais professionnels de 3 % est applicable à la CSG	76
Article 16 - Assujettissement des rémunérations versées par des tiers	82
Article 17 – Intégration dans l'assiette sociale des non salariés agricoles des revenus tirés de la mise en location des terres et des biens	90
Article 18 - Relèvement progressif du plafond de l'ACS	98
Article 19 - Modification du taux K de la clause de sauvegarde	104
Article 20 – Minoration des abattements du chiffre d'affaires des médicaments orphelins pour calculer les contributions dues par les grossistes- répartiteurs et les laboratoires pharmaceutiques	110
Article 21 – Suppression de la compensation généralisée maladie.....	118
Article 22 - Création d'une cotisation maladie sur les pensions servies par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires	126

c) Section 4 : Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité

Article 30 - Etendre les possibilités de contrôle des URSSAF pour le compte d'organismes tiers volontaires (Pôle Emploi, Régimes spéciaux)	132
Article 31 - Instauration d'une phase transitoire pour la suppression de la déclaration commune de revenus (DCR).....	140
Article 32 - Instauration de nouvelles sanctions en matière de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).....	146

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 34 – Mise en œuvre du rapport « Briet » sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie	154
--	-----

Article 35 - Révision de la nomenclature	160
Article 36 - Mise en place d'un accord cadre par voie conventionnelle concernant les dispositifs médicaux	166
Article 37 – Mise sous entente préalable des SSR	172
Article 38 – Date de passage à la facturation individuelle dans les établissements ex-DG en fonction du calendrier de l'expérimentation	176
Article 39 – Transfert de la gestion des contentieux transfusionnels de l'EFS à l'ONIAM	182
Article 40 – Expérimentation des maisons de naissance	190
Article 41 - Optimisation du processus de convergence tarifaire	196
Article 42 - Distinction au sein de l'OQN et de l'ODAM des dépenses afférentes aux catégories d'activités soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie	200
Article 43 - Cumul des revenus d'une activité non salariée avec une pension d'invalidité servie par le régime général.....	206
Article 44 - Maintien des IJ maladie pendant les périodes de reconversion professionnelle.....	212
Article 45 - Dotation annuelle du FIQCS, du FMESPP, de l'ONIAM, de l'EPRUS et des ARS	222
Dispositions relatives aux dépenses des accidents du travail et des maladies professionnelles	
Article 49 – Prescription des actions en indemnisation devant le FIVA	240
Article 50 - Mise en place du dispositif des aides financières simplifiées en agriculture	250
Article 51 - Versement annuel de la branche AT-MP du régime général à l'assurance maladie du même régime	256
Article 52 - Dotations annuelles du FCAATA et du FIVA	260
Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille	
Article 54 – Suppression de la possibilité d'une rétroactivité de 3 mois de l'effet des aides personnelles au logement.....	268
Article 55 - Modification de la date d'ouverture du droit à l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant.....	272
Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires	
Article 57 - Transfert au FSV du financement du minimum contributif versé par le régime général, la CCMSA et le RSI	278
Dispositions relatives à la gestion du risque, à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement	
Article 59 - Fonds de performance de la sécurité sociale	286
Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude	
Article 60 - Sanction des activités rémunérées pendant les arrêts de travail en maladie.....	292
Annexe	
Avis des différents conseils consultés	298

NOTE EXPLICATIVE

Cette annexe présente les évaluations préalables des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale, en application du III (10°) de l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale.

Ces évaluations résultent d'une obligation prévue par la loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009 relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution. Cette réforme a inscrit dans le code de la sécurité sociale la règle de l'évaluation préalable de chaque disposition ne relevant pas du domaine exclusif des lois de financement de la sécurité sociale. L'exercice d'évaluation préalable a cependant été étendu à certains articles qui appartiennent à ce domaine afin d'assurer la meilleure information possible du Parlement.

Pour chaque article soumis à une évaluation préalable sont ainsi présentés :

- le diagnostic des difficultés à résoudre et les objectifs de la réforme envisagée, en mettant en lumière les limites du dispositif existant ;
- les différentes options envisageables, leurs avantages et inconvénients respectifs, afin de mettre en évidence les raisons ayant présidé au choix de la mesure proposée ;
- les consultations menées avant la saisine du Conseil d'Etat, qu'elles aient un caractère obligatoire ou facultatif ;
- les aspects juridiques : articulation avec le droit européen en vigueur, introduction de la mesure dans l'ordre interne, dont son application dans les collectivités d'outre mer ;
- l'impact de la disposition envisagée, en distinguant, d'une part, les incidences (économiques, financières, sociales et environnementales) pour les différentes catégories de personnes physiques et morales intéressées et, d'autre part, les conséquences pour les administrations publiques concernées, notamment les caisses de sécurité sociale ;
- la mise en œuvre de la disposition, en indiquant la liste prévisionnelle des textes d'application requis, les autres moyens éventuellement nécessaires à la mise en place du dispositif, ainsi que ses modalités de suivi.

Ces différents items ont été renseignés avec pour but d'éclairer au mieux l'article auquel elles se rapportent. Chaque évaluation préalable suit ainsi un principe de proportionnalité, en mettant l'accent sur les incidences les plus significatives, variables d'une disposition à l'autre.

ARTICLE 3

AJUSTEMENT DU TAUX DE LA CONTRIBUTION EXCEPTIONNELLE AU FINANCEMENT DE LA MOBILISATION CONTRE LA PANDÉMIE GRIPPALE

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Afin d'assurer la participation des organismes complémentaires santé au financement de la mobilisation contre le risque de pandémie grippale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a institué une contribution exceptionnelle à la charge de ces organismes. Son assiette est la même que celle de la contribution affectée au financement de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc). Son taux a été fixé par la loi de finances rectificative pour 2009 à 0,77 %, taux déterminé de façon à ce que la participation des organismes complémentaires corresponde à l'équivalent d'un ticket modérateur de 35 % appliqué au coût des vaccins¹.

Les dépenses liées à la campagne de vaccination et supportées par les régimes d'assurance maladie ont finalement été inférieures d'environ 56 % par rapport à ce qui avait été anticipé en fin d'année dernière.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Le maintien du taux initial de la contribution n'aurait pas été cohérent avec l'objectif de neutralité du dispositif initial puisque celui-ci avait vocation à rétablir le financement qui aurait été assuré par les organismes complémentaires si la campagne de vaccination contre le virus de la grippe A(H1N1) avait été effectuée sans passer par l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

Il est donc proposé d'ajuster le taux de la contribution exceptionnelle proportionnellement à la dépense réellement effectuée et donc de réduire le taux de 56 % en le faisant passer de 0,77 % à 0,34 %.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure a un impact sur les recettes (diminuées de 140 millions d'euros) des régimes de base d'assurance maladie qui sont affectataires de la contribution exceptionnelle. Mesure rectificative pour l'année en cours, elle trouve sa place dans la loi de financement au titre du A du V de l'article LO 111-3 du code de sécurité sociale (CSS).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

¹ Il s'agit du ticket modérateur qui est pris en charge par la couverture complémentaire s'agissant du remboursement des dépenses de santé classiques.

La mesure relève de la seule compétence des Etats-membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit communautaire et la jurisprudence de la CEDH.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Non, cette disposition n'étant pas pérenne.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La contribution s'applique aux contrats souscrits par les personnes résidant dans les quatre départements d'outre-mer, ainsi que dans les collectivités de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014
Régimes de base d'assurance maladie	-140				

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Cette mesure diminue les charges des organismes complémentaires au titre de 2010.

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Aucun

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Le recouvrement de la contribution est effectué sur une base trimestrielle. Après le paiement de la contribution due au titre des 2 premiers trimestres, les organismes complémentaires ont la plupart du temps acquitté un montant proche de celui qu'elles devront finalement acquitter au titre de l'année, compte tenu du nouveau taux fixé. Il a donc été décidé de reporter l'échéance du 3^e trimestre (payable en octobre) ; le paiement de la contribution sera régularisé pour l'ensemble de l'année lors de la dernière échéance (payable en janvier 2011).

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Cf. réponse précédente.

d) impact budgétaire

Non

e) impact sur l'emploi :

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Il s'agit d'une simple modification de taux ; aucun texte d'application n'est requis.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Les URSSAF ont d'ores et déjà décalé le recouvrement de l'échéance du 3^e trimestre, de façon à limiter le nombre et le montant des opérations de régularisation. Elles procéderont à la préparation de la régularisation avant le mois de janvier 2011, date où elle intervient.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Des courriers ont été adressés aux 700 cotisants pour les informer du décalage du recouvrement de la contribution exceptionnelle due au titre du 3^e trimestre et de la manière dont sera régularisé le montant de la contribution compte tenu des paiements qu'ils ont déjà effectués

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 10 de la loi n°2010-1646 de financement de la sécurité sociale pour 2010 (actuel)	Article 10 de la loi n°2010-1646 de financement de la sécurité sociale pour 2010 (modifié)
<p>Il est institué, au titre de l'année 2010, une contribution exceptionnelle à la charge des organismes mentionnés au premier alinéa du I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur participation à la mobilisation nationale contre la pandémie grippale.</p> <p>Cette contribution est assise sur les sommes assujetties au titre de l'année 2010 à la contribution mentionnée au I du même article L. 862-4. Elle est recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que cette dernière. Son taux est fixé à 0,77 %.</p> <p>Le produit de cette contribution est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés qui le répartit entre les régimes obligatoires de base d'assurance maladie suivant les règles définies à l'article L. 174-2 du même code.</p>	<p>Il est institué, au titre de l'année 2010, une contribution exceptionnelle à la charge des organismes mentionnés au premier alinéa du I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur participation à la mobilisation nationale contre la pandémie grippale.</p> <p>Cette contribution est assise sur les sommes assujetties au titre de l'année 2010 à la contribution mentionnée au I du même article L. 862-4. Elle est recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que cette dernière. Son taux est fixé à 0,34 %.</p> <p>Le produit de cette contribution est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés qui le répartit entre les régimes obligatoires de base d'assurance maladie suivant les règles définies à l'article L. 174-2 du même code.</p>

ARTICLE 6

A : RECTIFICATION DE LA DOTATION 2010 À L'EPRUS ET RESTITUTION AU TITRE DES EXERCICES PRÉCÉDENTS

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'article L. 3135-4 du code de la santé publique prévoit que la contribution des régimes de base d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et d'urgence sanitaire (EPRUS) ne peut excéder 50 % des dépenses effectuées relatives aux produits de santé nécessaires pour protéger la population contre une menace sanitaire grave. Il est prévu que ce plafond s'apprécie sur des périodes de 3 années consécutives.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a porté à 338 300 000 € la dotation 2009 des régimes d'assurance maladie pour faire face aux besoins alors estimés en matière de protection contre le virus de grippe A (H1N1).

Compte tenu de l'ampleur moins importante que prévu de la pandémie et de l'exécution des achats de vaccins grippaux qui est principalement intervenue lors des premiers mois de 2010 au lieu des derniers mois de 2009, les besoins de financement de l'EPRUS au titre de 2009 ont finalement été nettement inférieurs à ce que prévoyait la programmation du dernier trimestre de l'année 2009. En conséquence, la règle d'un financement à parts égales entre l'État et l'assurance maladie sur la période 2007-2009 n'a pu être respectée comme le prévoyait la loi.

En effet, les dépenses auxquelles les régimes d'assurance maladie et l'État doivent contribuer à parts égales se sont élevées à 473 339 018 € sur les exercices 2007 à 2009, ce qui plafonne leur contribution respective à 236 669 509 €. Or les dotations des régimes d'assurance maladie prévues sur la même période ont atteint 568 300 000 € au total. Le plafond mentionné à l'article L. 3135-4 du code de la santé publique a donc été dépassé de 331 630 491 €.

La loi doit donc prévoir une régularisation, et adapter le montant de la dotation 2010 à l'établissement public. En effet, cette restitution n'avait pas été intégrée à la programmation budgétaire de l'établissement, qui repose sur des reports de crédits.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Une seule option est ouverte dès lors qu'il s'agit de respecter la volonté explicite du législateur de faire respecter la règle de partage des charges entre les régimes d'assurance maladie et le budget de l'État. La mesure proposée prévoit donc une restitution à hauteur de 331 630 491 € calculée sur les dotations accordées entre 2007 à 2009. La restitution interviendra avant le 31 décembre 2010, et sera centralisée par la CNAMTS. Cette dernière assurera la répartition entre les différents régimes d'assurance maladie, sur la base d'un arrêté ministériel.

Au total, sur la nouvelle période de 3 ans mentionnée par l'article L. 3135-4 du code de la santé publique, à savoir 2010-2012, les dépenses de produits de santé cofinancés devraient s'élever à 401,2 M€ dont 270 M€ pour l'année 2010. Cette année est en effet caractérisée par un niveau de dépenses important compte tenu de l'exécution plus tardive que prévue des achats de vaccins grippaux.

Sur la période triennale, la contribution maximale des régimes d'assurance maladie s'élèverait à 200,6 M€. Compte tenu des besoins de financement de 2010, il est proposé de répartir cette contribution sur les trois années de la façon suivante : 170 M€ dès 2010, puis 20 M€ en 2011 et 10,6 M€ en 2012. Pour 2010, la dotation, initialement prévue à 44 M€ sera donc majorée de 126 M€.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure, qui a un effet sur les dépenses de l'assurance maladie pour l'année en cours trouve sa place en loi de financement au titre des dispositions du A du V de l'article LO 111-3 du CSS.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence nationale.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

- a) Possibilité de codification

Non, cette disposition n'étant pas pérenne.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

- c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Sans objet.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	SO
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	SO
-Saint-Pierre et Miquelon	SO
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	SO
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	SO

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014
Régimes de base d'assurance maladie	+331-126 = 205 M€				

P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Sans objet. Il s'agit d'une mesure de transfert financier.

b) impacts sociaux

Sans objet. Il s'agit d'une mesure de transfert financier.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet. Il s'agit d'une mesure de transfert financier.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet. Il s'agit d'une mesure de transfert financier.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Sans objet. Il s'agit d'une mesure de transfert financier.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Sans objet. Il s'agit d'une mesure de transfert financier.

d) impact budgétaire

La mesure n'a pas d'impact budgétaire.

e) impact sur l'emploi :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Un arrêté devra être pris pour répartir entre les régimes d'assurance maladie la restitution effectuée par l'EPRUS.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Sans objet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

Non.

ARTICLE 6

B : RECTIFICATION DE LA DOTATION AU FMESPP POUR 2010

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) a été créé par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et les modalités de sa gestion, assurée par la Caisse des dépôts et consignations, ont été définies par le décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001.

À son origine, l'action du FMESPP était axée sur des mesures d'accompagnement social favorisant notamment la mobilité et l'adaptation des personnels dans une perspective de modernisation des établissements de santé.

Les missions du fonds ont ensuite été progressivement élargies afin de permettre un appui plus global à la restructuration et à l'efficacité de l'offre de soins. Désormais, le fonds participe au financement des dépenses de fonctionnement et d'investissement des établissements dans le cadre d'opérations de modernisation et de recomposition.

En outre, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, le fonds reverse aux établissements de santé les sommes dues au titre des dépenses évitées par l'application des accords de bonne pratique et depuis 2009, le fonds finance l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) pour la réalisation de missions de conception des modalités de financement des activités de soins des établissements de santé.

Suite à la mise en œuvre de l'article 61 de la LFSS pour 2010, les crédits du FMESPP font l'objet d'une double procédure de déchéance :

- annuelle pour les crédits non délégués par les ARS aux établissements, délai de prescription qui court à compter de la date de publication de la circulaire de délégation
- triennale pour les crédits délégués par les ARS mais dont le paiement n'a pas été demandé par les établissements à la Caisse des dépôts et consignations, délai de prescription qui court à compter du 1^{er} jour de l'année suivant celle de l'engagement de l'ARS

Par ailleurs, l'article 61 prévoit que les crédits déçus le sont au profit du Fonds.

Dans le cadre des mesures arrêtées pour prévenir un dépassement de l'ONDAM en 2010, il a été décidé que la dotation du Fonds pour 2010 des régimes d'assurance maladie devait être réduite à due proportion des crédits déçus, soit 105 M€.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Il convient d'abaisser de façon rectificative le montant de la dotation des régimes d'assurance maladie au Fonds pour 2010, à hauteur des crédits déçus.

S'agissant de la première année d'application de cette mesure et la déchéance s'appliquant de façon rétroactive, le montant de 105 M€ concerne des crédits déçus au titre des années 2001 à 2005.

Cette mesure fait partie des économies correctrices décidées lors du comité de suivi de l'ONDAM d'avril 2010 : elle permet donc de venir compenser le risque de dépassement de l'ONDAM 2010 identifié par le comité d'alerte.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

L'article 40 de la LFSS pour 2001 renvoie à une disposition annuelle en LFSS le soin de fixer la dotation FMESPP pour l'année suivante.

Le montant de la dotation en 2010 de l'assurance maladie au Fonds figure donc en LFSS pour 2010 (article 60).

La mesure, qui a un effet sur les dépenses de l'assurance maladie pour l'année en cours trouve sa place en loi de financement au titre des dispositions du A du V de l'article LO 111-3 du CSS.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence nationale.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit et la jurisprudence communautaires.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Non, il s'agit d'une mesure prise annuellement, le montant de la dotation FMESPP étant évalué selon une évaluation des besoins budgétaires du Fonds pour l'année suivante.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Le FMESPP intervient dans les quatre départements d'outre-mer ainsi qu'à Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Il ne concerne pas Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte ainsi que les autres collectivités d'Outre-mer.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011	2012	2013	2014
Régimes d'assurance maladie	+105				

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques :

Néant

b) impacts sociaux

Néant

c) impacts sur l'environnement :

Néant

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques:

Néant

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale :

Néant

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Néant

d) impact budgétaire :

Néant

e) impact sur l'emploi : effectifs ETP à mobiliser, formation à assurer, compatibilité avec les moyens fixés par la COG (nouvelle allocation des moyens ou recrutement – temporaires ou permanents – nécessaires..) :

Néant

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Aucun texte d'application n'est à prévoir

2. Existence de mesures transitoires ?

Aucune mesure transitoire n'est à prévoir

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants:

Néant

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants:

Néant

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Le FMESPP fait l'objet d'un suivi budgétaire et comptable par la DGOS et la CDC.

Par ailleurs, la commission de surveillance, prévue par la LFSS de 2001 (article 40), a été réactivée et assurera un suivi spécifique des engagements et décaissements liés au FMESPP, à l'évaluation des crédits déçus et à la bonne gestion des crédits du Fonds.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p>Article 60 de la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 (actuel)</p> <p>II. — Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 264 millions d'euros pour l'année 2010.</p> <p>(...)</p> <p>IV. — Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 44 millions d'euros pour l'année 2010.</p>	<p>Article 60 de la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 (modifié)</p> <p>II. — Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 159 millions d'euros pour l'année 2010.</p> <p>(...)</p> <p>IV. — Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 170 millions d'euros pour l'année 2010.</p>
--	--

ARTICLE 9 REPRISE DE DETTES PAR LA CADES

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Depuis la dernière reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), intervenue en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, des déficits cumulés au 31 décembre 2008 de la CNAM, de la CNAV et du FSV, les besoins de financement de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) se sont accrus à un rythme très rapide, sous l'effet, en particulier, de la crise économique et financière.

Le déficit comptable cumulé du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour les exercices 2009 et 2010 devrait atteindre 50,9 Md€. Sans mesure correctrice visant à soulager la trésorerie de l'ACOSS, ses besoins de financement pourraient s'élever à près de 80 Md€ en 2011, en raison notamment de déficits prévisionnels évalués à 11,3 Md€ pour l'assurance maladie, à 3,0 Md€ pour la branche famille, à 6,9 Md€ pour la branche vieillesse et à 3,8 Md€ pour le FSV.

Cette situation pose des difficultés : la mission de l'ACOSS n'est pas de porter, ni, *a fortiori*, d'amortir une dette accumulée sur moyen ou long terme, mais bien d'assurer, avec des instruments de financement de court terme, la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime général ainsi que celle du FSV.

Aussi, et conformément aux engagements qu'il avait pris, le Gouvernement a veillé en 2010 à diversifier les modes de financement de l'ACOSS afin de lui permettre de gérer de tels besoins de trésorerie. Un schéma exceptionnel de recours aux marchés a été élaboré avec l'assistance de l'Agence France Trésor, de façon à permettre le financement du régime général dans des conditions financières favorables.

L'objectif du Gouvernement n'en demeure pas moins de **préserver l'ACOSS dans sa mission de gestion des besoins de financement non permanents**. C'est pourquoi, il s'est également engagé, à l'occasion des débats sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2010, à apporter une solution pérenne à la question de la dette sociale. Sous la présidence du ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, une Commission de la dette sociale, composée de quatorze parlementaires de la majorité et de l'opposition, s'est ainsi réunie au printemps dernier, en amont de la préparation du PLFSS pour 2011, pour étudier les différentes options relatives au traitement de la dette sociale.

A l'issue de ces débats, le Gouvernement a fait le choix de retenir un schéma équilibré de reprise de dette par la CADES, soucieux d'apporter une réponse durable au problème de la dette sociale, sans pour autant risquer de fragiliser la croissance économique par une hausse généralisée et trop brutale des prélèvements fiscaux et sociaux.

Dans cette perspective, **un projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale** a été présenté en conseil des ministres le 13 juillet dernier. Afin de tenir compte du caractère exceptionnel de la crise économique, le Gouvernement a effectivement souhaité apporter une dérogation, elle aussi exceptionnelle, à la règle posée par l'article 4 bis de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, laquelle dispose que « *tout nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale* ». Ainsi, par dérogation à ce principe général, le projet de loi organique dispose que la LFSS pour 2011 pourra prévoir des transferts de dette conduisant à un allongement de la durée de vie de la CADES, dans la limite de quatre années.

C'est dans le respect de ce cadre organique rénové que le PLFSS pour 2011 organise le transfert d'un total de 130 Md€ de dettes à la CADES. Cette opération apure le stock de dettes du régime général et du fonds de solidarité vieillesse au titre des années 2009 et 2010. Elle prépare également l'avenir en traitant dès aujourd'hui les déficits futurs, notamment le déficit prévisionnel de l'assurance maladie et de la branche famille en 2011 et ceux de la branche vieillesse sur la période 2011-2018,

dans l'attente que la réforme des retraites produise pleinement ses effets et permette le retour à l'équilibre du système par répartition.

En intégrant dans son modèle de simulation « ALM » l'ensemble des paramètres du schéma de reprise choisi par le Gouvernement, la CADES a établi que l'allongement de la durée d'amortissement de la dette sociale serait bien limité à un maximum de quatre années, conformément à la contrainte organique nouvelle qui s'apprécie, comme pour le principe général, à la date du transfert de dette et au regard du plan de financement pluriannuel prévu par la loi de financement.

La présentation ci-dessous de ce schéma porte sur trois segments :

- la reprise des déficits dits « de crise » du régime général et du FSV au titre des exercices 2009 et 2010 ;
- la reprise des déficits structurels cumulés du régime général et du FSV, ainsi que celle du déficit prévisionnel de la branche assurance maladie et la branche famille pour l'année 2011 ;
- la reprise des déficits de la branche vieillesse pour la période 2011-2018.

Cette présentation, qui associe des modalités de financement à chacun de ces segments, a avant tout une vertu pédagogique, ainsi d'ailleurs que l'a rappelé la Commission des finances du Sénat, saisie pour avis du projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale. En effet, tant en gestion que pour l'appréciation du respect de la contrainte organique, la CADES retient une approche globale des reprises de dettes.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Le schéma de reprise de dette retenu par le Gouvernement utilise la possibilité ouverte par le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale d'allonger de quatre années la durée de vie de la CADES. Selon le scénario médian établi par la Caisse à partir des modalités prévues pour le transfert d'un total de 130 Md€ de dette, sa date d'extinction passerait de 2021 à 2025.

Deux alternatives se présentaient au Gouvernement dans l'hypothèse d'un allongement plus limité de l'horizon d'amortissement de la dette sociale :

- soit prévoir des financements encore plus importants que ceux déjà mobilisés. Ainsi, pour reprendre les 80 Md€ de dette accumulée au titre des années 2009 à 2011, à règle organique inchangée, c'est à plus de 8 Md€ de prélèvements supplémentaires qu'il aurait fallu procéder. Dans un contexte de sortie de crise, cette option a été écartée pour ne pas faire peser un risque trop important sur la reprise économique ;
- soit limiter le volume de dettes transféré à la CADES. Cette option a elle-aussi été exclue. Il est effectivement essentiel, ainsi que l'ont rappelé les Parlementaires dans le cadre des débats au sein de la Commission de la dette sociale, de traiter dès aujourd'hui la dette passée mais aussi de conforter l'avenir en apportant une solution aux flux de déficits prévisionnels. Par ailleurs, le report des reprises de dettes conduirait à en renchérir le coût de financement, le « tarif » de ces reprises augmentant au fur et à mesure que l'horizon résiduel d'amortissement de la dette sociale se réduit.

Le schéma proposé par le Gouvernement concilie ces différentes exigences, tout en assurant que la CADES finisse ses activités, dans son scénario médian, au plus tard en 2025. En application du dernier alinéa de l'article 4bis modifié, la contrainte organique sera effectivement respectée si la trajectoire médiane qui ressort globalement des simulations réalisées avec les nouvelles données du schéma de reprise de dette prévoit un amortissement total en 2025 ou avant.

2.1.1. Reprise des dettes du régime général et du FSV au titre des exercices 2009 et 2010, ainsi que du déficit prévisionnel de l'assurance-maladie et de la branche famille pour l'année 2011

Les déficits comptables cumulés du régime général et du FSV pour les années 2009 et 2010, ainsi que les déficits prévisionnels de l'assurance maladie et de la famille pour l'année 2011 s'élèvent à près de 68 Md€.

2.1.1. Ressources supplémentaires pour la CADES à hauteur de 3,6 Md€ pour 2011.

Sur ce montant total de 68 Md€, les travaux préparatoires à la Commission de la dette sociale ont évalué à 34 Md€ la somme des déficits structurels des exercices 2009-2010 (à savoir les déficits qui auraient été observés même en l'absence de crise économique et financière) et des déficits prévisionnels des branches assurance maladie et famille du régime général pour l'année 2011. Le

schéma ne prévoit pas de reprise du déficit prévisionnel 2011 pour la branche AT-MP, le retour à l'équilibre de cette dernière étant prévu par la LFSS pour 2011.

Avant dérogation au principe général posé par l'article 4 bis de non allongement de la durée d'amortissement de la dette sociale, la CADES chiffrait à 0,26 point de CRDS les ressources nouvelles nécessaires pour reprendre 34 Md€ au 1^{er} janvier 2011. Le Gouvernement a retenu ce montant, déterminé dans le cadre organique antérieur, pour établir les conditions de financement de la reprise des déficits structurels.

Ce « tarif » est exprimé en équivalent CRDS mais n'impose pas de recourir à la hausse de ce prélèvement. Le Gouvernement fait dès lors le choix d'inscrire la reprise de dette dans le cadre plus général de sa stratégie fiscale en prévoyant en 2011 un **effort de 3,55 Md€ par la réduction de niches**. Cet effort est en 2011 légèrement supérieur à la cible exprimée en points de CRDS, car 0,26 point équivaldraient en 2011 à 3,2 Md€.

Par souci de cohérence avec la politique fiscale, les trois mesures couvrant ce besoin de financement sont présentées dans le projet de loi de finances pour 2011 :

- taux réduit (3,5 %) sur la taxe sur les conventions d'assurance (TCA) en faveur de certains contrats d'assurance maladie complémentaire actuellement exonérés, pour un rendement de 1,1 Md€ pour 2011 ;
- « exit tax » sur la réserve de capitalisation des sociétés d'assurance, pour un rendement cumulé de 1,7 Md€ sur les seules années 2011 et 2012 ;
- taxation aux prélèvements sociaux « au fil de l'eau » des compartiments euros des contrats d'assurance-vie, pour un rendement de 1,6 Md€ en 2011, et décroissant ensuite progressivement.

Compte tenu du caractère décroissant du rendement de l'exit tax (cette mesure ne produira des effets que sur les années 2011 et 2012) et de la mesure assurance vie, le Gouvernement s'est engagé à couvrir le « tarif » initial de la reprise de dette par des mesures complémentaires qui passeront, dans la même logique que celle qui a été décidée ici, par la réduction de niches fiscales ou sociales.

En tout état de cause, afin de garantir le respect de la règle organique, **le plan de financement de la Caisse est complété d'une clause, qui joue dès 2011, par laquelle le Gouvernement s'engage à ce que la CADES bénéficie en toute hypothèse de l'équivalent de 0,26 point de CRDS jusqu'à son extinction**. Cette clause s'inscrit pleinement dans le sens de l'amendement apporté par la Commission des affaires sociales du Sénat au projet de loi organique initial. Le texte adopté par le Sénat prévoit en effet que la LFSS de chaque année veille au respect du plan de financement initial de la reprise de dette. Le PLFSS pour 2011 donne une traduction opérationnelle à cette disposition et lève ainsi tout doute sur la pérennité des ressources de la CADES, laquelle est un élément structurant de l'appréciation de ses activités, tant sur le plan juridique, que sur le plan pratique de la communication en direction des marchés financiers.

2.1.2. L'allongement de la durée d'amortissement complète ce dispositif en recettes.

En intégrant des ressources supplémentaires à hauteur de 0,26 point de CRDS, les simulations du modèle ALM de la CADES font état de la possibilité de reprendre 68 Md€, tout en respectant le scénario médian « cible » consistant à ne pas reporter la date de fin de vie de la Caisse après 2025.

Comme annoncé dans le cadre des débats de la Commission de la dette sociale, l'allongement de quatre années permet ainsi de reprendre les déficits exceptionnels, dits « de crise », à savoir les 34 Md€ de déficits cumulés du régime général et du FSV directement imputables à la crise économique et financière.

2.1.2. Reprise, dans la limite de 62 Md€, des déficits de la branche vieillesse pendant la phase de montée en charge des mesures du projet de loi portant réforme des retraites

Dans le cadre de la réforme des retraites, le Gouvernement souhaite apporter une réponse complète à la question de l'avenir des régimes de la branche vieillesse : pendant la phase de montée en charge des mesures de redressement, il organise ainsi le transfert à la CADES des déficits du régime général et du FSV qui seront observés d'ici 2018, soit 62 Md€.

Ainsi que l'a rappelé le Gouvernement lors de la présentation de son projet de réforme, il est pleinement justifié de mobiliser dès à présent le Fonds de réserve pour les retraites pour lisser les effets du choc démographique, compte tenu d'une dégradation plus rapide que prévue par le comité

d'orientation des retraites (COR) en 2007 des comptes de la branche vieillesse. De ce point de vue, le fonds de réserve pour les retraites (FRR) sera bien utilisé pour conforter l'avenir des régimes vieillesse, comme prévu initialement dans ses missions.

Le PLFSS pour 2011 prévoit la mobilisation du Fonds à travers deux leviers :

- le transfert immédiat (dès 2011) à la CADES de la part du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital (65 %) qui était jusque là attribuée au FRR. Son rendement sera de 1,5 Md€ pour 2011 et progressera chaque année à un rythme comparable à celui de la CRDS. A noter que, en cohérence avec la réforme, le présent article prévoit également d'attribuer au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) les ressources résiduelles du FRR ;

- la mobilisation de ses actifs dont la valeur de marché s'élève aujourd'hui à un peu plus de 30 Md€, hors soulté des industries électriques et gazières gérée par le FRR pour le compte de la CNAV.

La reprise des 62 Md€ sera étalée sur la période de montée en charge de la réforme des retraites, les reprises de dettes se faisant par tranche maximale de 10 Md€ chaque année. Dans ce contexte, la CADES a confirmé que l'apport des actifs du Fonds, en plus des autres ressources précédemment citées, permettront bien d'amortir un total de 130 Md€, soit 62 Md€ après déduction des montants mentionnés au 2.1.

Un travail étroit a été mené entre les services de l'administration et les équipes du FRR et de la CADES pour déterminer les modalités les plus appropriées pour la reprise des déficits vieillesse dans le respect du nouveau cadre organique. Les parties se sont accordées sur la fixation, dans le PLFSS pour 2011, d'une chronique de versements de flux financiers de 2,1 Md€ par an par le FRR à la CADES, soit 29,4 Md€ au total.

L'option retenue pour la mobilisation des actifs du Fonds présente divers avantages.

Le FRR gèrera globalement son actif afin de garantir totalement ces 14 versements - qui ont été fixés sur la base d'hypothèses très prudentes, tout en continuant à rechercher la meilleure performance globale pour ses placements.

Ceci le conduira à faire évoluer l'allocation stratégique de ses actifs, afin de placer une plus grande part de son portefeuille sur des actifs non risqués, même si ses actifs de performance resteront significatifs.

Les missions du conseil de surveillance et du directoire du Fonds sont par ailleurs précisées afin que la stratégie de placement du Fonds soit bien déterminée de façon à respecter prioritairement les obligations de versements à la CADES.

Conformément à la mission confiée au FRR de contribuer à la pérennité du système de retraite par répartition, les plus-values réalisées dans le cadre de sa gestion demeureront mises en réserve et pourront venir, à terme, participer au financement des régimes.

Au total, le schéma retenu par le Gouvernement donne une entière visibilité à la CADES et au FRR, ce qui constitue un élément essentiel de la réussite de leurs missions. Par ailleurs, ces deux entités conservent des champs de compétence distincts, ce qui participe de l'efficacité de la poursuite de leurs activités ainsi que d'une communication lisible auprès des marchés financiers.

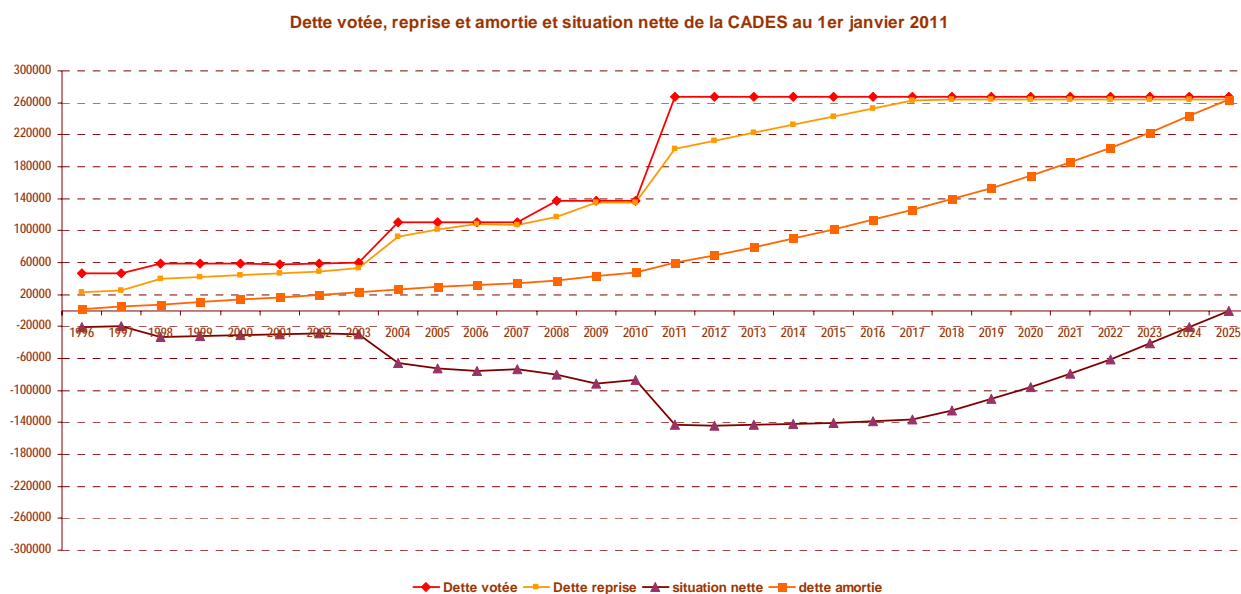
* * *

Le I du présent article tire les conséquences de ce schéma pour la CADES en modifiant l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale :

- l'article 4, qui dresse la liste de ses missions, est enrichi d'un II quater et d'un II quinquies confiant à la Caisse l'amortissement des dettes du régime général et du FSV au titre des exercices 2009-2010, du déficit prévisionnel de la CNAM et de la CNAF pour 2011 ainsi que des dettes vieillesse pour la période 2011-2018.

- l'article 6 de l'ordonnance, qui répertorie les ressources de la CADES, est complété, d'une part, par les versements du FRR et la ressource de ce dernier, et, d'autre part, par référence à la LF pour 2011, par les recettes prévues pour financer l'apport de 3,6 Md€ en 2011 ainsi que par « toute autre ressource prévue par la loi », ce qui permettra au Gouvernement de décider ultérieurement des recettes à affecter à la Caisse pour lui assurer, ainsi que le prévoit la clause de « garantie », l'équivalent annuel de 0,26 point de CRDS.

La CADES a intégré l'ensemble de ces éléments dans son modèle de prévision « ALM » (notamment toutes ses nouvelles ressources ainsi que la chronique des reprises de dette envisagées) : la trajectoire médiane qui ressort de cette simulation d'une reprise de 130 Md€ de dette sociale respecte la contrainte organique en ce qu'elle prévoit l'extinction des missions de la Caisse à l'horizon 2025.



Source : Caisse d'amortissement de la dette sociale (scénario central)

Quoi qu'il en soit, la maîtrise de la durée d'amortissement de la dette sociale compte bien parmi les objectifs poursuivis. Ainsi, le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale prévoit, à l'initiative de la Commission des affaires sociales du Sénat, une « clause de retour à meilleure fortune » précisant que si les conditions économiques s'améliorent de façon significative, des mesures seront prises pour anticiper la fin de vie de la CADES.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Ces dispositions sont relatives au transfert, à l'amortissement et aux conditions de financement de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base ainsi que relatives à la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base et à l'utilisation de ces réserves (5° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale). Elles touchent également aux recettes des organismes (2° du B du V du même article).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Le présent article codifie les dispositions relatives au FRR (article L. 135-6 et suivants du code de la sécurité sociale), celles relatives aux ressources du FSV (article L. 135-3) ainsi que celles modifiant l'affectation du produit du prélèvement de 2 % sur le capital.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

L'article toilette certaines dispositions obsolètes relatives aux ressources de la CADES et du FRR.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Sans objet.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	SO
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	SO
-Saint-Pierre et Miquelon	SO
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	SO
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	SO

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Les transferts de dettes à la CADES, présents comme futurs, permettront de réduire de façon significative les frais financiers supportés par l'ACOSS et imputés sur les comptes des branches du régime général.

Le schéma de reprise de dette a également un impact sur les ressources du FRR et du FSV. En particulier, la part égale à 65 % du produit du prélèvement de 2 % affectée au FRR (1,5 Md€) le sera à la CADES à partir de 2011.

Les petites recettes, dont les redevances versées par les titulaires des licences UMTS, actuellement affectées au FRR le seront au FSV à compter de 2011 (environ 80 M€).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P*	2012	2013	2014
- CNAMTS		+ 390	+ 670	+ 940	+ 1 210
- AT-MP		+ 15	+ 25	+ 35	+ 45
- CNAF		+ 85	+ 150	+ 210	+ 270
- CNAV		+ 265	+ 680	+ 1 260	+ 2 020
FSV		+ 80	+ 83	+ 85	+ 87
FRR		- 1 500	- 1 550	- 1 590	- 1 640
CADES		+ 1 500 (2 % capital) + 2 100 (versements FRR) + 3 550 (mesures inscrites en PLF pour 2011)	+ 1 550 (2 % capital) + 2 100 (versements FRR) + 3 380 M€ (mesures inscrites en PLF pour 2011)	+ 1 590 (2 % capital) + 2 100 (versements FRR) + 3 400 (clause de garantie)	+ 1 640 (2 % capital) + 2 100 (versements FRR) + 3 500 (clause de garantie)

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Le schéma du Gouvernement va permettre de soulager durablement la trésorerie de l'ACOSS : en revenant à des niveaux plus conformes à sa mission fondamentale, la gestion de la trésorerie aura un impact réduit sur la croissance.

En outre, l'amortissement de la dette sociale permettra d'envoyer un signal positif aux investisseurs et à l'opinion publique sur la maîtrise des finances publiques, ce qui pourrait accroître leur confiance et ainsi soutenir l'activité économique.

En revanche, cela signifie que le contrecoup expansionniste de la fin de la CADES (qui « libérerait » des ressources, sous la forme de baisses de prélèvements obligatoires) est retardé de 4 années.

L'impact des mesures retenues dans le projet de loi de finances pour assurer le financement, à hauteur de 3,55 Md€, des transferts des déficits à la CADES sera détaillé dans les fiches associées à ce projet.

b) impacts sociaux

L'impact du schéma de reprise de dette est détaillé et quantifié dans les fiches d'impact des mesures du projet de loi de finances (PLF) retenues afin de financer, à hauteur de 3,6 Md€ en 2011, les transferts à la CADES.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Les conséquences micro-économiques du schéma retenu sont détaillées dans les fiches d'impact des mesures sélectionnées pour le financement de la reprise de dette dans le projet de loi de finances (PLF).

Il convient de noter que le schéma, qui a pour effet d'allonger de quatre années la durée de vie de la CADES, s'accompagne par conséquent d'un allongement prévisionnel de quatre années également des prélèvements aujourd'hui affectés à la Caisse. Ainsi, les personnes physiques seront redevables de la CRDS sur une période plus longue.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

La LFSS pour 2011 utilise la dérogation ouverte à titre exceptionnel par le projet de loi organique adopté le 13 juillet dernier en conseil des ministres pour allonger la durée d'amortissement de la dette sociale. Ainsi, la date prévisionnelle d'extinction de la CADES est portée, selon le scénario médian de cette dernière, de 2021 à 2025. Par ailleurs, la reprise de dettes a pour conséquence évidente d'élargir les missions de la CADES : l'objectif d'amortissement de la Caisse sera porté de 5,1 Md€ à 11,7 Md€.

Aussi, la LFSS pour 2011 prévoit le versement chaque année, en provenance du FRR, de 2,1 Md€ à la CADES. Pour remplir ses nouvelles obligations légales et sécuriser sa capacité à honorer ses engagements, il conviendra, ainsi que le rappelle le texte, que le FRR adapte sa politique de placement et modifie l'allocation stratégique de ses actifs.

Enfin, les transferts de 130 Md€ à la CADES soulageront de façon massive et durable la gestion par l'ACOSS de ses besoins de trésorerie. En effet, il est d'ores et déjà prévu de reprendre le déficit prévisionnel de la CNAM et de la CNAF pour 2011 ainsi que les déficits de la branche vieillesse observés au titre des exercices 2011 à 2018, et ce dans la limite de 62 Md€.

Le financement de la dette sociale pourra être plus facilement mis en conformité avec sa nature : des déficits de trésorerie financés à court terme par l'ACOSS, des besoins permanents financés, et amortis, sur des maturités longues par la CADES. De la sorte, ce financement sera également moins risqué, car moins exposé au risque de remontée des taux courts et aux risques de refinancement.

L'accroissement des montants de reprise permettra de limiter grandement les frais financiers de l'ACOSS. A l'inverse, les charges d'intérêt supportées par la CADES seront vouées à s'accroître.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

La CADES, gèrera ses nouvelles missions avec les moyens disponibles.

Le FRR n'aura pas besoin de nouveaux moyens pour faire évoluer ses missions.

d) impact budgétaire

cf. ci-dessus

e) impact sur l'emploi :

cf. ci-dessus

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Les montants et les dates des versements de la CADES à l'ACOSS, correspondants aux dettes transférées à la Caisse, seront fixés par décret pour les exercices 2011 et suivants.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Sans objet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

D'une part, le Programme de qualité et d'efficacité relatif au « Financement », figurant à l'annexe I au PLFSS, comprend des éléments relatifs à la dette sociale.

Le schéma porté par la LFSS pour 2011 aura ainsi un impact sur :

i) l'indicateur n°1-2 relatif à l'évolution de la dette « courante » des organismes de sécurité sociale (non reprise par la CADES ou l'Etat) : celle-ci diminuera de façon significative après transferts.

ii) l'indicateur n°1-3 relatif au suivi de la dette sociale portée par la CADES : le 1^{er} sous-indicateur concernant le montant de la dette reprise par la CADES et le montant restant à amortir sera augmenté à hauteur de la reprise de dette effectuée pour 2011 ; le 2^{ème} sous-indicateur relatif aux amortissements annuels et aux intérêts versés par la CADES sera également modifié en conséquence ; le 3^{ème} sous-indicateur relatif aux perspectives d'extinction de la dette sociale traduira l'allongement de quatre années de la durée de vie de la Caisse.

D'autre part, le PQE « retraites » évalue l'objectif n°5 « Garantir la viabilité financière des régimes de retraite » à l'aune notamment de l'indicateur n°5-3 qui retrace la valeur de marché du portefeuille du FRR et sa performance. Dans les années à venir, la valeur du portefeuille diminuera, toutes choses égales par ailleurs, en raison des versements effectués au profit de la CADES.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

ORDONNANCE N°96-50 DU 24 JANVIER 1996 RELATIVE AU REMBOURSEMENT DE LA DETTE SOCIALE

<p style="text-align: center;">Article 2 (actuel)</p> <p>La Caisse d'amortissement de la dette sociale a pour mission, d'une part, d'apurer la dette mentionnée aux I, II, II bis et II ter de l'article 4 et, d'autre part, d'effectuer les versements prévus aux III, IV et V du même article.</p>	<p style="text-align: center;">Article 2 (modifié)</p> <p>La Caisse d'amortissement de la dette sociale a pour mission d'apurer la dette mentionnée à l'article 4 et d'effectuer les versements prévus par ce même article.</p>
<p style="text-align: center;">Article 4 (actuel)</p> <p>I.-La dette d'un montant de 137 milliards de francs de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations constatée au 31 décembre 1995, correspondant au financement des déficits accumulés au 31 décembre 1995 par le régime général de sécurité sociale et à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1996, est transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale à compter du 1er janvier 1996.</p> <p>II.-La dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations correspondant, d'une part, au financement des déficits accumulés par le régime général de sécurité sociale constatés au 31 décembre 1997 dans la limite de 75 milliards de francs et, d'autre part, à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1998 dans la limite de 12 milliards de francs, est transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale à compter du 1er janvier 1998.</p> <p>II bis-La couverture des déficits cumulés de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale arrêtés au 31 décembre 2003 et celui du déficit prévisionnel au titre de l'exercice 2004 est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à hauteur de 10 milliards d'euros le 1er septembre 2004 et dans la limite de 25 milliards d'euros au plus tard le 31 décembre 2004. La couverture des déficits prévisionnels de la même branche au titre des exercices 2005 et 2006 prévus par les lois de financement de la sécurité sociale de ces mêmes années est assurées par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans la limite de 15 milliards d'euros. Les montants et les dates des versements correspondants sont fixés par décret, après avis du secrétaire général de la commission instituée</p>	<p style="text-align: center;">Article 4 (modifié)</p> <p>I.-La dette d'un montant de 137 milliards de francs de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations constatée au 31 décembre 1995, correspondant au financement des déficits accumulés au 31 décembre 1995 par le régime général de sécurité sociale et à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1996, est transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale à compter du 1er janvier 1996.</p> <p>II.-La dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations correspondant, d'une part, au financement des déficits accumulés par le régime général de sécurité sociale constatés au 31 décembre 1997 dans la limite de 75 milliards de francs et, d'autre part, à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1998 dans la limite de 12 milliards de francs, est transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale à compter du 1er janvier 1998.</p> <p>II bis-La couverture des déficits cumulés de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale arrêtés au 31 décembre 2003 et celui du déficit prévisionnel au titre de l'exercice 2004 est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à hauteur de 10 milliards d'euros le 1er septembre 2004 et dans la limite de 25 milliards d'euros au plus tard le 31 décembre 2004. La couverture des déficits prévisionnels de la même branche au titre des exercices 2005 et 2006 prévus par les lois de financement de la sécurité sociale de ces mêmes années est assurées par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans la limite de 15 milliards d'euros. Les montants et les dates des versements correspondants sont fixés par décret, après avis du secrétaire général de la commission instituée</p>

à l'article L. 114-1 du même code.

Il ter.-La couverture des déficits cumulés au 31 décembre 2008 des branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale effectués au cours de l'année 2009, dans la limite de 27 milliards d'euros. Ces déficits cumulés sont établis compte tenu des reprises de dette mentionnées aux I, II et II bis du présent article ainsi que des transferts résultant de l'application de l'article L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale.

Dans le cas où le montant total des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 27 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, dans l'ordre des branches et organismes fixé à l'alinéa précédent.

Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2008 sont fixés par décret.

Sont considérées comme définitives les opérations de produits et de charges enregistrées de manière réciproque entre les branches du régime général et entre ces mêmes branches et le Fonds de solidarité vieillesse au titre de l'exercice 2008 et des exercices précédents, sauf si une disposition législative dispose qu'il s'agit d'acomptes.

à l'article L. 114-1 du même code.

Il ter.-La couverture des déficits cumulés au 31 décembre 2008 des branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale effectués au cours de l'année 2009, dans la limite de 27 milliards d'euros. Ces déficits cumulés sont établis compte tenu des reprises de dette mentionnées aux I, II et II bis du présent article ainsi que des transferts résultant de l'application de l'article L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale.

Dans le cas où le montant total des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 27 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, dans l'ordre des branches et organismes fixé à l'alinéa précédent.

Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2008 sont fixés par décret.

[Alinéa supprimé]

Il quater. - La couverture des déficits des exercices 2009 et 2010 des branches mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, ainsi que des déficits prévisionnels pour l'exercice 2011 des branches mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 200-2 précité, est assurée, au plus tard le 31 décembre 2011, par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite de 68 milliards d'euros.

Dans le cas où le montant des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 68 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, dans l'ordre des branches fixé à l'alinéa précédent.

Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de

<p>III.-Dans la limite totale de 3 milliards de francs, la Caisse d'amortissement de la dette sociale verse au cours de l'année 1996 au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles visée à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale :</p> <p>-dans la limite d'un milliard de francs un apport, destiné à apurer en tout ou partie le report à nouveau négatif au 31 décembre 1995 ;</p> <p>-pour le reliquat, une recette exceptionnelle concourant au financement du déficit prévisionnel de l'exercice 1996 compte non tenu de la recette visée au 3° de l'article L. 612-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>IV.-La caisse verse chaque année au budget général de l'Etat, de l'année 1996 à l'année 2000, une somme de 12, 5 milliards de francs et, en 2001, une somme de 12, 15 milliards de francs. Elle verse une somme de 3 milliards d'euros chaque année, de 2002 à 2005.</p> <p>V.-La caisse verse le 1er avril 2003 la somme de 1 096 969 089, 92 Euros à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.</p> <p>Elle verse à la même date, au titre de la créance relative aux exonérations de cotisations énumérées au 1° de l'article L. 131-9 du code de</p>	<p>la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2010 sont fixés par décret.</p> <p>Il quinquies. - La couverture des déficits des exercices 2011 à 2018 de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite de 62 milliards d'euros sur la période et dans la limite de 10 milliards par an. Les versements interviennent au plus tard le 30 juin de chaque année à compter de 2012. Leurs dates et montants sont fixés par décret.</p> <p>Dans le cas où le montant des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 62 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, en priorité à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>III.-Dans la limite totale de 3 milliards de francs, la Caisse d'amortissement de la dette sociale verse au cours de l'année 1996 au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles visée à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale :</p> <p>-dans la limite d'un milliard de francs un apport, destiné à apurer en tout ou partie le report à nouveau négatif au 31 décembre 1995 ;</p> <p>-pour le reliquat, une recette exceptionnelle concourant au financement du déficit prévisionnel de l'exercice 1996 compte non tenu de la recette visée au 3° de l'article L. 612-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>IV.-La caisse verse chaque année au budget général de l'Etat, de l'année 1996 à l'année 2000, une somme de 12, 5 milliards de francs et, en 2001, une somme de 12, 15 milliards de francs. Elle verse une somme de 3 milliards d'euros chaque année, de 2002 à 2005.</p> <p>V.-La caisse verse le 1er avril 2003 la somme de 1 096 969 089, 92 Euros à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.</p> <p>Elle verse à la même date, au titre de la créance relative aux exonérations de cotisations énumérées au 1° de l'article L. 131-9 du code de</p>
---	---

<p>la sécurité sociale constatée dans les comptes de chacun des régimes au titre de l'exercice 2000, la somme de 171 465 344, 88 Euros à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la somme de 10 484 547, 75 Euros à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, la somme de 2 118 360, 20 Euros à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines et la somme de 1 801 493, 21 Euros à l'Etablissement national des invalides de la marine.</p> <p>VI.-La caisse verse le 1er avril 2004 la somme de 1 097 307 635, 44 Euros à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.</p>	<p>la sécurité sociale constatée dans les comptes de chacun des régimes au titre de l'exercice 2000, la somme de 171 465 344, 88 Euros à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la somme de 10 484 547, 75 Euros à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, la somme de 2 118 360, 20 Euros à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines et la somme de 1 801 493, 21 Euros à l'Etablissement national des invalides de la marine.</p> <p>VI.-La caisse verse le 1er avril 2004 la somme de 1 097 307 635, 44 Euros à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.</p> <p>VII. - Sont considérées comme définitives les opérations de produits et de charges dans les comptes clos des branches du régime général et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale au titre des exercices ayant fait l'objet d'une ou plusieurs mesures de transfert mentionnées au présent article, sous réserve qu'il s'agisse d'opérations réciproques entre ces organismes et qu'aucune disposition législative ne prévoie qu'il s'agit d'acomptes.</p>
<p style="text-align: center;">Article 6 (actuel)</p> <p>I.-Le produit des contributions instituées par le chapitre II de la présente ordonnance pour le remboursement de la dette sociale est affecté à la Caisse d'amortissement de la dette sociale.</p> <p>Ce produit est versé à la caisse, dans des conditions fixées par décret, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, s'agissant du produit correspondant à la contribution mentionnée à l'article 14, et par l'Etat, s'agissant du produit correspondant aux contributions mentionnées aux articles 15 à 18.</p> <p>II.-Le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article 13 définira les conditions dans lesquelles la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés reverse à la Caisse d'amortissement de la dette sociale les sommes correspondant aux remboursements se rapportant aux créances afférentes à des prestations liquidées avant le 31 décembre 1995, effectués en application des règlements communautaires n° 1408-71 et n° 574-72 de coordination des régimes nationaux de sécurité sociale et des accords bilatéraux de sécurité sociale et centralisés par le centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale pour le compte de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs</p>	<p style="text-align: center;">Article 6 (modifié)</p> <p>Les ressources de la Caisse d'amortissement de la dette sociale sont constituées par :</p> <p>1° Le produit des contributions instituées par le chapitre II de la présente ordonnance. Ce produit est versé à la caisse, dans des conditions fixées par décret, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, s'agissant du produit correspondant à la contribution mentionnée à l'article 14, et par l'État, s'agissant du produit correspondant aux contributions mentionnées aux articles 15 à 18 ;</p> <p>2° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale. Cette fraction est fixée au IV de l'article L. 136-8 du même code ;</p> <p>3° Le produit de la taxe mentionnée au deuxième alinéa du 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts ;</p> <p>4° Le prélèvement exceptionnel sur les sommes placées sur la réserve de capitalisation des entreprises d'assurance ;</p>

<p>salariés. Ce décret pourra prévoir que ne donnent pas lieu à reversement les remboursements intervenus avant une date qu'il fixera et qui ne pourra être postérieure au 31 décembre 1997.</p> <p>III.-Est également affectée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale. Cette fraction est fixée au IV de l'article L. 136-8 du même code.</p>	<p>5° Le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euro des contrats d'assurance-vie multi-supports ;</p> <p>6° Une fraction du produit des prélèvements mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 du code de la sécurité sociale, fixée à l'article L. 245-16 de ce code ;</p> <p>7° Les versements du Fonds de réserve pour les retraites dans les conditions fixées au quatrième alinéa de l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>8° Toute autre ressource prévue par la loi.</p> <p>Lorsque les prévisions, figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale et dans la loi de finances, des montants cumulés pour une année des ressources mentionnées au présent article, à l'exclusion de celles prévues aux 6° et 7°, sont inférieures à la somme des prévisions, pour la même année, du rendement de 0,76 % de l'assiette des contributions mentionnées au 1° et du rendement de 0,2 % de l'assiette des contributions mentionnées au 2°, les taux des contributions mentionnées au 1° sont augmentés de façon à compenser cette différence. Cette disposition s'applique sans préjudice du mode de financement retenu pour les transferts de dette prévus postérieurement à la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2011.</p>
<p style="text-align: center;">Article 7 (actuel)</p> <p>Les ressources mentionnées à l'article 6 sont affectées prioritairement au service et à l'amortissement de la dette contractée par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, en vue de satisfaire aux obligations définies aux I, II, et II bis de l'article 4.</p> <p>Si les prévisions de recettes et de dépenses annuelles de la caisse sur la durée restant à courir de la période pour laquelle elle a été créée font apparaître qu'elle ne serait pas en mesure de faire face à l'ensemble de ses engagements, le Gouvernement soumet au Parlement les mesures nécessaires pour assurer le paiement du principal et des intérêts aux dates prévues.</p>	<p style="text-align: center;">Article 7 (modifié)</p> <p>L'annexe aux comptes de la Caisse d'amortissement de la dette sociale présente chaque année les dettes amorties en application de l'article 4 dans l'ordre chronologique des déficits à amortir.</p> <p>Si les prévisions de recettes et de dépenses annuelles de la caisse sur la durée restant à courir de la période pour laquelle elle a été créée font apparaître qu'elle ne serait pas en mesure de faire face à l'ensemble de ses engagements, le Gouvernement soumet au Parlement les mesures nécessaires pour assurer le paiement du principal et des intérêts aux dates prévues.</p>

CODE DE LA SECURITE SOCIALE

Article L. 135-3 (actuel) [FSV]	Article L. 135-3 (modifié) [FSV]
<p>Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 et à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont constituées par :</p> <p>1° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application des taux fixés au 2° du IV de l'article L. 136-8 aux assiettes de ces contributions ;</p> <p>2° (Paragraphe supprimé)</p> <p>3° (Paragraphe abrogé)</p> <p>4° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 ;</p> <p>6° (Abrogé) ;</p> <p>6° Les sommes mises à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales par le 5° de l'article L. 223-1 ;</p> <p>7° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, des prélèvements sociaux prévus aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;</p> <p>8° Les fonds consignés au 31 décembre 2003 au titre des compensations prévues à l'article L. 134-1 ;</p> <p>9° Alinéa abrogé</p> <p>10° Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-11.</p>	<p>Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 et à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont constituées par :</p> <p>1° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application des taux fixés au 2° du IV de l'article L. 136-8 aux assiettes de ces contributions ;</p> <p>2° (Paragraphe supprimé)</p> <p>3° (Paragraphe abrogé)</p> <p>4° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 ;</p> <p>6° (Abrogé) ;</p> <p>6° Les sommes mises à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales par le 5° de l'article L. 223-1 ;</p> <p>7° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, des prélèvements sociaux prévus aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;</p> <p>8° Les fonds consignés au 31 décembre 2003 au titre des compensations prévues à l'article L. 134-1 ;</p> <p>9° Alinéa abrogé</p> <p>10° Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-11.</p> <p>11° Les sommes issues de l'application du livre III de la partie III du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds commun de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'actions de l'entreprise, n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;</p> <p>12° Les sommes acquises à l'État conformément au 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes</p>

<p>Les recettes et les dépenses du fonds de la première section doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale.</p>	<p>publiques ;</p> <p>13° Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;</p> <p>14° Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1710-1785 mégahertz, 1805-1880 mégahertz, 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;</p> <p>15° Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-5 du présent code.</p> <p>Les recettes et les dépenses du fonds de la première section doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale.</p>
<p style="text-align: center;">Article L. 135-6 (actuel) [FRR]</p> <p>Il est créé un établissement public de l'Etat à caractère administratif, dénommé "Fonds de réserve pour les retraites", placé sous la tutelle de l'Etat.</p> <p>Ce fonds a pour mission principale de gérer les sommes qui lui sont affectées afin de constituer des réserves destinées à contribuer à la pérennité des régimes de retraite.</p> <p>Les réserves sont constituées au profit des régimes obligatoires d'assurance vieillesse visés à l'article L. 222-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 621-3.</p> <p>Les sommes affectées au fonds sont mises en réserve jusqu'en 2020.</p> <p>Le Fonds de réserve pour les retraites assure également la gestion financière d'une partie de la contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire due à la Caisse nationale d'assurance</p>	<p style="text-align: center;">Article L. 135-6 (modifié) [FRR]</p> <p>Il est créé un établissement public de l'Etat à caractère administratif, dénommé "Fonds de réserve pour les retraites", placé sous la tutelle de l'Etat.</p> <p>Ce fonds a pour mission principale de gérer les sommes qui lui sont affectées afin de constituer des réserves destinées à contribuer à la pérennité des régimes de retraite.</p> <p>Les réserves sont constituées au profit des régimes obligatoires d'assurance vieillesse visés à l'article L. 222-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 ainsi que du fonds institué par l'article L. 135-1.</p> <p>Les sommes affectées au fonds sont mises en réserve jusqu'au 1^{er} janvier 2011. À compter de cette date et jusqu'en 2024, le fonds verse chaque année, au plus tard le 31 octobre, 2,1 milliards d'euros à la Caisse d'amortissement de la dette sociale afin de participer au financement des déficits, au titre des exercices 2011 à 2018, des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Le calendrier et les modalités de ces versements sont fixés par convention entre les deux établissements.</p> <p>Le Fonds de réserve pour les retraites assure également la gestion financière d'une partie de la contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire due à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en application</p>

<p>vieillesse des travailleurs salariés en application du 3° de l'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières.</p> <p>Les conditions et les résultats de la gestion de cette partie de la contribution sont retracés chaque année dans l'annexe des comptes du fonds. Cette partie de la contribution et ses produits financiers, nets des frais engagés par le fonds, sont rétrocédés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à compter de 2020, dans des conditions fixées par convention entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et le Fonds de réserve pour les retraites.</p>	<p>du 3° de l'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières.</p> <p>Les conditions et les résultats de la gestion de cette partie de la contribution sont retracés chaque année dans l'annexe des comptes du fonds. Cette partie de la contribution et ses produits financiers, nets des frais engagés par le fonds, sont rétrocédés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à compter de 2020, dans des conditions fixées par convention entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et le Fonds de réserve pour les retraites</p>
<p style="text-align: center;">Article L. 135-7 (actuel) [FRR]</p> <p>Les ressources du fonds sont constituées par :</p> <p>1° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 ;</p> <p>2° Tout ou partie du résultat excédentaire du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;</p> <p>3° Le cas échéant, en cours d'exercice, un montant représentatif d'une fraction de l'excédent prévisionnel de l'exercice excédentaire du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 tel que présenté par la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du second semestre de ce même exercice ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget détermine les montants à verser ainsi que les dates de versement ;</p> <p>4° Les montants résultant de l'application de l'article L. 251-6-1 ;</p> <p>5° Une fraction égale à 65 % du produit des prélèvements visés aux articles L. 245-14 à L. 245-16 ;</p> <p>6° Paragraphe abrogé</p> <p>7° Les sommes issues de l'application du titre IV du livre IV du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fond commun de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des SICAV, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'actions de l'entreprise, n'ayant fait l'objet de la</p>	<p style="text-align: center;">Article L. 135-7 (modifié) [FRR]</p> <p>Les ressources du fonds sont constituées par :</p> <p>1° Paragraphe abrogé</p> <p>2° Tout ou partie du résultat excédentaire du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;</p> <p>3° Le cas échéant, en cours d'exercice, un montant représentatif d'une fraction de l'excédent prévisionnel de l'exercice excédentaire du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 tel que présenté par la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du second semestre de ce même exercice ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget détermine les montants à verser ainsi que les dates de versement ;</p> <p>4° Les montants résultant de l'application de l'article L. 251-6-1 ;</p> <p>5° Paragraphe abrogé</p> <p>6° Paragraphe abrogé</p> <p>7° Paragraphe abrogé</p>

<p>part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années. ;</p> <p>8° Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-5 ;</p> <p>9° Toute autre ressource affectée au Fonds de réserve pour les retraites ;</p> <p>10° Le produit des placements effectués au titre du Fonds de réserve pour les retraites ;</p> <p>11° Les sommes acquises à l'Etat conformément au 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques.</p>	<p>8° Paragraphe abrogé</p> <p>9° Toute autre ressource affectée au Fonds de réserve pour les retraites ;</p> <p>10° Le produit des placements effectués au titre du Fonds de réserve pour les retraites ;</p> <p>11° Paragraphe abrogé</p>
<p align="center">Article L. 135-8 (actuel) [FRR]</p> <p>Le fonds est doté d'un conseil de surveillance et d'un directoire.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe la composition du conseil de surveillance, constitué de membres du Parlement, de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales interprofessionnelles représentatives au plan national, de représentants des employeurs et travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives, de représentants de l'Etat et de personnalités qualifiées.</p> <p>Sur proposition du directoire, le conseil de surveillance fixe les orientations générales de la politique de placement des actifs du fonds en respectant, d'une part, l'objectif et l'horizon d'utilisation des ressources du fonds et, d'autre part, les principes de prudence et de répartition des risques. Il contrôle les résultats, approuve les comptes annuels et établit un rapport annuel public sur la gestion du fonds.</p> <p>Lorsque la proposition du directoire n'est pas approuvée, le directoire présente une nouvelle proposition au conseil de surveillance. Si cette proposition n'est pas approuvée, le directoire met en œuvre les mesures nécessaires à la gestion du fonds.</p> <p>Le fonds est doté d'un directoire composé de trois membres dont le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations qui en assure la présidence. Les membres du directoire autres que le président sont nommés par décret pour une durée de six ans, après consultation du conseil de surveillance.</p> <p>Le directoire assure la direction de l'établissement et est responsable de sa gestion. Il met en œuvre les orientations de la politique</p>	<p align="center">Article L. 135-8 (modifié) [FRR]</p> <p>Le fonds est doté d'un conseil de surveillance et d'un directoire.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe la composition du conseil de surveillance, constitué de membres du Parlement, de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales interprofessionnelles représentatives au plan national, de représentants des employeurs et travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives, de représentants de l'Etat et de personnalités qualifiées.</p> <p>Sur proposition du directoire, le conseil de surveillance fixe les orientations générales de la politique de placement des actifs du fonds en respectant les principes de prudence et de répartition des risques compte tenu de l'objectif et de l'horizon d'utilisation des ressources du fonds, notamment les obligations de versements prévues à l'article L. 135-6. Il contrôle les résultats, approuve les comptes annuels et établit un rapport annuel public sur la gestion du fonds.</p> <p>Lorsque la proposition du directoire n'est pas approuvée, le directoire présente une nouvelle proposition au conseil de surveillance. Si cette proposition n'est pas approuvée, le directoire met en œuvre les mesures nécessaires à la gestion du fonds.</p> <p>Le fonds est doté d'un directoire composé de trois membres dont le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations qui en assure la présidence. Les membres du directoire autres que le président sont nommés par décret pour une durée de six ans, après consultation du conseil de surveillance.</p> <p>Le directoire assure la direction de l'établissement et est responsable de sa gestion. Il met en œuvre les orientations de la politique de placement. Il contrôle le respect de celles-ci, et en particulier leur adéquation avec les</p>

<p>de placement. Il contrôle le respect de celles-ci. Il en rend compte régulièrement au conseil de surveillance et retrace notamment, à cet effet, la manière dont les orientations générales de la politique de placement du fonds ont pris en compte des considérations sociales, environnementales et éthiques.</p>	<p>obligations de versements prévues à l'article L. 135-6. Il en rend compte régulièrement au conseil de surveillance et retrace notamment, à cet effet, la manière dont les orientations générales de la politique de placement du fonds ont pris en compte des considérations sociales, environnementales et éthiques.</p>
<p style="text-align: center;">Article L. 137-5 (actuel)</p> <p>1. Il est institué à la charge des employeurs et au profit du Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6 une contribution sur la fraction de l'abondement de l'employeur au plan d'épargne pour la retraite collectif défini à l'article L. 443-1-2 du code du travail, qui excède, annuellement pour chaque salarié ou personne mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 443-1 du code du travail, la somme de 2 300 euros majorée, le cas échéant, dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 443-7 du même code.</p> <p>2. Le taux de cette contribution est fixé à 8,2 %.</p> <p>3. Les dispositions des articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables s'agissant de la présente contribution.</p>	<p style="text-align: center;">Article L. 137-5 (modifié)</p> <p>1. Il est institué à la charge des employeurs et au profit du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 une contribution sur la fraction de l'abondement de l'employeur au plan d'épargne pour la retraite collectif défini à l'article L. 443-1-2 du code du travail, qui excède, annuellement pour chaque salarié ou personne mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 443-1 du code du travail, la somme de 2 300 euros majorée, le cas échéant, dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 443-7 du même code.</p> <p>2. Le taux de cette contribution est fixé à 8,2 %.</p> <p>3. Les dispositions des articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables s'agissant de la présente contribution.</p>
<p style="text-align: center;">Article L. 245-16 (actuel)</p> <p>I.-Le taux des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 est fixé à 2 %.</p> <p>II.-Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :</p> <p>5 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1 ;</p> <p>65 % au fonds mentionné à l'article L. 135-6 ;</p> <p>30 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.</p>	<p style="text-align: center;">Article L. 245-16 (modifié)</p> <p>I.-Le taux des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 est fixé à 2 %.</p> <p>II.-Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :</p> <p>5 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1 ;</p> <p>65 % à la caisse d'amortissement de la dette sociale ;</p> <p>30 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.</p>
<p style="text-align: center;">Loi n°2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006 – Article 45 (actuel)</p> <p>IV. - Le solde du compte d'affectation spéciale n° 902-33 Fonds de provisionnement des charges de retraite constaté à sa clôture est affecté au Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale.</p> <p>A compter du 1er janvier 2006, le produit des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile de troisième génération en métropole en application du code des postes et des communications électroniques est affecté au fonds de réserve pour les retraites.</p>	<p style="text-align: center;">Loi n°2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006 – Article 45 (modifié)</p> <p>Abrogé</p>

ARTICLE 10

RENFORCEMENT DES PRÉLÈVEMENTS SUR LES RETRAITES « CHAPEAU »

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le système des retraites chapeau n'est pas marqué jusqu'ici par la plus parfaite transparence. On peut noter en particulier que très peu de publications statistiques les décrivent précisément² et que, selon les interlocuteurs, le champ couvert par l'expression « retraite chapeau » n'a pas le même sens.

Certains interlocuteurs, lorsqu'ils évoquent les « retraites chapeau » font ainsi référence au champ, le plus large, qui est celui des régimes à « prestations définies » ou régimes « article 39 », soit a priori un peu plus de 100 000 rentiers et un peu moins de 10 000 entreprises.

Les retraites « chapeau » visées par la mesure prévue en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2011 sont uniquement les systèmes à droits aléatoires décrits à l'article L 137-11 du code de la sécurité sociale (article datant de 2003). De manière plus détaillée, ces régimes remplissent plusieurs conditions :

- systèmes de retraites à prestations définies
- à droits aléatoires, où le bénéfice de la retraite chapeau est conditionné à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise
- les versements de l'employeur abondent un fonds non individualisable par salarié.

Ces régimes représentent, au moins en termes d'effectifs, environ un tiers du champ des régimes à prestations définies. Les autres sont des régimes à prestations définies à droits individualisés certains qui bénéficient des dispositions « classiques » en matière de retraite supplémentaire. Sous réserve qu'ils bénéficient à l'ensemble d'une catégorie objective de salariés et que les droits soient portables, le financement par l'employeur (dans la limite d'un plafond) n'est soumis qu'à CSG-CRDS et forfait social.

Parmi ces systèmes L 137-11, on distingue en pratique trois catégories principales de régimes :

- les systèmes gérés via un assureur et qui se sont développés après la réforme de 2003 ; ils englobent la plupart des systèmes créés pour les cadres supérieurs et dirigeants ;
- les systèmes qui étaient gérés par une vingtaine d'anciennes « IRS » (institutions de retraite supplémentaire), c'est-à-dire des régimes d'une vingtaine de grandes entreprises, pour un grand nombre ouverts à tous les salariés, et qui sont « fermés », c'est-à-dire qu'ils n'accueillent aucun nouveau salarié (voire qu'ils sont composés uniquement de rentiers).
- des systèmes plus minoritaires gérés en interne par les entreprises. Ils ont sur de nombreux aspects des caractéristiques proches des anciens régimes IRS.

La LFSS pour 2010 a doublé les taux de la contribution existante sur les retraites chapeau³ en maintenant l'option, pour l'employeur, entre deux modes de prélèvement :

- « à l'entrée » sur le financement qu'il constitue (primes ou provisions) : les taux sont passés de 6 % à 12 % lorsque les contributions sont versées à un organisme assureur et de 12 % à 24 % lorsque les contributions sont versées pour provisionner en interne le financement du système ;
- « à la sortie », sur les rentes versées aux pensionnés : les taux sont passés de 8 % à 16 % sur la part au-delà de 1 000 € par mois.

² Dans la publication de 2008 de la DREES sur l'épargne retraite par exemple, les effectifs concernés par ces régimes sont notés « non renseignés »

³ article L 137-11 du code de la sécurité sociale

A également été instituée une contribution supplémentaire de 30 % à la charge de l'employeur sur les rentes dépassant 280 000 €.

Toutefois malgré l'adoption de ces récentes mesures, l'assujettissement des retraites chapeau reste plus favorable que pour le reste des retraites supplémentaires financées par les employeurs :

- elles bénéficient lorsque l'employeur choisit le prélèvement à la sortie d'un abattement de 12 000€ par an pour chaque salarié : de ce fait une part significative du financement de ces retraites chapeau reste exemptée de tout prélèvement social (y compris de CSG) ce qui est désormais, compte tenu des mesures prises ces dernières années pour limiter l'impact des niches (notamment la création de contributions ad hoc sur les stock options et l'instauration d'un forfait social sur les éléments de rémunération non assujettis à cotisations), unique à ces niveaux de rémunération ;
- le prélèvement à l'entrée existant actuellement lorsque la gestion est externalisée (12 % quel que soit le montant versé) est moindre que celui existant pour les systèmes collectifs de retraite et ne fait l'objet d'aucun plafonnement pour le bénéficiaire du traitement social favorable alors même que pour les autres systèmes celui-ci ne s'applique qu'aux contributions de l'employeur inférieures à 8 600€ par an et par salarié.

Or, ces retraites chapeau présentent sur un certain nombre de points des caractéristiques opposées à celles des retraites supplémentaires que le législateur a entendu favoriser :

- les droits à la retraite sont conditionnés à l'achèvement de la carrière dans l'entreprise, ce qui est à la fois un frein à la mobilité des salariés âgés, insécurisant pour le salarié du point de vue de ses droits à retraite, et s'articule mal avec la libéralisation du cumul emploi retraite (des dirigeants peuvent ainsi cumuler retraite chapeau au titre de leur ancienne entreprise et leur rémunération de dirigeants dans le cadre du cumul emploi retraite) ;
- le financement est exclusivement patronal : d'une part parce qu'il n'y a pas de cotisations ou contributions salariales prélevées sur les versements que fait l'employeur, d'autre part parce que le salarié ne fait pas de versement complémentaire à celui de l'employeur comme c'est le cas dans le PERCO et de manière générale dans la retraite supplémentaire ;
- le choix des bénéficiaires est laissé à l'entière discrétion de l'employeur et la mise en place de ces régimes n'est pas soumis au même cadre que pour les retraites supplémentaires (accord collectif, referendum ou décision unilatérale).

L'objectif est donc, en renforçant les prélèvements sur ces systèmes, de rendre plus cohérent le paysage des retraites supplémentaires et d'améliorer la contributivité sur ces systèmes.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Il est proposé les mesures suivantes :

♦ *Supprimer l'abattement forfaitaire sur les rentes lorsque l'employeur a opté pour le prélèvement à la sortie.* Cet abattement, qui n'existe pas lorsque la contribution est payée à l'entrée, n'est pas justifié. La contribution patronale sera donc due au 1er euro sur les rentes versées. Il convient à ce titre de rappeler que les autres retraites supplémentaires sont quant à elles assujetties à la CSG et au forfait social et ce dès le 1er euro ;

♦ *Créer un prélèvement sur l'ensemble des rentes retraites chapeau* acquitté par les bénéficiaires au moment de la perception des rentes (quelle que soit l'option de prélèvement choisie par l'employeur et la date de liquidation de la rente). En effet, le bénéficiaire n'a contribué ni à la constitution de la retraite chapeau, ni acquitté de cotisations sur le financement employeur. Le taux du prélèvement, qui s'ajouterait à la CSG sur les pensions (au taux de 6,6 %), à la CRDS (0,5 %) et à la contribution maladie de 1 % (D.242-8 CSS) due sur les avantages de retraite autres que ceux de base, est fixé à 14 %, afin de porter le taux de prélèvement total à 22,1 %. Neutre pour l'employeur, cette mesure ne porterait pas atteinte au dynamisme des retraites chapeau. Seront assujettis à ce prélèvement tous les bénéficiaires de rentes versées dans le cadre d'un régime de retraite supplémentaire à prestations définies conditionnant leur bénéfice à l'achèvement de la carrière dans l'entreprise, sans distinction liée à la date de liquidation de la rente en question.

Le produit de la nouvelle contribution sera, comme c'est le cas actuellement, affecté au Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Il s'agit d'une mesure de financement de la réforme des retraites.

Le rééquilibrage de l'assujettissement sur les systèmes « chapeau » est de nature à améliorer la contributivité de ceux-ci au financement solidaire de la protection sociale suivant la même logique que celle qui a présidé au renforcement de la contributivité sur d'autres dispositifs de rémunération des hauts revenus.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

En tant que mesure de recettes affectée au FSV, elle trouve naturellement sa place en PLFSS.

Elle relève en effet des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et a en outre un effet sur les recettes estimé à 110 millions d'euros dès 2011 (2° du B du V du même article).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

- a) Possibilité de codification

► La suppression de l'abattement sur les rentes « chapeau » implique la modification de l'article L.137-11 CSS.

► La création de la contribution du bénéficiaire sur sa rente nécessite l'ajout d'un article L.137-11-1 au CSS.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

- c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure s'applique dans les DOM, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Les données relatives à ces régimes, qui sont souvent intégrés sans être isolés dans le champ plus large des retraites à prestations définies, sont éparses. Pour améliorer la connaissance des enjeux financiers liés aux retraites chapeau, le Parlement a demandé, en LFSS pour 2010, la remise d'un rapport du Gouvernement. Ce rapport devrait être remis au Parlement au mois d'octobre.

Organisme (s) impacté (s) (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P	2012	2013	2014
FSV		110	117	124	131

Ce chiffrage a été établi sur la base des données ACOSS concernant l'assiette de la contribution actuelle visée au L 137-11 (550 M€ pour l'assiette des prélèvements dits « à l'entrée », et 29 M€ sur les prélèvements employeurs sur les rentes).

Il tient compte du fait qu'il s'agit d'assiettes partielles compte tenu du fait que les systèmes pour lesquels l'employeur a opté pour l'option de prélèvement sur les rentes ne sont pas tous pris en compte dans les données ACOSS compte tenu de l'absence totale de prélèvement employeur sur la fraction des rentes n'excédant pas un tiers du plafond de la sécurité sociale.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

La mesure aura pour effet de rééquilibrer l'avantage comparatif en terme de prélèvement en faveur des systèmes de retraite collectifs (dits systèmes « L 242-1 »), ce qui est de nature à favoriser ces derniers qui sont plus vertueux quant à leur compatibilité avec les principes de mobilité, de portabilité des droits et permettent une couverture plus large des salariés.

b) impacts sociaux :

Aucun.

c) impacts sur l'environnement :

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques :

Hausse modérée du taux de prélèvement acquitté par les bénéficiaires de rentes de retraites chapeau. Ces bénéficiaires n'ont pas auparavant, lors de la constitution de leurs droits, cotisé sur ces avantages.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale :

Cette mesure ne crée qu'une modeste tâche de travail.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Aucune charge administrative supplémentaire n'est à prévoir.

d) impact budgétaire :

Pas de conséquence budgétaire.

e) impact sur l'emploi :

Aucun, la mesure sera gérée avec les moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Aucun texte d'application n'est nécessaire pour la mise en œuvre de cette mesure. Une circulaire ministérielle pourra venir préciser ses modalités de mise en œuvre.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Aucun délai n'est nécessaire.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information des assurés et des employeurs sera réalisée par le réseau des URSSAF et des caisses de MSA.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Oui. Ces mesures sont susceptibles d'avoir un impact sur l'objectif n°2 « Veiller à l'équité du prélèvement social » du PQE financement et notamment sur l'indicateur 2-1.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Annexe : version consolidée des articles modifiés

SECTION V CONTRIBUTION SUR LES REGIMES DE RETRAITE CONDITIONNANT LA CONSTITUTION DE DROITS A PRESTATIONS A L'ACHEVEMENT DE LA CARRIERE DANS L'ENTREPRISE	SECTION V CONTRIBUTIONS SUR LES REGIMES DE RETRAITE CONDITIONNANT LA CONSTITUTION DE DROITS A PRESTATIONS A L'ACHEVEMENT DE LA CARRIERE DANS L'ENTREPRISE
<p>Article L.137-11 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>I.-Dans le cadre des régimes de retraite à prestations définies gérés soit par l'un des organismes visés au a du 2° du présent I, soit par une entreprise, conditionnant la constitution de droits à prestations à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise et dont le financement par l'employeur n'est pas individualisable par salarié, il est institué, au profit du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du présent code, une contribution assise, sur option de l'employeur :</p> <p>1° Soit sur les rentes liquidées à compter du 1er janvier 2001, pour la partie excédant un tiers du plafond mentionné à l'article L.241-3 ; la contribution, dont le taux est fixé à 16 %, est à la charge de l'employeur et précomptée par l'organisme payeur.</p> <p>(...).</p>	<p>Article L.137-11 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>I.-Dans le cadre des régimes de retraite à prestations définies gérés soit par l'un des organismes visés au a du 2° du présent I, soit par une entreprise, conditionnant la constitution de droits à prestations à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise et dont le financement par l'employeur n'est pas individualisable par salarié, il est institué au profit du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du présent code, une contribution assise, sur option de l'employeur :</p> <p>1° Soit sur les rentes liquidées à compter du 1er janvier 2001 ; la contribution, dont le taux est fixé à 16 %, est à la charge de l'employeur, versée par l'organisme payeur et recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution mentionnée à l'article L.136-1 due sur ces rentes.</p> <p>(...).</p>
	<p>Article L-137-11-1 du code de la sécurité sociale (nouveau)</p> <p>Les rentes versées dans le cadre des régimes mentionnés au I de l'article L.137-11 sont soumises à une contribution à la charge du bénéficiaire. Le taux de cette contribution est fixé à 14 %. Elle est précomptée et versée par les organismes débiteurs des rentes et recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution mentionnée à l'article L.136-1 due sur ces rentes.</p>
<p>Article L.135-3 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 et à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont constituées par :</p> <p>(...)</p> <p>10° Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-11.</p> <p>(...)</p>	<p>Article L.135-3 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 et à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont constituées par :</p> <p>(...)</p> <p>10° Le produit des contributions mentionnées aux articles L.137-11 et L.137-11-1.</p> <p>(...)</p>

ARTICLE 11

CONTRIBUTIONS SUR LES STOCK-OPTIONS

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Les « stock options » permettent à une entreprise de réserver à certains salariés ou dirigeants des actions de l'entreprise à un prix préférentiel fixé par avance

3 étapes sont à distinguer : l'attribution des stock-options (laquelle prévoit une possibilité d'achat pendant un certain délai ne pouvant être inférieur à 4 ans et en fixe le prix), l'exercice de l'option par le salarié ou l'ancien salarié, c'est-à-dire l'achat des actions au prix fixé au moment de l'attribution des stock-options, et enfin la cession des titres (revente des actions).

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2008 a créé deux prélèvements particuliers sur les stock-options à la charge de l'employeur et du bénéficiaire.

La contribution du bénéficiaire (au taux de 2,5 %) est acquittée, en plus de l'impôt sur le revenu et des prélèvements sociaux assis sur le capital, au moment de la cession des titres et assise sur la différence entre la valeur réelle de l'action à la date de l'exercice de l'option et le prix d'achat de l'action.

La contribution employeur (au taux de 10 %) est acquittée « à l'entrée » de manière libératoire, sur la valeur reconstituée des stock-options au moment où elles sont attribuées.

L'assiette de la contribution est alors :

- soit la juste valeur des options telle qu'elle résulte, selon les normes comptables internationales, des modèles de valorisation ;
- soit 25 % de la valeur de l'action sous-jacente.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Avec pour objectif d'assurer l'équité du prélèvement, il est proposé de rapprocher les taux de prélèvement sur les stock-options du taux de droit commun sur les salaires.

Il est ainsi prévu de :

1. **Porter le taux de la contribution salariale sur les stocks options de 2,5 % à 8 % (portant le taux de prélèvement global à 20 % compte tenu des prélèvements sociaux déjà assis sur les revenus du capital).** Compte tenu des délais en vigueur avant de pouvoir exercer l'option⁴, cette augmentation, qui s'appliquerait aux stock options attribuées à compter du 16 octobre 2007 (correspondant aux produits visés actuellement par la taxation au taux de 2,5 %), n'aurait pas d'effet avant 2012 (+10 M€) et poursuivrait sa montée en charge en 2013 (+33 M€) et 2014 (+36 M€) avant d'atteindre son plein rendement en 2015 (+125 M€) ;
2. **Augmenter le taux de la contribution patronale sur les stocks options.** Si l'on retient une augmentation de 4 % (portant le taux à 14 %), le rendement peut être estimé à 70 M€ en 2011 (compte tenu d'une prévision d'assiette établie à 1,7 Md€). Le rendement devient 72 M€ en 2012, 80 M€ en 2013 et 89 M€ en 2014.

S'agissant d'une mesure de recette participant au financement de réforme en cours des retraites, le relèvement des taux des deux contributions se doit d'être significatif au regard de son assiette. L'option d'un relèvement moindre des taux n'est donc pas retenue.

Celle d'un relèvement du taux d'une seule des deux contributions, patronale ou salariale, est également écartée, un équilibre du partage de la charge du prélèvement structurant le financement de

⁴ délais de 4 ans. Toutefois, en pratique, le régime fiscal d'imposition des plus values de cession étant plus favorable lorsque les titres sont détenus depuis au moins 2 ans, la revente, et donc le paiement de la contribution salariale, intervient le plus souvent 6ans après leur attribution dans le cas des stock options.

la sécurité sociale. Le taux global des contributions à la charge du salarié est d'ailleurs ainsi porté à un niveau équivalent à celui des cotisations et contributions salariales dues sur les salaires.

L'augmentation de la contribution salariale s'appliquerait aux stocks options entrant dans le champ d'application de la contribution existante, à savoir celles attribuées à compter du 16 octobre 2007. En effet, la mesure se traduisant en une augmentation de taux, rien ne s'oppose à ce qu'elle s'applique aux stock-options d'ores et déjà attribuées mais pour lesquelles la revente n'a pas encore été réalisée.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure relève des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et a en outre un effet sur les recettes estimé à 70 M€ dès 2011 (2° du B du V du même article).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Les articles L.137-13 et L.137-14 du code de la sécurité sociale seront modifiés en conséquence.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure s'applique dans les DOM, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Non
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'assiette retenue est pour 2011 : 1,7 Md€ ; pour 2012 : 1,8 Md€ ; pour 2013 : 2,0 M€ et pour 2014 : 2,2 Md€

Organisme (s) impacté (s) (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 R	2012 R	2013 R	2014 R
Assurance maladie		+ 70	+ 82	+ 113	+ 125

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

La création d'un prélèvement spécifique sur ces éléments de rémunération n'a pas modifié le comportement des employeurs qui continuent à distribuer des stocks options à leurs salariés (ceux qui en bénéficient étant habituellement les salariés les mieux rémunérés). L'augmentation du taux de ces prélèvements n'est pas de nature à remettre en cause ce constat.

b) impacts sociaux

Il convient de souligner que la mise en place de cette contribution a donné lieu à très peu de contestation ou courriers de la part des redevables, preuve du faible effet individuel de la mesure et de la compréhension de ses objectifs.

c) impacts sur l'environnement.

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Il s'agit d'une simple mesure d'augmentation de taux qui n'entraîne aucune charge particulière

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Idem

d) impact budgétaire

Pas d'impact budgétaire.

e) impact sur l'emploi :

Aucun, la mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Aucun texte d'application n'est nécessaire ; une circulaire ministérielle pourra venir préciser ses modalités de mise en œuvre.

2. Existence de mesures transitoires ?

Aucune disposition transitoire n'est envisagée

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

L'augmentation de la contribution patronale s'appliquerait aux stocks options attribuées à compter du 1^{er} janvier 2011.

L'augmentation de la contribution salariale s'appliquerait aux stocks options entrant dans le champ d'application de la contribution existante, à savoir celles attribuées à compter du 16 octobre 2007. En effet, la mesure se traduisant en une augmentation de taux, rien ne s'oppose à ce qu'elle s'applique aux stock-options d'ores et déjà attribuées mais pour lesquelles la revente n'a pas encore été réalisée.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information des assurés et des employeurs sera réalisée par le réseau des URSSAF, des caisses de MSA et par les services fiscaux

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

La mesure est couverte par l'objectif 2 (veiller à l'équité du prélèvement social) de la partie II du PQE financement annexé au PLFSS. L'augmentation des taux de prélèvement sur les stocks options aura un impact favorable sur l'indicateur 2-2 (montant des exemptions de cotisations sociales rapporté à la masse salariale).

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p>Article L.137-13 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>(...)</p> <p>II. — Le taux de cette contribution est fixé à 10 %. Elle est exigible le mois suivant la date de la décision d'attribution des options ou des actions visées au I.</p> <p>(...)</p>	<p>Article L.137-13 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>(...)</p> <p>II. — Le taux de cette contribution est fixé à 14 % lorsqu'elle est due sur les options mentionnées au I et à 10 % lorsqu'elle est due sur les actions mentionnées au I. Elle est exigible le mois suivant la date de la décision d'attribution des options ou des actions visées au I.</p> <p>(...)</p>
<p>Article L.137-14 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires, une contribution salariale de 2,5 % assise sur le montant des avantages définis aux 6 et 6 bis de l'article 200 A du code général des impôts.</p> <p>Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6 du présent code.</p>	<p>Article L.137-14 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires, une contribution salariale assise sur le montant des avantages définis aux 6 et 6 bis de l'article 200 A du code général des impôts dont le taux est fixé à 8 % pour les premiers et à 2,5 % pour les seconds.</p> <p>Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6 du présent code.</p>

ARTICLE 12 ANNUALISATION DE LA RÉDUCTION GÉNÉRALE

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le mode de calcul actuel de la réduction générale conduit à une réduction plus importante pour les employeurs qui versent une partie de la rémunération sous forme de primes ponctuelles (par exemple 13^e mois), plutôt que de manière lissée sur les 12 mois de l'année. Par exemple, la réduction d'une entreprise qui paie ses salariés 1 500 € sur 13 mois est aujourd'hui supérieure de 25 % à celle d'une entreprise qui paie ses salariés 1 625 € sur 12 mois alors que dans les deux cas, les entreprises versent la même rémunération annuelle.

Cette différence d'allègement n'obéit à aucun objectif économique mais à la seule manière dont la rémunération est organisée sur l'année. Il en résulte une déconnexion entre le niveau de salaire effectif et le montant de l'exonération. Dès lors, la logique propre de la réduction générale qui vise à diminuer le coût du travail pour les emplois peu qualifiés dont les salaires sont les plus bas, et pour laquelle à un niveau de salaire correspond un niveau d'exonération, peut être faussée. Même si cela est sans doute loin d'être généralisé, dans certains cas la rémunération sous forme de primes peut également répondre à une simple démarche d'optimisation des exonérations de la part des employeurs.

Le coût de cette exonération est de 22,3 Md€ en 2009.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Les réductions générales de cotisations sur les bas salaires constituent un aspect central des politiques de l'emploi en faveur des travailleurs peu qualifiés. Si le coût apparent en est élevé, les études soulignent sa forte efficacité en matière d'emploi.

Avec l'annualisation le Gouvernement a choisi de rationaliser le dispositif sans en modifier le schéma global. Le point de sortie (1,6 Smic) et le niveau de réduction restent identiques pour les salariés réellement au Smic (sans primes). Ceci apparaît pertinent au regard du fait que :

- l'élasticité-prix de la demande de travail est particulièrement forte au niveau du Smic ;
- une sortie à 1,6 Smic semble un bon compromis entre la maîtrise des finances publiques (plus le point de sortie est élevé plus le coût est important) et le souci de ne pas créer de « trappe à bas salaires » en pénalisant les augmentations de salaires au-delà du Smic.

Ainsi, respectant l'objectif initial du dispositif (hausse de la demande en travail peu qualifié), il n'est proposé que de changer les modalités d'application des allègements vers un calcul fondé sur la rémunération annuelle versée au salarié et non plus sur la rémunération mensuelle. Une telle mesure de rationalisation limiterait de par son ciblage les effets négatifs sur l'emploi à attendre de toute réduction du montant global des allègements généraux.

La mesure ne modifiera pas la manière dont la rémunération est versée sur l'année (ce n'est pas une mesure « anti 13^e mois »), mais elle met fin à la tentation qu'il pouvait y avoir, pour certains employeurs, de minorer les salaires sur 11 mois et de concentrer le surplus de rémunération sur des 13^e mois (voire au delà) ce qui peut avoir des effets préjudiciables pour un salarié modeste.

La différence, s'il y en a, entre l'exonération calculée chaque mois comme aujourd'hui et celle calculée pour l'année sera régularisée soit en fin d'année, avec le calcul des cotisations dues au titre du dernier mois ou du dernier trimestre de l'année, soit au fur et à mesure de l'année, à chaque échéance de versement, comme pour le calcul de l'application du plafond de la sécurité sociale à certaines cotisations.

En outre, il est proposé d'aligner sur les règles de majoration de l'allègement actuellement prévues pour les entreprises ayant recours aux caisses de compensation de congés payés, la situation des entreprises de travail temporaire qui sont dans une situation similaire pour leurs salariés intérimaires. En effet, ils ne peuvent bénéficier de leurs congés sous forme de jours de repos inclus dans la durée

de leur contrat de mission et la loi prévoit dans tous les cas la majoration d'au moins 10 % de la rémunération globale versée par l'employeur pendant la durée du contrat pour compenser cette situation.

Il est proposé à titre annexe de supprimer la mention selon laquelle l'allègement général s'applique aux cotisations d'accidents du travail et de maladies professionnelles (AT-MP). Cette mention n'est pas justifiée compte tenu du fait que le taux maximal de l'allègement de 28,1 points correspond précisément au total des cotisations de sécurité sociale à la charge des employeurs, hors AT-MP et que pour des raisons tenant au caractère préventif des cotisations AT-MP, l'ensemble des exonérations sur ces cotisations ont été supprimées par la LFSS pour 2008 (cf. article L. 241-5). Cette modification est sans impact sur le montant global des exonérations dont bénéficieront les employeurs, mais a un impact sur la répartition comptable de ces sommes effectuée par les Urssaf entre chaque branche.

D'autres aménagements du dispositif d'allègement sur les bas salaires auraient pu être envisagés :

- limiter le bénéfice de l'exonération aux 1 000 premiers salariés d'une entreprise ;
- réserver le bénéfice de l'exonération aux salaires inférieurs à 1,4 Smic au lieu de 1,6 Smic, c'est-à-dire diminuer « le point de sortie » ;
- supprimer la référence au Smic dans le calcul de la formule, de sorte que les revalorisations de ce dernier n'entraînent pas de renchérissement de la mesure ;

Ces options auraient pour résultat de modifier le schéma global de l'exonération, ce qui n'est pas le cas de l'annualisation : le point de sortie reste le même et le niveau de réduction reste identique pour les salariés réellement au smic (sans primes), ce qui est particulièrement important, les études conduites sous l'égide de la DARES ayant confirmé une élasticité-prix de la demande de travail plus forte au niveau du Smic. Ces options auraient ainsi un impact négatif très marqué sur l'emploi.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure touchant les recettes prend naturellement place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale.

Elle relève des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et a en outre un effet sur les recettes de l'ordre de deux milliards d'euros par an (2° du B du V du même article).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Cette réduction, qui est d'ordre général est ancienne dans son principe (1993), ne pose pas de difficultés vis-à-vis du droit communautaire. L'annualisation de son mode de calcul ne modifie pas ce constat.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

L'article L. 241-13 du CSS qui définit la réduction générale sera modifié. Afin de renforcer la lisibilité du nouveau dispositif, la rédaction proposée supprime du texte codifié des dispositions transitoires qui sont caduques. La rédaction de l'article rétablit enfin la correcte utilisation, selon les cas, des termes de rémunération totale du salarié ou de rémunération hors heures supplémentaires.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure sera applicable dans les DOM, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014
Affectataires (FSV au titre de l'article 14 du PLFSS)		2 000	2 090	2 184	2 282

Les chiffrages précédents ont été établis à partir de l'exploitation de l'enquête emploi réalisée chaque année par l'Insee. Cette enquête est menée tout au long de l'année. Environ 38 000 ménages répondent chaque trimestre, soit autour de 72 000 personnes de 15 ans ou plus. Le questionnaire prévoit d'interroger les personnes salariées sur leur rémunération et en particulier sur les primes et compléments perçus le mois de l'enquête et sur le reste de l'année. Le montant des allègements a ainsi été simulé selon le barème actuel (les primes et compléments sont pris en compte uniquement sur le mois où ils sont versés) et selon la nouvelle règle (les primes et compléments sont pris en compte sur l'année) afin d'en déduire l'effet de la mesure.

Cette mesure, en diminuant les exonérations, a pour effet d'augmenter le montant des cotisations reçues par les branches maladie, famille et vieillesse des régimes dont les cotisants peuvent bénéficier des exonérations générales (essentiellement le régime général, ainsi que le régime des salariés agricoles et certains régimes spéciaux).

Dans le cadre de la réforme des retraites, il est prévu de ne pas conserver ce surcroît de ressources aux branches mentionnées ci-dessus ni de le reprendre dans le budget de l'Etat en neutralisant l'excédent du panier compensant les allègements généraux, mais d'affecter, via une fraction de la taxe sur les salaires, la totalité du rendement de cette mesure d'annualisation au Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Cette affectation, qui permettra de conforter le financement des éléments de solidarité du système d'assurance vieillesse, est prévue à l'article 14 du PLFSS qui regroupe, pour plus de lisibilité, l'ensemble des ressources supplémentaires attribuées au FSV au titre de la réforme des retraites.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Les chiffres globaux publiés par l'Insee et la Dares indiquent que 64 % des salariés recevaient des primes non mensuelles représentant en moyenne 6,4 % de leur salaire annuel.

Comme l'annualisation ne modifie pas le taux de réduction pour les salariés rémunérés annuellement au SMIC ou à son voisinage et le champ des employeurs bénéficiaires, l'impact économique devrait être limité en comparaison d'autres mesures d'économie équivalentes modifiant le barème de façon homogène pour l'ensemble des bénéficiaires. Les différences de pratiques sectorielles en matière de versement de primes conduisent à des effets différenciés de la mesure en fonction des secteurs. Les secteurs pour lesquels l'effet de la mesure serait le plus important sont les activités financières et d'assurance, la fabrication de matériels de transport et la production et la distribution d'eau (dont le montant d'allègements dont ils bénéficient diminuerait en moyenne de moins de 20 %). Parmi les secteurs les moins touchés, on trouve l'hébergement médico-social et l'action sociale, l'agriculture, les activités de soutien, l'hébergement et la restauration et l'enseignement (dont le montant d'allègements dont ils bénéficient serait réduit de moins de 5 %).

Il convient également de préciser que l'impact de l'annualisation est très différent en fonction de la taille de l'entreprise en raison de la corrélation entre celle-ci et les pratiques de versement de primes (les entreprises de moins de 10 salariés ne subiraient en moyenne qu'une baisse de 2 % du montant de leurs allègements contre 14 % pour les entreprises de plus de 1 000 salariés). Le ciblage de la réduction générale sur les petites entreprises, amorcé avec la majoration du taux maximal d'exonérations en 2007, en serait renforcé.

La gestion des entreprises ne s'en trouve pas bouleversée car la paie et le recouvrement pratiquent déjà la technique de la régularisation annuelle, en particulier pour l'application du plafond de la sécurité sociale. L'annualisation du calcul devra être intégrée dans les logiciels de paie auxquels recourt la majeure partie des entreprises.

En outre, les éléments de calcul actuels comme le traitement des heures supplémentaires et complémentaires restent les mêmes dans le cadre de l'annualisation.

b) impacts sociaux

Le renchérissement du coût du travail pour les employeurs, dont les pratiques de paye conduisaient à maximiser le montant de la réduction dont ils bénéficiaient, pourrait avoir des conséquences défavorables en termes d'emploi. Cette mesure aura néanmoins un impact global mesuré sur l'emploi.

c) impacts sur l'environnement :

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques :

Sans objet.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale :

Les systèmes d'informations de l'ACOSS et de la CCMSA seront adaptés en conséquence. Les documents supports des déclarations de cotisations et de données sociales seront également adaptés. Les simulateurs de calcul de l'allègement général sur le portail internet <http://www.urssaf.fr> seront adaptés en conséquence.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

S'agissant de nouvelles modalités de calcul d'une exonération appliquée par plus de 1,8 million d'établissements, les URSSAF et les caisses de MSA seront nécessairement davantage sollicitées pour répondre aux interrogations des employeurs, en début d'année 2011 (entrée en vigueur) et en fin d'année (période qui correspondra à la majorité des opérations de régularisations).

d) impact budgétaire :

Aucun.

e) impact sur l'emploi : effectifs ETP à mobiliser, formation à assurer, compatibilité avec les moyens fixés par la COG (nouvelle allocation des moyens ou recrutement – temporaires ou permanents – nécessaires..) :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles tels que définis par les conventions d'objectifs et de gestion qui lie l'ACOSS et la CCMSA avec l'Etat.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Les dispositions proposées renvoient la fixation des modalités de calcul de la réduction à un décret simple (modification de l'article D. 241-7 du code de la sécurité sociale). Il sera publié avant la fin de l'année 2010.

2. Existence de mesures transitoires ?

Il n'y a pas de mesure transitoire spécifique prévue.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

La mesure entrera en vigueur pour la première fois pour les rémunérations servies au titre du mois de janvier 2011.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les cotisants seront informés par le réseau des URSSAF et des caisses de MSA. En amont, les représentants des employeurs et les éditeurs de logiciels de paye ont été associés à la mise en œuvre de cette réforme.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Dans le PQE financement annexé au PLFSS, sont concernés :

L'objectif n°1 « Garantir la viabilité financière des régimes de base » / Indicateur n° 1-1 « Taux d'adéquation des dépenses avec les recettes... ». L'augmentation des recettes réduira l'écart entre recettes et dépenses.

L'objectif n°3 « Concilier le financement de la Sécurité sociale et la politique de l'emploi » / Indicateur n°3-1 « Taux de prélèvement effectifs à la charge de l'employeur pour un salarié rémunéré au SMIC et pour un salarié rémunéré au niveau du plafond de la sécurité sociale » Calculé sur une année, le taux de prélèvement pour les salaires concernés par l'annualisation augmentera.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L 241-13 du code de la sécurité sociale (actuel)	Article L.241-13 du code de la sécurité sociale (modifié)
<p>I.-Les cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des maladies professionnelles et des allocations familiales qui sont assises sur les gains et rémunérations tels que définis à l'article L. 242-1, versés au cours d'un mois civil aux salariés, font l'objet d'une réduction.</p> <p>II. - Cette réduction est appliquée aux gains et rémunérations versés aux salariés au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation édictée par l'article L. 351-4 du code du travail et aux salariés mentionnés au 3° de l'article L. 351-12 du même code, à l'exception des gains et rémunérations versés par les particuliers employeurs et, jusqu'au 31 décembre 2005, par l'organisme mentionné à l'article 2 de la loi n° 90-568 du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public de La Poste et à France Télécom.</p> <p>Cette réduction n'est pas applicable aux gains et rémunérations versés par les employeurs relevant des dispositions du titre Ier du livre VII du présent code, à l'exception des employeurs relevant des régimes spéciaux de sécurité sociale des marins, des mines et des clercs et employés de notaires.</p> <p>III. - Le montant de la réduction est calculé chaque mois civil, pour chaque salarié. Il est égal au produit de la rémunération mensuelle, telle que définie à l'article L. 242-1 par un coefficient. Ce coefficient est déterminé par application d'une formule fixée par décret. Il est fonction du rapport entre le salaire minimum de croissance calculé pour un mois sur la base de la durée légale du travail et la rémunération mensuelle du salarié telle que définie à l'article L. 242-1, hors rémunération des heures complémentaires et supplémentaires dans la limite, en ce qui concerne la majoration salariale correspondante, des taux de 25 % ou 50 %, selon le cas, prévus au I de l'article L. 212-5 du code du travail et à l'article L. 713-6 du code rural et de la pêche maritime et hors rémunération des temps de pause, d'habillage et de déshabillage versée en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 11 octobre 2007. Lorsque le salarié est soumis à un régime d'heures d'équivalences payées à un taux majoré en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en</p>	<p>I. - Les cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales qui sont assises sur les gains et rémunérations inférieurs au salaire minimum de croissance majoré de 60 % font l'objet d'une réduction dégressive.</p> <p>II. - Cette réduction est appliquée aux gains et rémunérations versés aux salariés au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation édictée par l'article L. 351-4 du code du travail et aux salariés mentionnés au 3° de l'article L. 351-12 du même code, à l'exception des gains et rémunérations versés par les particuliers employeurs.</p> <p>Cette réduction n'est pas applicable aux gains et rémunérations versés par les employeurs relevant des dispositions du titre Ier du livre VII du présent code, à l'exception des employeurs relevant des régimes spéciaux de sécurité sociale des marins, des mines et des clercs et employés de notaires.</p> <p>III. - Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié, selon des modalités fixées par décret. Il est égal au produit de la rémunération annuelle, telle que définie à l'article L. 242-1 par un coefficient. Ce coefficient est déterminé par application d'une formule fixée par décret. Il est fonction du rapport entre la rémunération annuelle du salarié telle que définie à l'article L. 242-1, hors rémunération des heures complémentaires et supplémentaires dans la limite, en ce qui concerne la majoration salariale correspondante, des taux de 25 % ou 50 %, selon le cas, prévus au I de l'article L. 212-5 du code du travail et à l'article L. 713-6 du code rural et de la pêche maritime et hors rémunération des temps de pause, d'habillage et de déshabillage versée en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 11 octobre 2007 et le salaire minimum de croissance calculé pour un an sur la base de la durée légale du travail. Lorsque le salarié est soumis à un régime d'heures d'équivalences payées à un taux majoré en application d'une convention ou d'un</p>

vigueur au 1er janvier 2010, la majoration salariale correspondante est également déduite de la rémunération mensuelle du salarié dans la limite d'un taux de 25 %. Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur tout le mois, le salaire minimum de croissance pris en compte est celui qui correspond à la durée de travail prévue au contrat.

Le décret prévu à l'alinéa précédent précise les modalités de calcul de la réduction dans le cas des salariés dont le contrat de travail est suspendu avec maintien de tout ou partie de la rémunération.

Pour les gains et rémunérations versés à compter du 1er juillet 2005, le coefficient maximal est de 0,26. Il est atteint pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance. Ce coefficient devient nul pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 60 %. Pour les gains et rémunérations versés avant cette date, les dispositions du présent article s'appliquent sous réserve de celles de l'article 10 de la loi n° 2003-47 du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi.

Pour les gains et rémunérations versés à compter du 1er juillet 2007 par les employeurs de un à dix-neuf salariés au sens des articles L. 620-10 et L. 620-11 du code du travail, le coefficient maximal est de 0,281. Ce coefficient est atteint et devient nul dans les conditions mentionnées à l'alinéa précédent.

Ce coefficient maximal de 0,281 est également applicable aux groupements d'employeurs visés à l'article L. 127-1 du code du travail pour les salariés exclusivement mis à la disposition, au cours d'un même mois, des membres de ces groupements qui ont un effectif de dix-neuf salariés au plus au sens de l'article L. 620-10 du code du travail.

Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, le montant de la réduction est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.

IV. - Dans les professions dans lesquelles le paiement des congés des salariés et des charges sur les indemnités de congés est mutualisé entre les employeurs affiliés aux caisses de compensation prévues à l'article L.

accord collectif étendu en vigueur au 1er janvier 2010, la majoration salariale correspondante est également déduite de la rémunération **annuelle** du salarié dans la limite d'un taux de 25 %. Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur **toute l'année**, le salaire minimum de croissance pris en compte est celui qui correspond à la durée de travail prévue au contrat.

Le décret prévu à l'alinéa précédent précise les modalités de calcul de la réduction dans le cas des salariés dont le contrat de travail est suspendu avec maintien de tout ou partie de la rémunération.

La valeur maximale du coefficient est de 0,26. Elle est atteinte lorsque le rapport mentionné au 1er alinéa du présent III est égal à 1. La valeur du coefficient devient nulle lorsque ce rapport est égal à 1,6.

Pour les gains et rémunérations versés par les employeurs de un à dix-neuf salariés au sens des articles L. 620-10 et L. 620-11 du code du travail, **la valeur maximale du coefficient est de 0,281. Cette valeur est atteinte** et devient nulle dans les conditions mentionnées à l'alinéa précédent.

Cette valeur maximale de 0,281 est également applicable aux groupements d'employeurs visés à l'article L. 127-1 du code du travail pour les salariés mis à la disposition, **pour plus de la moitié du temps de travail effectué sur l'année**, des membres de ces groupements qui ont un effectif de dix-neuf salariés au plus au sens de l'article L. 620-10 du code du travail.

[ces dispositions deviennent VII] Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, le montant de la réduction est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.

IV. - **Pour les salariés pour lesquels l'employeur est tenu à l'obligation d'indemnisation compensatrice de congé payé prévue à l'article L.1251-19 du code du travail** et dans les professions dans lesquelles le paiement des congés des salariés et des charges sur les indemnités de congés est mutualisé entre les employeurs affiliés aux caisses de compensation prévues à l'article L. 223-16 du code du travail, le montant de la réduction déterminée selon les modalités prévues au III est majoré d'un taux fixé par décret. La réduction prévue au présent article

<p>223-16 du code du travail, le montant de la réduction déterminée selon les modalités prévues au III est majoré d'un taux fixé par décret. La réduction prévue au présent article n'est pas applicable aux cotisations dues au titre de ces indemnités par lesdites caisses de compensation.</p> <p>V. - Le bénéfice des dispositions du présent article est cumulable :</p> <p>1° Avec la réduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-14 ;</p> <p>2° Avec les déductions forfaitaires prévues à l'article L. 241-18.</p> <p>Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé, à l'exception des cas prévus aux 1° et 2°, avec celui d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations.</p> <p>VI. - L'employeur doit tenir à disposition des organismes de recouvrement des cotisations un document en vue du contrôle du respect des dispositions du présent article. Le contenu et la forme de ce document sont précisés par décret.</p>	<p>n'est pas applicable aux cotisations dues au titre de ces indemnités par lesdites caisses de compensation.</p> <p>V.- Les modalités selon lesquelles les cotisations dues au titre des rémunérations versées au cours d'un mois civil tiennent compte de cette réduction ainsi que les modalités de régularisation du différentiel éventuel entre la somme des montants de la réduction appliquée au cours de l'année et le montant calculé pour l'année sont précisées par décret.</p> <p>VI. - Le bénéfice des dispositions du présent article est cumulable :</p> <p>1° Avec la réduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-14 ;</p> <p>2° Avec les déductions forfaitaires prévues à l'article L. 241-18.</p> <p>Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé, à l'exception des cas prévus aux 1° et 2°, avec celui d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations.</p> <p>VII. - Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, le montant de la réduction est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.</p> <p>VIII.- Le montant de la réduction est imputé sur les cotisations de sécurité sociale mentionnées au I dans des conditions définies par arrêté.</p>
<p>Article L741-16 du code rural et de la pêche maritime (actuel)</p> <p>I.-Les employeurs relevant du régime de protection sociale des professions agricoles sont exonérés des cotisations patronales dues au titre des assurances sociales pour les travailleurs occasionnels qu'ils emploient.</p> <p>Les travailleurs occasionnels agricoles sont des salariés dont le contrat de travail relève du 3° de l'article L. 1242-2 ou de l'article L. 1242-3 du code du travail pour des tâches temporaires liées au cycle de la production animale et végétale, aux travaux forestiers et aux activités de transformation, de conditionnement et de commercialisation de produits agricoles lorsque ces activités, accomplies sous l'autorité d'un</p>	<p>Article L741-16 du code rural et de la pêche maritime (modifié)</p> <p>I.-Les employeurs relevant du régime de protection sociale des professions agricoles sont exonérés des cotisations patronales dues au titre des assurances sociales pour les travailleurs occasionnels qu'ils emploient.</p> <p>Les travailleurs occasionnels agricoles sont des salariés dont le contrat de travail relève du 3° de l'article L. 1242-2 ou de l'article L. 1242-3 du code du travail pour des tâches temporaires liées au cycle de la production animale et végétale, aux travaux forestiers et aux activités de transformation, de conditionnement et de commercialisation de produits agricoles lorsque ces activités, accomplies sous l'autorité d'un</p>

<p>exploitant agricole, constituent le prolongement direct de l'acte de production.</p> <p>Cette exonération est déterminée conformément à un barème dégressif linéaire fixé par décret et tel que l'exonération soit totale pour une rémunération mensuelle inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 150 % et devienne nulle pour une rémunération mensuelle égale ou supérieure au salaire minimum de croissance majoré de 200 %. Pour le calcul de l'exonération, la rémunération mensuelle et le salaire minimum de croissance sont définis dans les conditions prévues aux quatrième et cinquième phrases du premier alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>exploitant agricole, constituent le prolongement direct de l'acte de production.</p> <p>Cette exonération est déterminée conformément à un barème dégressif linéaire fixé par décret et tel que l'exonération soit totale pour une rémunération mensuelle inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 150 % et devienne nulle pour une rémunération mensuelle égale ou supérieure au salaire minimum de croissance majoré de 200 %. Pour le calcul de l'exonération, la rémunération mensuelle et le salaire minimum de croissance sont définis dans les conditions prévues aux quatrième et cinquième phrases du premier alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction en vigueur au 31 décembre 2010.</p>
<p align="center">L. 751-17 du code rural et de la pêche maritime (actuel)</p> <p>Les dispositions de l'article L. 241-13 et de l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale sont applicables aux cotisations d'accidents du travail dues au titre des salariés agricoles.</p>	<p align="center">L. 751-17 du code rural et de la pêche maritime (modifié)</p> <p>Les dispositions de l'article L. 241-13 et de l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale sont applicables aux cotisations d'accidents du travail dues au titre des salariés agricoles.</p>
<p align="center">Article 25 loi 2008-1258 du 3 décembre 2008 (actuel)</p> <p>I. — Le III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° A la quatrième phrase du premier alinéa, les mots : « le salaire minimum de croissance » sont remplacés par les mots : « le salaire de référence défini au deuxième alinéa, » ;</p> <p>2° A la dernière phrase du premier alinéa, les mots : « le salaire minimum de croissance » sont remplacés par les mots : « le salaire de référence mentionné au deuxième alinéa » ;</p> <p>3° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Le salaire de référence est le salaire minimum national professionnel des salariés sans qualification applicable à l'entreprise au sens du 4° du II de l'article L. 2261-22 du code du travail dans la limite du montant du salaire minimum de croissance applicable. Toutefois, ce salaire de référence est réputé égal au salaire minimum de croissance en vigueur lorsque le salaire minimum national professionnel des salariés sans qualification a été porté à un niveau égal ou supérieur au salaire minimum de croissance au cours des deux années civiles précédant celle du mois civil au titre duquel le montant de la réduction est calculé. Un décret fixe les modalités de détermination de ce salaire de référence. » ;</p> <p>4° Au deuxième alinéa, les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « au</p>	<p align="center">Article 25 loi 2008-1258 du 3 décembre 2008 (modifié)</p> <p>I. — Le III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° A la quatrième phrase du premier alinéa, les mots : « le salaire minimum de croissance » sont remplacés par les mots : « le salaire de référence défini au deuxième alinéa, » ;</p> <p>2° A la dernière phrase du premier alinéa, les mots : « le salaire minimum de croissance » sont remplacés par les mots : « le salaire de référence mentionné au deuxième alinéa » ;</p> <p>3° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Le salaire de référence est le salaire minimum national professionnel des salariés sans qualification applicable à l'entreprise au sens du 4° du II de l'article L. 2261-22 du code du travail dans la limite du montant du salaire minimum de croissance applicable. Toutefois, ce salaire de référence est réputé égal au salaire minimum de croissance en vigueur lorsque le salaire minimum national professionnel des salariés sans qualification a été porté à un niveau égal ou supérieur au salaire minimum de croissance au cours des deux années civiles précédant l'année au titre de laquelle le montant de la réduction est calculé. Un décret fixe les modalités de détermination de ce salaire de référence. » ;</p> <p>4° Au deuxième alinéa, les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « au</p>

<p>premier alinéa » ;</p> <p>5° Aux deuxième et troisième phrases du troisième alinéa, les mots : « salaire minimum de croissance » sont remplacés par les mots : « salaire de référence mentionné au deuxième alinéa ».</p> <p>II. — Au IV de l'article 48 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « cinquième ».</p> <p>III. — Au plus tard le 31 décembre 2010, le Gouvernement établit un rapport après avis de la Commission nationale de la négociation collective et portant sur :</p> <p>1° L'application de l'article 26 de la présente loi ;</p> <p>2° La situation des grilles salariales de branche au regard, d'une part, du salaire minimum de croissance et, d'autre part, des différents coefficients hiérarchiques afférents aux qualifications professionnelles dans la branche. La situation des grilles salariales s'apprécie en estimant le ratio entre, d'une part, le nombre de branches de plus de cinq mille salariés dont le montant mensuel du salaire minimum national professionnel des salariés sans qualification n'a pas été porté à un niveau égal ou supérieur au salaire minimum de croissance au cours des deux dernières années et, d'autre part, le nombre de branches de plus de cinq mille salariés, selon les modalités fixées par le décret mentionné au I. Pour l'établissement du ratio mentionné à la phrase précédente, le nombre de branches s'apprécie au regard de leur champ d'application en vigueur à la date de publication de la présente loi.</p> <p>Ce rapport est rendu public et transmis au Parlement.</p> <p>IV. — Le I du présent article entre en vigueur à compter d'une date fixée par décret pris au vu du rapport mentionné au premier alinéa du III, au plus tard le 1er janvier 2011, sauf si le ratio mentionné au 2° du III a diminué d'au moins 50 % depuis la date de publication de la présente loi. Un décret pris après avis de la Commission nationale de la négociation collective ajuste dans ce dernier cas le calendrier de mise en œuvre des dispositions du I.</p>	<p>premier alinéa » ;</p> <p>II. — Au IV de l'article 48 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « cinquième ».</p> <p>III. — Au plus tard le 31 décembre 2010, le Gouvernement établit un rapport après avis de la Commission nationale de la négociation collective et portant sur :</p> <p>1° L'application de l'article 26 de la présente loi ;</p> <p>2° La situation des grilles salariales de branche au regard, d'une part, du salaire minimum de croissance et, d'autre part, des différents coefficients hiérarchiques afférents aux qualifications professionnelles dans la branche. La situation des grilles salariales s'apprécie en estimant le ratio entre, d'une part, le nombre de branches de plus de cinq mille salariés dont le montant mensuel du salaire minimum national professionnel des salariés sans qualification n'a pas été porté à un niveau égal ou supérieur au salaire minimum de croissance au cours des deux dernières années et, d'autre part, le nombre de branches de plus de cinq mille salariés, selon les modalités fixées par le décret mentionné au I. Pour l'établissement du ratio mentionné à la phrase précédente, le nombre de branches s'apprécie au regard de leur champ d'application en vigueur à la date de publication de la présente loi.</p> <p>Ce rapport est rendu public et transmis au Parlement.</p> <p>IV. — Le I du présent article entre en vigueur à compter d'une date fixée par décret pris au vu du rapport mentionné au premier alinéa du III, au plus tard le 1er janvier 2011, sauf si le ratio mentionné au 2° du III a diminué d'au moins 50 % depuis la date de publication de la présente loi. Un décret pris après avis de la Commission nationale de la négociation collective ajuste dans ce dernier cas le calendrier de mise en œuvre des dispositions du I.</p>
--	---

ARTICLE 13

HAUSSE DU FORFAIT SOCIAL

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Des sommes allouées aux salariés dans le cadre de leur activité professionnelle échappent aujourd'hui aux cotisations de sécurité sociale et ne leur ouvrent pas de droits. Ces dispositifs sont une composante des exemptions d'assiette, et font donc à ce titre partie des « niches sociales », lesquelles ont fait l'objet de plusieurs rapports parlementaires⁵, de la Cour des Comptes⁶, ainsi que du Gouvernement⁷.

Ces différents travaux mettent notamment en évidence :

- la nécessité que le prélèvement social ne se concentre pas uniquement sur les salaires compte tenu de la dynamique du développement des dispositifs accessoires de rémunération servis aux salariés ;
- le fait que le prélèvement social de droit commun n'est pas adapté à ces formes particulières de rémunération.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a donc instauré un forfait social, à la charge de l'employeur, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009 et affecté à la CNAMTS. Il est assis sur certaines exemptions d'assiette portant sur les revenus d'activité du secteur privé, soumis à la CSG mais qui n'entrent pas dans l'assiette des cotisations. Il s'agit de l'intéressement, la participation, les contributions des employeurs aux régimes de retraite supplémentaire et les abondements de l'employeur aux plans d'épargne entreprise et au plan d'épargne pour la retraite collective (PEE et PERCO).

Le taux de ce forfait, initialement fixé à 2 %, a été porté à 4 % par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Ce taux est très modéré si on le compare aux taux appliqués aux rémunérations salariales ordinaires : autour de 43 points de cotisations patronales, tous risques confondus, en moyenne par exemple pour une rémunération égale à 2 Smic, et de 30 points si on ne prend en compte que les seules cotisations patronales de sécurité sociale.

La dégradation du solde des organismes de sécurité sociale et la nécessaire contribution de tous au financement du système de protection sociale rend nécessaire la poursuite de cette réforme visant à instaurer une contribution efficace (assiette large, taux faible) permettant au prélèvement social patronal de ne pas se concentrer uniquement sur les salaires, compte tenu de la dynamique propre des dispositifs accessoires de rémunération servis aux salariés, dispositifs dont le développement correspond tout à fait aux nouvelles pratiques managériales et politiques de rémunération des entreprises, comme l'a montré une récente étude de la DARES⁸.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

La mesure proposée consiste à augmenter de 2 points le taux du forfait social affecté à la CNAMTS. Cette mesure est de nature à renforcer la contributivité des éléments de rémunération actuellement soumis au forfait au financement de la solidarité nationale, sans faire craindre par ailleurs un ralentissement du dynamisme des dispositifs d'épargne salariale compte tenu du niveau tout à fait limité de ce prélèvement par rapport aux taux de droit commun sur les salaires.

⁵ rapport de juin 2008 sur les exonérations de cotisations sociales, rédigé à l'initiative conjointe de la commission des finances et des affaires sociales et présenté par M. Yves BUR ;

le rapport d'information de M. Alain VASSELLE, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé en octobre 2007, en vue de la tenue du débat sur les prélèvements obligatoires.

⁶ rapport de septembre 2007 de la Cour des comptes sur la sécurité sociale

⁷ le Gouvernement a remis au Parlement, en novembre 2007, un premier rapport quinquennal présentant un état et une évaluation financière de ces dispositifs

⁸ Premières Synthèses n°008 février 2010 Les pratiques de rémunération des entreprises en 2010.

Une autre option serait de ne pas relever le taux du forfait social, ce qui conduit soit à renoncer à réduire une partie du déficit de la branche maladie, soit à mobiliser une autre recette à cet effet.

Une hausse plus élevée du taux de la contribution n'est également pas jugée opportune dans le contexte économique actuel.

Par ailleurs, une clarification apparaît nécessaire sur l'assujettissement des royalties des artistes du spectacle au forfait social. En effet, si le principe de cet assujettissement ne fait pas de doute, il convient de préciser qui endosse le rôle de l'employeur en charge de l'acquitter lorsque ces sommes sont versées par l'intermédiaire de sociétés productrices, entreprises de radiodiffusion, sociétés de perception et de répartition des droits, etc. S'agissant d'un prélèvement social finançant le régime général, il n'est pas demandé à l'artiste du spectacle de s'acquitter du prélèvement mais à son employeur ou à l'utilisateur de l'enregistrement de son interprétation, exécution ou présentation. Cette précision permettra d'assurer le recouvrement effectif des sommes dues au titre de ces rémunérations.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Il s'agit d'une mesure de recette qui prend place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle relève des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et a en outre un effet sur les recettes estimées à 350 M€ pour 2011 (2° du B du V du même article).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

- a) Possibilité de codification

Le taux du forfait social est fixé à l'article L.137-16 du code de la sécurité sociale.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

- c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure sera applicable dans les quatre DOM, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre et Miquelon.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Oui
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Le rendement de cette mesure à champ constant serait de 350 M€ en 2011, au vu du rendement attendu du forfait sociale en 2010.

Organisme(s) impacté(s) (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en millions d'euros) <i>Coût ou moindre recette (signe -), économie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	2010 (rectificatif)	2011 P	2012	2013	2014
CNAM/FSV		+350	+365	+380	+396

Dans le cadre de la réforme des retraites, il est prévu d'affecter une partie du produit du forfait social au Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Cette affectation, qui s'inscrit dans le schéma global de financement des régimes de retraite, est prévue à un autre article du PLFSS dont l'étude d'impact regroupe, pour plus de lisibilité, l'ensemble des ressources supplémentaires attribuées au FSV dans le cadre de la réforme des retraites.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

L'augmentation du forfait social ne serait pas de nature à porter atteinte au dynamisme des avantages consentis aux salariés : d'une part ce prélèvement est à la charge de l'employeur ; d'autre part et surtout, le différentiel avec les taux appliqués aux salaires et autres éléments de rémunération reste très important (cf. tableau ci-dessous).

A ce titre, il est intéressant de noter que le dynamisme combiné des exonérations et des exemptions portant sur les revenus d'activité contributive, de 1999 à 2009, à diminuer le taux des cotisations sécurité sociale de base sur les revenus du travail. Depuis la mise en place du forfait social, ce mouvement tend néanmoins à se stabiliser.

Depuis 1999, la part de l'épargne salariale dans la rémunération totale des salariés a augmenté, de 6,1 à 7,5 %. Comme l'épargne salariale supporte moins de prélèvements de sécurité sociale que le salaire, le taux moyen des prélèvements des régimes de sécurité sociale de base, rapportés à la totalité des rémunérations versées (salaire + épargne salariale) a diminué entre 1999 et 2011 pour les salariés rémunérés au smic, et est resté quasiment stable sur la période pour les salariés rémunérés entre 1,6 smic et le plafond de la sécurité sociale.

Taux de cotisations pour un salarié rémunéré entre 1,6 SMIC et le plafond de la sécurité sociale

	1999	2009	2010	2011
Cotisations de sécurité sociale patronales sur les salaires	30,21 %	30,38 %	30,38 %	30,38 %
Exonérations	0 %	0 %	0 %	0 %
Forfait social sur l'épargne salariale	0 %	2 %	4 %	6 %
Part de l'épargne salariale dans la rémunération des salariés	6,1 %	7,1 %	7,3 %	7,5 %
Taux de prélèvement total sécurité sociale de base	28,4 %	28,4 %	28,5 %	28,6 %

Taux de cotisations pour un salarié rémunéré au SMIC

	1999	2009	2010	2011
Cotisations de sécurité sociale patronales sur les salaires	30,21 %	30,38 %	30,38 %	30,38 %
Exonérations	-18 %	-26 %	-26 %	-26 %
Forfait social sur l'épargne salariale	0 %	2 %	4 %	6 %
Part de l'épargne salariale dans la rémunération des salariés	6,1 %	7,1 %	7,3 %	7,5 %
Taux de prélèvement total sécurité sociale de base	11,3 %	4,2 %	4,4 %	4,5 %

Source : DARES, enquête PIPA (épargne salariale) ; calculs DSS

b) impacts sociaux

En outre, il convient de souligner que le dispositif actuel au taux de 4 % n'a donné lieu à quasiment aucune contestation ou courriers de la part des redevables ou de leurs employeurs, preuve du faible effet individuel de la mesure.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

S'agissant d'un simple changement de taux, la mesure ne présente aucune difficulté particulière de mise en œuvre

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

La mesure n'emporte aucune charge administrative nouvelle

d) impact budgétaire

Pas d'impact budgétaire

e) impact sur l'emploi :

Aucun, la mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Aucun texte d'application n'est nécessaire. Une circulaire pourra le cas échéant venir rappeler l'existence de cette mesure.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Aucun délai de mise en œuvre n'est nécessaire. Elle entrera en vigueur sur les sommes allouées à compter du 1^{er} janvier 2011.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les employeurs seront informés via le réseau des URSSAF et des caisses de MSA

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

La mesure est couverte par l'objectif 2 (veiller à l'équité du prélèvement social) de la partie II du PQE financement annexé au PLFSS.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p style="text-align: center;">Art. L137-15 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>Les rémunérations ou gains assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale définie au premier alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et au deuxième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime sont soumis à une contribution à la charge de l'employeur, à l'exception :</p> <p>1° De ceux assujettis à la contribution prévue à l'article L. 137-13 du présent code ;</p> <p>2° Des contributions des employeurs mentionnées au 2° des articles L. 242-1 du présent code et L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ;</p> <p>3° Des indemnités exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et du troisième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ;</p> <p>4° De l'avantage prévu à l'article L. 411-9 du code du tourisme.</p> <p>Sont également soumises à cette contribution les sommes entrant dans l'assiette définie au premier alinéa du présent article versées aux personnes mentionnées à l'article L. 3312-3 du code du travail.</p> <p>Sont également soumises à cette contribution les rémunérations visées aux articles L. 225-44 et L. 225-85 du code de commerce perçues par les administrateurs et membres des conseils de surveillance de sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme.</p>	<p style="text-align: center;">Art. L137-15 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Les rémunérations ou gains assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale définie au premier alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et au deuxième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime sont soumis à une contribution à la charge de l'employeur, à l'exception :</p> <p>1° De ceux assujettis à la contribution prévue à l'article L. 137-13 du présent code ;</p> <p>2° Des contributions des employeurs mentionnées au 2° des articles L. 242-1 du présent code et L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ;</p> <p>3° Des indemnités exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et du troisième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ;</p> <p>4° De l'avantage prévu à l'article L. 411-9 du code du tourisme.</p> <p>Sont également soumises à cette contribution les sommes entrant dans l'assiette définie au premier alinéa du présent article versées aux personnes mentionnées à l'article L. 3312-3 du code du travail.</p> <p>Sont également soumises à cette contribution les rémunérations visées aux articles L. 225-44 et L. 225-85 du code de commerce perçues par les administrateurs et membres des conseils de surveillance de sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme.</p> <p>La contribution due au titre des rémunérations mentionnées à l'article L.7121-8 du code du travail est acquittée par l'employeur ou par l'utilisateur mentionné à cet article au titre des sommes qu'il verse à l'artiste.</p>
<p style="text-align: center;">Article L.137-16 CSS (actuel)</p> <p>Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 4 %.</p>	<p style="text-align: center;">Article L.137-16 CSS (modifié)</p> <p>Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 6 %.</p>

ARTICLE 14

RECETTES AFFECTÉES AU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE DANS LE CADRE DE LA RÉFORME DES RETRAITES

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Dans le cadre de la réforme des retraites qui vise notamment à assurer la soutenabilité à moyen terme du système de retraite par répartition, le Gouvernement s'est engagé à octroyer des moyens supplémentaires au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) afin de conforter le financement des mécanismes de solidarité pris en charge par le Fonds.

Dans cette perspective, plusieurs mesures en recettes viennent compléter les mesures d'économies prévues par le projet de loi portant réforme des retraites :

- trois mesures inscrites dans le projet de loi de finances pour 2011, relatives à l'impôt sur le revenu, aux contributions sur les revenus du capital ainsi qu'à la suppression du plafonnement de la quote-part pour frais et charges sur les dividendes reçus par une société-mère de ses filiales : ces différentes mesures viendront mécaniquement abonder le budget de l'Etat, à hauteur de 1,341 Md€ en 2011 et de 1,588 Md€ en 2012.

- l'augmentation, prévue par le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), de la contribution sur les stock-options: spontanément, le rendement de cette mesure va à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (+ 70 M€ en 2011 et + 82 M€ en 2012).

- le rendement de la mesure d'annualisation du mode de calcul de l'allègement général de cotisations patronales, également contenue dans le PLFSS, qui se répartit mécaniquement entre les différentes branches du régime général (+ 2 000 M€ en 2011 et + 2 090 M€ en 2012).

- l'instauration par le PLFSS d'une nouvelle contribution sur les retraites chapeaux, dont le rendement est affecté au FSV (+ 110 M€ en 2011 et + 117 M€ en 2012).

En dehors du dernier dispositif sur les retraites chapeaux, le FSV n'est pas directement bénéficiaire des mesures en recettes prévues dans le cadre de la réforme des retraites.

Il convient dès lors de prévoir des transferts de ressources entre les différents organismes affectataires afin que le Fonds soit bien, conformément aux orientations retenues par le Gouvernement, le destinataire final de cet effort en recettes.

C'est l'objet du présent article qui vise à organiser les transferts nécessaires, tout en veillant à la neutralité de ces opérations pour les « organismes pivots ».

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Le présent article opère les différents transferts de ressources nécessaires pour augmenter les recettes du FSV à hauteur du rendement de l'ensemble des mesures décidées en faveur du financement du système de retraites.

i) L'Etat bénéficie au titre de la réforme des retraites, comme dit plus haut, d'un surcroît de ressources de 1,341 Md€ en 2011 et de 1,588 Md€ en 2012. En échange, il est inscrit dans le projet de loi de finances (PLF) pour 2011 le transfert à la sphère sociale d'une partie du rendement de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA). Plus précisément, le PLF prévoit l'affectation à la CNAMTS de la TVA brute collectée dans des secteurs relevant du champ de la santé (à hauteur de 1,340 Md€ pour 2011 et 1,592 Md€ pour 2012), préservant ainsi la cohérence entre les ressources affectées aux organismes de sécurité sociale et le risque couvert par ces derniers.

En outre, la CNAMTS perçoit spontanément le surcroît de ressources dû à l'augmentation de la contribution sur les stock-options (+ 70 M€ en 2011).

Dans ce contexte, il est nécessaire de prévoir l'attribution au FSV, pour des montants totaux exactement équivalents, de ressources jusque là affectées à la CNAMTS.

Le présent article dispose ainsi que le FSV recevra à partir de 2011 la totalité du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) additionnelle (ce qui est cohérent avec le fait que le FSV est déjà destinataire de C3S) ainsi qu'une part du forfait social, équivalente au taux de 2,45 % en 2011 puis 3,58 % à partir de 2012. En conséquence, la CNAMTS ne recevra plus qu'une part du forfait social correspondant à un taux de 3,55 % en 2011 puis 2,42 % en 2012.

Le partage du forfait social entre la CNAMTS et le FSV est ajusté de sorte que l'opération soit financièrement totalement neutre pour la branche maladie du régime général en 2011 et en 2012, comme le montre le tableau suivant.

Rendement des mesures (en M€)		2011	2012
Surcroît de recettes pour la CNAM	Stock options	70	82
	TVA	1 340	1 592
	Sous-total (A)	1 410	1 674
Perte de recettes pour la CNAM (transfert au FSV)	Part du forfait social	428	654
	C3S additionnelle	982	1 020
	Sous-total (B)	1 410	1 674
Bilan pour la CNAM	A-B	0	0

Une autre option aurait pu consister à transférer de la CSG de la CNAMTS au FSV. Or, la CSG a été affectée à la CNAMTS en 1997/1998 au cours d'une opération de substitution de la plus grande partie des cotisations salariales maladie, affirmant le caractère solidaire du financement du régime, caractère solidaire qui a été fortement renforcé par l'introduction de la CMU en 1999. Réduire la part de CSG finançant l'assurance maladie pour la remplacer par des recettes de TVA sectorielle reviendrait à affaiblir ce principe et c'est pourquoi cette option a été écartée.

ii) La mesure d'annualisation du mode de calcul de l'allègement général de cotisations patronales a pour effet direct d'augmenter le montant des cotisations perçues par les branches maladie, famille et vieillesse des régimes dont les cotisants bénéficient de cet allègement (en premier lieu le régime général, cf. *fiche d'évaluation préalable relative à cette mesure*). Dans le cadre de la réforme des retraites, il est donc prévu d'affecter ce surcroît de ressources au FSV, plutôt que de le conserver aux branches visées ci-dessus. Dans cette perspective, le schéma proposé par le présent article vise à réduire le montant des recettes fiscales incluses dans le « panier » affecté jusque là à ces différentes branches, en vertu du mécanisme de compensation prévu à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale. Le FSV recevra ainsi dès 2011 une fraction égale à 16,7 % du produit de la taxe sur les salaires.

Parmi les recettes affectées à la sécurité sociale en compensation de l'allègement général, le choix s'est porté sur la taxe sur les salaires à la fois pour des raisons de lisibilité du transfert (mieux vaut de ce point de vue une quote-part d'une recette à fort rendement que l'affectation de plusieurs recettes à rendements plus faibles qui aurait complexifié le schéma d'ensemble) et pour ses bonnes propriétés dynamiques : la taxe sur les salaires possède en effet une large assiette qui croît à un rythme tendanciel de long terme soutenu.

Le tableau suivant fait la synthèse du surcroît de ressources dont bénéficiera ainsi le FSV au titre de la réforme des retraites :

Rendement affecté au FSV (en M€)	2011	2012
CSSS additionnelle	982	1020
Part du forfait social	428	654
Fraction de la taxe sur les salaires	2 000	2 090
Contribution sur les retraites chapeaux (<i>son rendement va spontanément au FSV / aucune mesure de transfert n'est nécessaire</i>)	110	117
TOTAL	3 520	3 881

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure vise à affecter au FSV des recettes supplémentaires et trouve sa place dans la troisième partie de la loi de financement.

Elle relève des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et a en outre un effet sur les recettes estimé à plus de trois milliards d'euros dès 2011 (2° du B du V du même article).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

- a) Possibilité de codification

L'ensemble des dispositions de la présente mesure sont insérées dans le code de la sécurité sociale, à l'exception des dispositions transitoires.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

- c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure met en jeu le FSV et la CNAMTS qui interviennent dans les DOM, 0 Saint-Martin et Saint-Barthélemy. .

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Le FSV bénéficiera désormais de la totalité du rendement de la C3S additionnelle, d'une part du forfait social (correspondant au taux de 2,45 % en 2011 et au taux de 3,58 % à partir de 2012) ainsi que d'une fraction égale à 16,7 % de la taxe sur les salaires. Le surcroît de ressources attendu au titre de ces mesures figure dans le tableau suivant.

Par ailleurs, ces affectations emporteront facialement des conséquences sur les comptes de la CNAMTS, laquelle se voyait attribuer jusque là la totalité de la C3S additionnelle ainsi que la totalité du forfait social. Ces conséquences seront cependant neutralisées par l'affectation par le projet de loi de finances pour 2011 de TVA brute pour des montants équivalents. Pour cette raison, l'impact financier pour la CNAMTS sera nul.

<u>Organisme (s) impacté (s)</u> (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	<i>Coût ou moindre recette (signe -)</i>				
	<i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	2010 <i>(rectificatif)</i>	2011 <i>R</i>	2012 <i>R</i>	2013 <i>R</i>	2014 <i>R</i>
FSV		+ 3 410	+ 3 764	+ 3 921	+ 4 090

L'impact sur les recettes du FSV dans le tableau ci-dessus ne comprend pas le rendement de la mesure portant sur les retraites chapeau, qui n'est pas concernée par la mesure présentée ici, ce qui explique l'écart avec les chiffres indiqués dans le tableau figurant au I-2 de la présente fiche d'évaluation.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Sans objet : le présent article ne fait qu'organiser des transferts de ressources entre administrations.

b) impacts sociaux

Sans objet : le présent article ne fait qu'organiser des transferts de ressources entre administrations.

c) impacts sur l'environnement.

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet : le présent article ne fait qu'organiser des transferts de ressources entre administrations.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Il n'y a pas d'impact particulier sur les organismes de sécurité sociale.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Il s'agit de simples mesures de transferts de ressources, sans impact sur la charge administrative.

d) impact budgétaire

Il n'y a aucun impact budgétaire.

e) impact sur l'emploi :

Il n'y a aucun impact sur l'emploi.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Aucun texte d'application n'est nécessaire.

2. Existence de mesures transitoires ?

Des dispositions transitoires sont prévues s'agissant du forfait social. En effet, le produit reçu par le FSV est plus faible en 2011 qu'à partir de 2012 dans la mesure où les mesures en recettes prévues dans le cadre de la réforme des retraites n'ont un plein rendement qu'à partir de 2012.

Ainsi, le FSV bénéficiera en 2011 d'une part correspondant au taux de 2,45 % de forfait social, puis de 3,58 % à partir de 2012.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Aucun délai de mise en œuvre n'est à prévoir.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

La mesure n'aura pas d'impact sur les indicateurs attachés aux PQE.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 131-8 du code de la sécurité sociale (actuel)	Article L. 131-8 du code de la sécurité sociale (modifié)
<p>Par dérogation aux dispositions des articles L. 131-7 et L. 139-2, le financement des mesures définies aux articles L. 241-13 et L. 241-6-4, à l'article 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail, aux articles 1er et 3 de la loi n° 96-502 du 11 juin 1996 tendant à favoriser l'emploi par l'aménagement et la réduction conventionnels du temps de travail et à l'article 13 de la loi n° 2003-47 du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi, est assuré par une affectation d'impôts et de taxes aux régimes de sécurité sociale.</p> <p>II.-Les impôts et taxes mentionnés au I sont :</p> <p>1° La taxe sur les salaires, mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code ;</p> <p>2° abrogé ;</p> <p>3° abrogé ;</p> <p>4° abrogé ;</p> <p>5° abrogé ;</p> <p>6° La taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire, mentionnée à l'article L. 137-1 du présent code ;</p> <p>7° La taxe sur les primes d'assurance automobile, mentionnée à l'article L. 137-6 du présent code ;</p> <p>8° La taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques, dans des conditions fixées par décret ;</p> <p>9° La taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les fournisseurs de tabacs, dans des conditions fixées par décret ;</p> <p>10° Une fraction égale à 33,36 % du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts ;</p> <p>11° Le droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs mentionné à l'article 568 du même code.</p> <p>(...)</p>	<p>Par dérogation aux dispositions des articles L. 131-7 et L. 139-2, le financement des mesures définies aux articles L. 241-13 et L. 241-6-4, à l'article 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail, aux articles 1er et 3 de la loi n° 96-502 du 11 juin 1996 tendant à favoriser l'emploi par l'aménagement et la réduction conventionnels du temps de travail et à l'article 13 de la loi n° 2003-47 du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi, est assuré par une affectation d'impôts et de taxes aux régimes de sécurité sociale.</p> <p>II.-Les impôts et taxes mentionnés au I sont :</p> <p>1° Une fraction égale à 83,3 % de la taxe sur les salaires, mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code ;</p> <p>2° abrogé ;</p> <p>3° abrogé ;</p> <p>4° abrogé ;</p> <p>5° abrogé ;</p> <p>6° La taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire, mentionnée à l'article L. 137-1 du présent code ;</p> <p>7° La taxe sur les primes d'assurance automobile, mentionnée à l'article L. 137-6 du présent code ;</p> <p>8° La taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques, dans des conditions fixées par décret ;</p> <p>9° La taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les fournisseurs de tabacs, dans des conditions fixées par décret ;</p> <p>10° Une fraction égale à 33,36 % du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts ;</p> <p>11° Le droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs mentionné à l'article 568 du même code.</p> <p>(...)</p>

Article L.135-3 du code de la sécurité sociale (actuel)	Article L.135-3 du code de la sécurité sociale (modifié)
<p>Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 et à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont constituées par :</p> <p>1° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application des taux fixés au 2° du IV de l'article L. 136-8 aux assiettes de ces contributions ;</p> <p>2° (Paragraphe supprimé)</p> <p>3° (Paragraphe abrogé)</p> <p>4° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 ;</p> <p>5° (Abrogé) ;</p> <p>6° Les sommes mises à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales par le 5° de l'article L. 223-1 ;</p> <p>7° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, des prélèvements sociaux prévus aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;</p> <p>8° Les fonds consignés au 31 décembre 2003 au titre des compensations prévues à l'article L. 134-1 ;</p> <p>9° Alinéa abrogé</p> <p>10° Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-11.</p> <p>Les recettes et les dépenses du fonds de la première section doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale.</p>	<p>Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 et à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont constituées par :</p> <p>1° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application des taux fixés au 2° du IV de l'article L. 136-8 aux assiettes de ces contributions ;</p> <p>2° Une fraction égale à 16,7 % du produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code ;</p> <p>3° La part du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 fixée au 2° de l'article L. 137-16 ;</p> <p>4° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 ;</p> <p>5° Le produit de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés mentionnée à l'article L. 245-13 ;</p> <p>6° Les sommes mises à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales par le 5° de l'article L. 223-1 ;</p> <p>7° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, des prélèvements sociaux prévus aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;</p> <p>8° Les fonds consignés au 31 décembre 2003 au titre des compensations prévues à l'article L. 134-1 ;</p> <p>9° Alinéa abrogé</p> <p>10° Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-11.</p> <p>Les recettes et les dépenses du fonds de la première section doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale.</p>

<p align="center">Article L. 137-16 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 4 %.</p>	<p align="center">Article L. 137-16 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 4 %.</p> <p>Le produit de cette contribution est versé :</p> <p>1° À la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour la part correspondant à un taux de 2,42 % ;</p> <p>2° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 3,58 %.</p>
<p align="center">Article L. 241-2 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :</p> <p>1°) Les avantages de retraite, soit qu'ils aient été financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur, soit qu'ils aient donné lieu à rachat de cotisations ainsi que les avantages de retraite versés au titre des articles L. 381-1 et L. 742-1 du présent code, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ;</p> <p>2°) Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2 ;</p> <p>3°) Le produit de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés, prévue par l'article L. 245-13 ;</p> <p>4°) Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 ;</p> <p>5°) Une fraction des prélèvements sur les jeux et paris prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22.</p> <p>Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés.</p> <p>Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés.</p> <p>Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article.</p> <p>Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :</p>	<p align="center">Article L. 241-2 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :</p> <p>1°) Les avantages de retraite, soit qu'ils aient été financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur, soit qu'ils aient donné lieu à rachat de cotisations ainsi que les avantages de retraite versés au titre des articles L. 381-1 et L. 742-1 du présent code, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ;</p> <p>2°) Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2 ;</p> <p>3°) supprimé</p> <p>4°) supprimé</p> <p>5°) supprimé</p> <p>Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés.</p> <p>Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés.</p> <p>Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article.</p> <p>Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :</p> <p>1° Une fraction égale à 38,81 % du droit de</p>

<p>1° Une fraction égale à 38,81 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ;</p> <p>2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3.</p>	<p>consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ;</p> <p>2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3.</p> <p>4^o La part du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 fixée au 1° de l'article L. 137-16 ;</p> <p>5° Une fraction des prélèvements sur les jeux et paris prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22.</p>
<p>Article L245-13 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>Il est institué, au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, une contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés prévue par les articles L. 651-1 et suivants. Cette contribution additionnelle est assise, recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que celles applicables à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés. Son taux est de 0,03 %.</p>	<p>Article L245-13 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Il est institué, au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, une contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés prévue par les articles L. 651-1 et suivants. Cette contribution additionnelle est assise, recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que celles applicables à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés. Son taux est de 0,03 %.</p>

⁹ NB : le 3° est ajouté par l'article 39 du PLF pour 2011

ARTICLE 15

ENCADREMENT DU MONTANT DE LA RÉMUNÉRATION AUQUEL L'ABATTEMENT POUR FRAIS PROFESSIONNELS DE 3 % EST APPLICABLE À LA CSG

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'assiette de la Contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus d'activité (salariés) et sur les allocations chômage est actuellement minorée de 3 % au titre des frais professionnels. Cette réduction est également applicable à l'assiette de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). L'assiette de la CSG CRDS est donc égale à 97 % de ces revenus.

Cette réduction a été instituée à l'origine pour assurer l'égalité devant les charges publiques (cf. décision du Conseil constitutionnel du 28 décembre 1990)¹⁰, en ce qui concerne l'assujettissement à CSG, entre salariés et non salariés, compte tenu du fait que les indépendants ont, par rapport aux salariés, de meilleures possibilités de déduction de leurs frais professionnels de l'assiette sociale. Pour les non-salariés, c'est le revenu net des charges, celles-ci comprenant les frais professionnels, qui est retenu pour déterminer l'assiette de la CSG comme celle des cotisations.

A la création de la CSG, le taux d'abattement pour frais professionnels avait été fixé à 5 %. Ce taux a ensuite été ramené à 3 % par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Cette réforme a été validée par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2004-504 du 12 août 2004¹¹, compte tenu des progrès intervenus à la fois dans la connaissance des revenus des indépendants, et dans les possibilités accrues de prise en compte des frais professionnels pour les salariés (arrêté de 2002).

Si cet abattement de 3 % constitue le plus souvent une solution équilibrée, son application systématique sur l'intégralité des rémunérations n'est pas justifiée. Ainsi, s'il est possible de considérer que les frais professionnels sont plus importants au fur et à mesure que le salaire croît, cette corrélation n'est pas sans limite et devient très discutable pour ce qui concerne les plus hauts salaires ; c'est d'ailleurs pourquoi, même si en matière fiscale la prise en compte des frais professionnels obéit à des mécanismes un peu différents, la déductibilité des frais professionnels pour le calcul de l'impôt sur le revenu est plafonnée.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Il est proposé de limiter à 4 plafonds de la sécurité sociale, soit 138 400€ annuels en 2010 (environ 1 % des salariés seraient concernés), le montant de la rémunération auquel l'abattement pour frais professionnels est applicable ; en pratique, cela revient à plafonner cet abattement à 4 150 € annuels (et à 330 € l'exonération de CSG/CRDS associée).

Ce seuil est retenu par cohérence avec le montant du revenu maximum pris en compte pour la déduction forfaitaire de 10 % des frais professionnels pour le calcul de l'impôt sur le revenu (soit 139 500 € annuels en 2010).

Cette réforme concernerait aussi la CRDS qui a la même assiette que la CSG s'agissant des revenus d'activité. Sont concernés tous les revenus soumis à cet abattement pour frais professionnels

¹⁰ Dans sa décision n° 90-285 DC du 28 décembre 1990 en réponse à une saisine qui portait précisément sur la question de la rupture d'égalité entre salariés et non-salariés, le Conseil constitutionnel a considéré que « les choix effectués par le législateur pour la détermination de l'assiette des catégories de revenus **ne créent pas de disparité manifeste** dès lors que (...) il est opéré sur le montant des salaires pris en compte pour l'établissement de la contribution sociale une réduction représentative de frais professionnels fixée à 5 p. 100 de ce montant ».

¹¹ reprenant les arguments du Gouvernement, le Conseil dans sa décision n° 2004-504 du 12 août 2004 a considéré, faisant là encore référence à la situation comparée des salariés et des non-salariés « qu'en abaissant de façon uniforme de 5 % à 3 % le taux de la réduction représentative de frais professionnels opérée sur le montant brut des revenus pris en compte pour l'établissement de la contribution sociale définie à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, le législateur a entendu prendre en compte les réformes intervenues au cours de la période récente en matière de déduction des frais professionnels [pour les salariés, cf. arrêté du 20 décembre 2002] et de connaissance des revenus [des non-salariés] en vue de rapprocher les situations réelles des salariés et des non-salariés ; qu'ainsi **il n'a pas rompu de façon caractérisée l'égalité devant les charges publiques** ».

(traitements, indemnités hors indemnités journalières, émoluments, salaires, revenus des artistes-auteurs assimilés fiscalement à des traitements et allocations de chômage), y compris l'épargne salariale qui bénéficie aujourd'hui de cette déduction.

Une autre option serait de réduire à nouveau le taux de l'abattement. Or aucun élément nouveau ne permet de le justifier à l'instar de ce qui a pu être fait en 2004.

Il n'est pas non plus proposé un plafonnement plus bas de l'abattement, l'équité justifiant que seuls les très hauts revenus soient concernés par cette mesure. Par ailleurs, le choix a été fait de ne pas exclure les très hauts revenus de son bénéficiaire, ce qui aurait entraîné un effet de seuil et un traitement inéquitable entre les salariés, mais seulement de plafonner le montant de l'avantage accordé.

Par ailleurs, il apparaît nécessaire de procéder à une correction de cohérence liée à la réforme du volontariat civil opérée par la récente loi relative au service civique. En effet, cette loi a prévu l'assujettissement de l'indemnité versée aux volontaires du service civique à la CSG en supprimant le 8° du III de l'article L.136-2 du code de la sécurité sociale qui prévoyait jusque là l'exonération de CSG sur les indemnités versées aux volontaires. Or, compte tenu des jeux de renvoi du code de la sécurité sociale au code général des impôts, il est également nécessaire d'adapter le 3° du même article. Il est donc proposé de procéder à cette correction complémentaire.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Il s'agit d'une mesure qui affecte les recettes de la sécurité sociale (régimes de l'assurance maladie + CNAF + FSV + CNSA + CADES) et qui prend naturellement place de ce fait dans la loi de financement de la sécurité sociale. La mesure proposée relève en effet des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et a en outre un effet sur les recettes estimé à 25 M€ pour 2011 (2° du B du V du même article).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Modification de l'article L.136-2 I 2^{ème} alinéa du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure serait applicable dans les DOM ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin. La CSG n'existe ni à Saint-Pierre-et-Miquelon, ni à Mayotte.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Le rendement attendu se chiffre au 1^{er} janvier 2011 à :

Organisme (s) impacté (s) (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P	2012	2013	2014
Volet plafonnement du niveau de salaire ouvrant droit à déduction dont :		+25	+26,3	+27,6	+28,8
CNAM		+16,5	+17,4	+18,2	+19,1
FSV		+2,6	+2,7	+2,9	+3,0
CADES		+2,2	+2,3	+2,4	+2,5
CNSA		+0,3	+0,3	+0,3	+0,4
CNAF		+3,4	+3,5	+3,7	+3,9

L'impact financier a été établi sur la base d'une masse salariale pour les rémunérations au-delà de 4 plafonds annuels de la sécurité sociale estimée à 11 Md€. L'assiette réassujettie est donc d'environ 330 M€ pour un rendement de CSG/CRDS à 8 % d'environ 25 M€. Ce rendement est ensuite réparti entre les régimes sur la base de la répartition classique de la CSG CRDS et évolue comme la masse salariale.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Aucun impact économique majeur.

b) impacts sociaux (NB : sur l'emploi, la santé, l'inclusion sociale...)

Cette mesure concerne les plus hauts revenus (supérieurs à 4 plafonds de la sécurité sociale) soit environ 140 000 € annuels, c'est-à-dire environ 1 % des salariés (soit environ 160 000 personnes).

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Les salariés dont les revenus sont supérieur au seuil retenu verront leur prélèvements légèrement augmenter (à due concurrence de 8 % sur 3 % de leur revenus au-delà de ce seuil). Ainsi, à titre d'exemple un salarié dont les revenus sont égaux à 200 000 € verra le montant de la CSG sur ses revenus passer de 15 520 € à 15 667 €.

En tout état de cause, la mesure ne crée pas d'effet de seuil. C'est bien la *part* de la rémunération supérieure à 140 000 € annuels qui n'ouvre plus droit à la déduction de 3 %, et non toute la rémunération qui se trouve privée d'abattement si elle dépasse 140 000 €.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

S'agissant de CSG précomptée par l'employeur ou les organismes qui servent les sommes soumises à CSG, la mesure n'emporte pas de difficulté nouvelle en termes de gestion/déclaration pour les organismes de recouvrement et les entreprises. Le seul point de complexité concerne l'application stricte du plafonnement de la déductibilité dans le cas de salariés ayant plusieurs employeurs et nécessitera de recourir au même processus de coordination qui existe aujourd'hui pour le calcul des cotisations de retraite plafonnées.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

La mesure ne devrait donner lieu à aucune nouvelle charge administrative significative.

d) impact budgétaire

Pas d'impact budgétaire.

e) impact sur l'emploi :

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Cette mesure s'appliquera aux sommes versées à compter du 1^{er} janvier 2011.

Aucun texte réglementaire d'application n'est nécessaire ; une circulaire ministérielle pourra venir préciser ses modalités de mise en œuvre.

2. Existence de mesures transitoires ?

Aucune mesure transitoire n'est nécessaire.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Aucun délai nécessaire.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information des assurés et des employeurs sera réalisée par le réseau des URSSAF et des caisses de CCMSA.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Cette mesure est susceptible d'avoir un impact sur l'objectif n°2 « Veiller à l'équité du prélèvement social » du PQE financement et notamment sur l'indicateur 2-1.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.136-2 du code de la sécurité sociale (actuel)	Article L.136-2 du code de la sécurité sociale (modifié)
<p>I.-La contribution est assise sur le montant brut des traitements, indemnités, émoluments, salaires, allocations, pensions y compris les majorations et bonifications pour enfants, des rentes viagères autres que celles visées au 6 de l'article 158 du code général des impôts et des revenus tirés des activités exercées par les personnes mentionnées aux articles L. 311-2 et L. 311-3. L'assiette de la contribution due par les artistes-auteurs est celle prévue au troisième alinéa de l'article L. 382-3.</p> <p>Sur le montant brut des traitements, indemnités autres que celles visées au 7° du II ci-dessous, émoluments, salaires, des revenus des artistes-auteurs assimilés fiscalement à des traitements et salaires et des allocations de chômage, il est opéré une réduction représentative de frais professionnels forfaitairement fixée à 3 % de ce montant.</p> <p>Elle est également assise sur tous les avantages en nature ou en argent accordés aux intéressés en sus des revenus visés au premier alinéa.</p> <p>(...)</p> <p>III</p> <p>(...)</p> <p>3° Les revenus visés aux 2°, 2° bis, 3°, 4°, 7°, 9°, 9° bis, 9° quater, 9° quinquies, 10°, 12°, 13°, 14°, 14° bis, 14° ter, 15°, 17°, 19° et b du 19° ter de l'article 81 du code général des impôts ainsi que ceux visés aux articles L. 961-1, deuxième alinéa, et L. 961-5 du code du travail ;</p>	<p>I.-La contribution est assise sur le montant brut des traitements, indemnités, émoluments, salaires, allocations, pensions y compris les majorations et bonifications pour enfants, des rentes viagères autres que celles visées au 6 de l'article 158 du code général des impôts et des revenus tirés des activités exercées par les personnes mentionnées aux articles L. 311-2 et L. 311-3. L'assiette de la contribution due par les artistes-auteurs est celle prévue au troisième alinéa de l'article L. 382-3.</p> <p>Sur le montant brut inférieur à quatre fois la valeur du plafond mentionné à l'article L.241-3 des traitements, indemnités autres que celles visées au 7° du II ci-dessous, émoluments, salaires, des revenus des artistes-auteurs assimilés fiscalement à des traitements et salaires et des allocations de chômage, il est opéré une réduction représentative de frais professionnels forfaitairement fixée à 3 % de ce montant.</p> <p>Elle est également assise sur tous les avantages en nature ou en argent accordés aux intéressés en sus des revenus visés au premier alinéa.</p> <p>(...)</p> <p>III</p> <p>(...)</p> <p>3° Les revenus visés aux 2°, 2° bis, 3°, 4°, 7°, 9°, 9° bis, 9° quater, 9° quinquies, 10°, 12°, 13°, 14°, 14° bis, 14° ter, 15°, a, b, c, d et f du 17°, 19° et b du 19° ter de l'article 81 du code général des impôts ainsi que ceux visés aux articles L. 961-1, deuxième alinéa, et L. 961-5 du code du travail ;</p>

ARTICLE 16

ASSUJETTISSEMENT DES RÉMUNÉRATIONS VERSÉES PAR DES TIERS

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'évolution des pratiques de rémunération voit se multiplier l'attribution de gratifications versées par des personnes tierces à l'entreprise sans que la définition juridique de l'assujettissement de ces sommes au sens du code de la sécurité sociale n'ait été adaptée à ces évolutions.

Le versement de rémunération via un tiers à des salariés de l'entreprise est en effet bien intégré aux politiques de rémunération des entreprises :

- Des études récentes, comme celle de la DARES publiée en février 2010 sur les pratiques de rémunération des entreprises en 2007, attestent du développement, en matière de gestion des ressources humaines, de nouvelles politiques de rémunération des salariés, à la fois complémentaires au salaire de base (rémunérations plus souples, parfois fléchées ou non strictement monétaires) et plus dynamiques. Mises en place par leur employeur, elles rentrent dans un cadre bien identifié au plan du droit (CESU, intéressement...).

- Se développent parallèlement, en matière commerciale, des pratiques d'incitations directes des salariés d'entreprises tierces (le plus souvent des personnels de vente) sous la forme de chèques-cadeaux, de rémunérations proportionnelles au montant des ventes réalisées...

L'assujettissement des salaires, gains, gratifications et tous autres avantages en argent ou en nature, prévu par l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, n'est actuellement possible que si les sommes ou gratifications énumérées précédemment sont versées au travailleur salarié par son employeur, en contrepartie ou à l'occasion de son travail.

Un vide juridique existe donc lorsque des sommes ou gratifications sont versées au salarié par une entreprise ou une personne tierce à l'employeur pour récompenser la réalisation d'objectifs ou à raison de sa situation professionnelle.

En conséquence, lorsqu'elles sont identifiées, le seul moyen d'assujettir ces rémunérations est de réussir à caractériser un lien de subordination entre le tiers et le salarié, autrement dit un lien de salariat qui s'ajoute à celui qui existe déjà entre ce salarié et son employeur « habituel ».

Ce décalage conduit à la création de « niches » sociales sur des sommes qui sont pourtant versées à raison d'une activité professionnelle, et pleinement intégrées aux pratiques RH des entreprises.

Force est en effet de considérer que :

- l'activité du salarié est directement motivée par l'attractivité des gratifications promises par l'entreprise tierce en cas de succès des opérations de vente ou de mise à disposition de services ;
- le gain de productivité qui en résulte bénéficie directement à l'entreprise tierce ainsi qu'à l'employeur, par un accroissement de leur chiffre d'affaires ou de leur renommée ;
- le salarié voit ses gains augmenter de manière significative pour la bonne exécution du travail qui lui est demandé, par le versement du salaire et de gratifications de toute sorte ;
- ces éléments font partie des discussions sur la rémunération au moment de l'embauche.

Enfin, si le souci de dynamisation de la force de vente est tout à fait compréhensible, il n'y a aucune raison que cela soit financé par des pertes de recettes pour la sécurité sociale.

La mesure ici proposée a donc pour objectifs de :

- sécuriser la situation des entreprises concernées ;
- assurer la contributivité au financement solidaire de la protection sociale de l'ensemble des sommes versées à un salarié en contrepartie ou à l'occasion de son travail ;

- endiguer l'expansion des pratiques permettant l'évasion sociale de sommes ayant le caractère de rémunération professionnelle.

Cet assujettissement permettra en outre aux salariés concernés de compléter leurs droits à retraite.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Compte tenu du caractère indéniablement professionnel de ces sommes reçues dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle habituelle, il est proposé :

- d'assimiler ces sommes et avantages aux rémunérations versées au travailleur en contrepartie ou à l'occasion du travail, tel que prévu à L. 242-1 CSS, et ce peu important l'existence d'un lien de subordination préalable ;
- pour les activités commerciales ou en lien direct avec la clientèle pour lesquelles il y a un intérêt, pour une entreprise tierce, à rétribuer monétairement ou par la remise de cadeaux des salariés susceptibles de dynamiser les ventes, de prévoir une contribution libératoire de 20 % tenant compte de leur spécificité. Cette contribution ne sera due que sur les sommes excédant un certain montant (environ 180 € par an, soit 20 Smic horaires). Pour les autres cas de versement par un tiers, ces sommes sont assujetties aux taux de droit commun du régime général,

L'élaboration d'une liste d'activités ouvrant droit au paiement des cotisations et contributions sociales sous la forme de la contribution forfaitaire a l'avantage d'assurer une meilleure lisibilité des secteurs et professions concernés par cette pratique.

Evidemment, lorsque le tiers est également l'employeur (lien de subordination démontré) du salarié, lorsque le tiers et l'employeur sont des entreprises du même groupe, ou s'il y a eu entente entre l'employeur et la personne tierce pour éviter en totalité ou en partie le paiement des cotisations et contributions (abus de droit), les cotisations et contributions de sécurité sociales seront dues dans les conditions de droit commun sans que l'employeur puisse se prévaloir de la contribution forfaitaire, quand bien même l'activité de la personne tierce entre dans le champ du décret précité.

Enfin, un plafonnement du bénéfice de cette contribution forfaitaire est être prévu : au-delà d'un montant égal à un smic mensuel, ces sommes seront assujetties dans les conditions de droit commun.

C'est le tiers qui sera responsable de la déclaration et du paiement des cotisations à l'URSSAF. La mesure précise également les modalités de contrôle de ce tiers, en rendant possible à l'avenir pour les URSSAF de contrôler des personnes qui, sans être employeurs, seraient néanmoins redevables de cotisations ou contributions sociales ;

La contribution forfaitaire sera affectée entre les régimes selon des modalités dont la définition est renvoyée à un arrêté.

Une autre option aurait été de laisser la jurisprudence conduire à l'assujettissement progressif des éléments de rémunérations concernés. Cette option n'est pas retenue pour deux raisons : la position de la Cour de cassation, qui requiert pour ce faire l'existence d'un lien de subordination tout en en donnant une appréciation très restrictive, rend cette évolution trop aléatoire ; une évolution jurisprudentielle ne conduirait très probablement pas à la distinction proposée faisant un sort particulier aux activités commerciales ou en lien direct avec la clientèle pour lesquelles il y a un intérêt, pour une entreprise tierce, à rétribuer monétairement ou par la remise de cadeaux des salariés susceptibles de dynamiser les ventes et au dispositif particulier d'assujettissement qu'il est proposé d'y attacher. Seule l'intervention du législateur permet de définir un mode approprié d'assujettissement des éléments de rémunération concernés applicable au même moment sur l'ensemble du territoire et assurant ainsi l'égalité de traitement de l'ensemble des entreprises concernées.

Par ailleurs, l'article introduit une disposition permettant le contrôle de l'application de ces nouvelles dispositions en prévoyant que les URSSAF exerceront désormais leur contrôle non plus seulement auprès des employeurs et des travailleurs indépendants mais aussi auprès de toute personne qui leur verse des cotisations ou contributions.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

S'agissant d'une mesure ayant trait aux recettes de la sécurité sociale, elle trouve naturellement sa place en loi de financement de la sécurité sociale.

Les mesures proposées relèvent en effet des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et ont en outre un effet sur les recettes estimé à 70 millions d'euros en année pleine (2° du B du V du même article).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Cette mesure relève de la seule compétence des Etats membres

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Elle est compatible avec le droit communautaire.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Un article L.242-1-3 sera inséré dans le code de la sécurité sociale, précisant le principe d'assujettissement à cotisations et contributions de sécurité sociale des rémunérations versées par des tiers, le possible versement d'une contribution forfaitaire libératoire pour certains secteurs d'activité ainsi que son plafonnement.

L'article L. 311-3 sera quant à lui complété pour préciser l'assujettissement de ces sommes au régime général.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélémy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Pour les versements sous forme de chèques cadeau, en appliquant la contribution forfaitaire libératoire de 20 %, et en tenant compte de la franchise de 200 €, le rendement est de l'ordre de 70 M€ en année pleine.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014
Régime général		+70	+70	+70	+70

P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Le niveau de la contribution envisagée (20 %) restera inférieur de plus de 20 points aux cotisations patronales sur salaires : ce rétablissement de la contributivité ne devrait pas s'accompagner d'un coup d'arrêt au dynamisme de ce type de rémunération accessoire.

b) impacts sociaux

Les salariés concernés pourront s'ouvrir des droits (notamment retraite) au titre des sommes perçues venant d'un tiers, alors qu'actuellement ce n'est pas le cas.

c) impacts sur l'environnement

Aucun

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Aucun

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Circuit déclaratif et de paiement « classiques », sans contrainte de gestion particulière.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Aucun

d) impact budgétaire

Aucun

e) impact sur l'emploi :

Aucun

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Un arrêté viendra également préciser les modalités de répartition des sommes recouvrées entre les caisses de sécurité sociale.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Aucun délai de mise en œuvre n'est à prévoir.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information des assurés et des employeurs sera réalisée par le réseau des URSSAF.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	<p>Art. L242-1-3 du code de la sécurité sociale (nouveau)</p> <p>Toute somme ou avantage alloué à un salarié à raison de son activité professionnelle par une personne qui n'est pas son employeur est une rémunération au sens de l'article L. 242-1.</p> <p>Dans les cas où le salarié concerné exerce une activité commerciale ou en lien direct avec la clientèle pour laquelle il est d'usage qu'une personne tierce à l'employeur alloue des sommes ou avantages au salarié, les cotisations d'assurance sociale, d'allocations familiales et d'accidents du travail et les contributions sociales dues sur ces rémunérations sont acquittées sous la forme d'une contribution libératoire à la charge de la personne tierce dont le montant est égal à 20 % de la part de ces rémunérations qui excède pour l'année considérée un montant égal à 15 % de la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois sur la base de la durée légale du travail. Les autres cotisations d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi ne sont pas dues sur ces rémunérations. Lorsque ces rémunérations versées pour un an excèdent la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois, la part supérieure à ce plafond est assujettie à toutes les cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle.</p> <p>Lorsque la personne tierce appartient au même groupe que l'employeur au sens de l'article L. 2331-1 du code du travail, elle ne peut s'acquitter de ses cotisations et contributions sociales par le versement de la contribution libératoire prévue au second alinéa.</p> <p>La personne tierce remplit les obligations relatives aux déclarations et aux versements de la contribution libératoire ou des cotisations et contributions sociales relatifs à ces rémunérations selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. Elle informe l'employeur des sommes ou avantages versés à son salarié.</p> <p>Les dispositions du deuxième alinéa ne sont ni applicables ni opposables aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 si la personne tierce et l'employeur ont accompli des actes ayant pour objet d'éviter, en totalité ou en partie, le paiement des cotisations et contributions sociales. Dans ce cas, l'article L. 243-7-2 est applicable à l'employeur en cas de</p>
--	---

	<p>constat d'opérations litigieuses.</p> <p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'information de l'employeur et de l'organisme de recouvrement par la personne tierce sur les sommes ou avantages versés aux salariés.</p> <p>Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les règles selon lesquelles les sommes recouvrées au titre de la contribution libératoire sont réparties entre les contributions et les cotisations mentionnées au deuxième alinéa. » ;</p>
<p>Article L 243-7 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques, et par les travailleurs indépendants est confié aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.</p> <p>(...)</p>	<p>Article L 243-7 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques, et par les travailleurs indépendants ainsi que par toute personne qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général est confié à ces organismes est confié aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.</p> <p>(...)</p>
<p>Article L311-3 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :</p> <p>1°) les travailleurs à domicile soumis aux dispositions des articles L. 721-1 et suivants du code du travail ;</p> <p>2°) les voyageurs et représentants de commerce soumis aux dispositions des articles L. 751-1 et suivants du code du travail ;</p> <p>3°) les employés d'hôtels, cafés et restaurants ;</p> <p>[...]</p>	<p>Article L311-3 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :</p> <p>1°) les travailleurs à domicile soumis aux dispositions des articles L. 721-1 et suivants du code du travail ;</p> <p>2°) les voyageurs et représentants de commerce soumis aux dispositions des articles L. 751-1 et suivants du code du travail ;</p> <p>3°) les employés d'hôtels, cafés et restaurants ;</p> <p>[...]</p> <p>31° Les salariés au titre des sommes ou avantages mentionnés au premier alinéa de</p>

ARTICLE 17

INTEGRATION DANS L'ASSIETTE SOCIALE DES NON SALARIES AGRICOLES DES REVENUS TIRES DE LA MISE EN LOCATION DES TERRES ET DES BIENS CONSERVES DANS LE PATRIMOINE PRIVE ET UTILISES POUR LES BESOINS DE LEUR ACTIVITE PROFESSIONNELLE

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a intégré les revenus tirés de la mise en location gérance d'un fonds de commerce dans l'assiette sociale des non salariés non agricoles ainsi que dans l'assiette salaire des membres de sociétés (gérant salarié).

Cette mesure a été introduite dans le but de lutter contre certains montages juridiques consistant, pour les travailleurs indépendants, à mettre un fonds de commerce en location gérance au profit d'une société dont ils sont eux-mêmes associés, tout en continuant d'y exercer leur activité professionnelle.

Or, la législation sociale agricole n'a pas été modifiée dans le même sens.

Les montages juridiques ayant mené à l'adoption de la mesure décrite ci-dessus au régime social des professions indépendantes et au régime général de sécurité sociale se multiplient au sein de la sphère agricole pour les non salariés agricoles.

A titre d'exemple : un entrepreneur de travaux agricoles crée une société au sein de laquelle il a le statut de gérant (non salarié). Il loue à cette société les biens meubles et immeubles nécessaires à l'exercice de son activité. En contrepartie, le chef d'entreprise agricole ne perçoit pas ou peu de rémunération en sa qualité de gérant mais la société lui verse des redevances au titre de la mise en location des biens concernés.

Ces revenus, imposés dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux (BIC), ne sont pas tirés d'une activité non salariée agricole au sens de la législation sociale agricole. Dès lors, ils n'entrent pas dans l'assiette sociale des non salariés agricoles.

En ce qui concerne les salariés assimilés, l'assiette des cotisations tient compte des revenus de location gérance depuis l'ordonnance n° 2010-104 du 28 janvier 2010 qui harmonise notamment l'assiette des cotisations de sécurité sociale des différentes branches du régime agricole avec celle du régime général.

De plus, la Cour administrative d'appel de Nantes vient d'admettre dans deux décisions en date du 6 avril 2010 qu'un exploitant agricole puisse déduire de son bénéfice agricole imposable les loyers afférents aux terres qu'il conserve dans son patrimoine privé tout en les utilisant pour son activité professionnelle.

Cette jurisprudence, qui écarte la position défendue jusqu'alors par l'administration, présente un impact financier non négligeable en matière de cotisations sociales. En effet, elle conduit à minorer par deux fois l'assiette des cotisations à raison des loyers afférents aux terres conservées dans le patrimoine privé, mais néanmoins affectées à l'exploitation agricole :

- une première fois, au titre de la déduction du revenu cadastral, dite rente du sol, prévue à l'article L.731-14 du code rural ;
- une deuxième fois au titre de la déduction du loyer au titre de bénéfice imposable servant d'assiette aux cotisations.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

La mesure proposée permet d'éviter une double déduction d'une part au titre de la rente du sol, d'autre part au titre de la déduction des loyers des terres lorsque l'exploitant conserve ses terres dans son patrimoine privé.

La mesure permet de transposer à la législation sociale agricole, celle applicable au régime social des travailleurs indépendants tout en tenant compte des spécificités agricoles.

Cette mesure va permettre de neutraliser la perte d'assiette engendrée par la non prise en compte dans l'assiette des cotisations des non salariés agricoles des revenus issus de la location de biens meubles et immeubles lorsque ceux-ci sont conservés dans le patrimoine privé et affectés à l'activité professionnelle agricole exercée par les cotisants concernés lorsque ceux-ci bénéficient déjà de la déduction pour rente du sol.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure de recettes prend place dans la 3^{ème} partie de la loi de financement de la sécurité sociale du code de la sécurité sociale.

Elle relève des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et a en outre un effet sur les recettes estimé à 9,2 millions d'euros par an (2° du B du V du même article).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Cette mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Elle est compatible avec le droit communautaire et la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH).

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Cette mesure est codifiée : elle nécessite la modification des articles L.731-15 du code rural ainsi que celle des articles L. 136-4 et L.136-6 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Cette mesure n'est applicable ni dans les départements d'outre-mer, ni dans les COM.

Elle n'est pas applicable dans les départements d'outre-mer parce que les règles d'assujettissement et de calcul des cotisations pour les exploitants agricoles y sont différentes de celles qui sont appliquées en métropole. En particulier, les cotisations ne sont pas calculées sur les revenus professionnels, elles sont déterminées en fonction des superficies pondérées des exploitations.

Cette mesure n'est pas non plus applicable dans les autres collectivités d'outre-mer car le régime des exploitants agricoles n'y est pas applicable.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Non
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Non
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014
NSA		+9,2	+9,2	+9,2	+9,2

* **P** pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

L'impact financier est évalué à 9,2 M€ de recettes supplémentaires.

La perte potentielle maximale d'assiette au titre de la déduction des loyers des terres de l'ensemble des entreprises concernées est évaluée au double de la rente du sol (76 M€), prévue à l'article L.731-14 du code rural et de la pêche maritime (déduction de l'assiette de la rémunération implicite des terres que les exploitants agricoles mettent en valeur et dont ils sont propriétaires).

La perte potentielle maximale d'assiette est évaluée ainsi à 152 M€. L'évaluation est basée sur une hypothèse selon laquelle 15 % des entreprises concernées pratiqueraient cette déduction de loyers.

Avec un taux marginal d'imposition sociale de 40 % (cotisations et contributions sociales), la mesure permettrait de générer des recettes de cotisations supplémentaires de l'ordre de 9,2 M€.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Cette mesure évite la double minoration de l'assiette des cotisations sociales des non salariés agricoles due à la déduction de la rente du sol et à celle des loyers.

b) impacts sociaux

La mesure permet de rapprocher la législation sociale agricole de celle applicable au régime des travailleurs indépendants.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

La mesure permet d'éviter une double déduction de l'assiette sociale dans le cas d'affectation de terres par l'exploitant dans son patrimoine privé.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Les caisses devront adapter les formulaires de déclarations.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information,

Les caisses devront informer les assurés au moment de l'envoi des déclarations de revenus professionnels.

d) impact budgétaire

Cette mesure n'a pas d'impact budgétaire.

e) impact sur l'emploi :

Aucun, la mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure est d'application directe.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

La mesure sera prise en compte à partir des déclarations de revenus professionnels 2012 concernant les revenus de l'année 2011.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information des assurés sera réalisée par les caisses de mutualité sociale agricole auprès de leurs ressortissants.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

La mesure n'est pas couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Il n'y a pas d'indicateurs spécifiques prévus.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p>Article L.731-15 du code rural et de la pêche maritime (actuel)</p> <p>Les revenus professionnels pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle les cotisations sont dues. Ces revenus professionnels proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours des années de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours desdites années.</p> <p>Ces revenus s'entendent des revenus nets professionnels retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu, éventuellement minorés de la déduction prévue au cinquième alinéa de l'article L. 731-14, ou, le cas échéant, de leur somme. La dotation d'installation en capital accordée aux jeunes agriculteurs ainsi que le montant de la différence entre l'indemnité versée en compensation de l'abattage total ou partiel de troupeaux en application des articles L. 221-2 ou L. 234-4 et la valeur en stock ou en compte d'achats des animaux abattus sont exclus de ces revenus.</p> <p>Il n'est pas tenu compte des reports déficitaires, des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des modalités d'assiette qui résultent d'une option du contribuable et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts. Les contribuables qui ont exercé l'option mentionnée au c du 2 de l'article 75-0 A du code général des impôts peuvent demander à bénéficier de cette option pour la détermination des revenus mentionnés au présent article.</p> <p>Les revenus mentionnés aux alinéas précédents sont majorés des déductions et abattements qui ne correspondent pas à des dépenses nécessitées par l'exercice de la profession, à l'exception de la déduction opérée en application de l'article 72 D ou de l'article 72 D bis du code général des impôts.</p> <p>Ces revenus sont également majorés du montant des plus-values à court terme exonérées d'impôt sur le revenu en application de l'article 151 septies A du code général des impôts.</p>	<p>Article L.731-15 du code rural et de la pêche maritime (modifié)</p> <p>Les revenus professionnels pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle les cotisations sont dues. Ces revenus professionnels proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours des années de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours desdites années.</p> <p>Ces revenus s'entendent des revenus nets professionnels retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu, éventuellement minorés de la déduction prévue au cinquième alinéa de l'article L. 731-14, ou, le cas échéant, de leur somme. La dotation d'installation en capital accordée aux jeunes agriculteurs ainsi que le montant de la différence entre l'indemnité versée en compensation de l'abattage total ou partiel de troupeaux en application des articles L. 221-2 ou L. 234-4 et la valeur en stock ou en compte d'achats des animaux abattus sont exclus de ces revenus.</p> <p>Il n'est pas tenu compte des reports déficitaires, des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des modalités d'assiette qui résultent d'une option du contribuable et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts. Les contribuables qui ont exercé l'option mentionnée au c du 2 de l'article 75-0 A du code général des impôts peuvent demander à bénéficier de cette option pour la détermination des revenus mentionnés au présent article.</p> <p>Les revenus mentionnés aux alinéas précédents sont majorés des déductions et abattements qui ne correspondent pas à des dépenses nécessitées par l'exercice de la profession, à l'exception de la déduction opérée en application de l'article 72 D ou de l'article 72 D bis du code général des impôts.</p> <p>Ces revenus sont également majorés du montant des plus-values à court terme exonérées d'impôt sur le revenu en application de l'article 151 septies A du code général des impôts.</p> <p>Les revenus professionnels mentionnés aux alinéas précédents sont également majorés des revenus perçus par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole en contrepartie de la location des terres, biens immobiliers à utilisation agricole et biens mobiliers qui leur</p>
---	---

	<p>sont attachés, lorsque ces terres et ces biens sont mis à la disposition d'une exploitation ou entreprise agricole sous forme individuelle ou sociétaire, aux travaux de laquelle il participe effectivement. Cette majoration n'est pas appliquée lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne procède pas à la déduction du revenu cadastral des terres prévue au 5ème alinéa de l'article L.731-14.</p>
<p>L.741-10 du code rural et de la pêche maritime (actuel)</p> <p>Entrent dans l'assiette pour le calcul des cotisations dues au titre des assurances sociales agricoles les rémunérations au sens des dispositions de la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, sous les seules réserves mentionnées dans la présente section.</p> <p>Pour les jeunes agriculteurs effectuant un stage d'application dans le cadre de la politique d'installation prévue à l'article L. 330-1 et auquel est subordonné le bénéfice des aides de l'Etat à l'installation en agriculture, l'assiette des cotisations est constituée par les sommes versées au stagiaire par l'exploitant maître de stage, déduction faite des frais de transport, de nourriture et de logement réellement engagés par le stagiaire ou imputés par l'exploitant sur la rémunération du stagiaire.</p> <p>Pour l'application de l'article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale aux rémunérations versées ou dues à des salariés agricoles, la référence aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale est remplacée par la référence à l'article L. 723-3 du présent code.</p> <p>Pour l'application de l'article L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale au régime de protection sociale des salariés agricoles, la référence aux a, b et f du 2° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale est remplacée par la référence aux 1°, 8° et 9° de l'article L. 751-1 du présent code.</p>	<p>L.741-10 du code rural et de la pêche maritime (modifié)</p> <p>Entrent dans l'assiette pour le calcul des cotisations dues au titre des assurances sociales agricoles les rémunérations au sens des dispositions de la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, sous les seules réserves mentionnées dans la présente section.</p> <p>Pour les jeunes agriculteurs effectuant un stage d'application dans le cadre de la politique d'installation prévue à l'article L. 330-1 et auquel est subordonné le bénéfice des aides de l'Etat à l'installation en agriculture, l'assiette des cotisations est constituée par les sommes versées au stagiaire par l'exploitant maître de stage, déduction faite des frais de transport, de nourriture et de logement réellement engagés par le stagiaire ou imputés par l'exploitant sur la rémunération du stagiaire.</p> <p>Pour l'application de l'article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale aux rémunérations versées ou dues à des salariés agricoles, la référence aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale est remplacée par la référence à l'article L. 723-3 du présent code.</p> <p>Pour l'application de l'article L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale au régime de protection sociale des salariés agricoles, la référence aux a, b et f du 2° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale est remplacée par la référence aux 1°, 8° et 9° de l'article L. 751-1 du présent code.</p> <p>Sont également pris en compte les revenus perçus par une personne en contrepartie de la location des terres, biens immobiliers à utilisation agricole et biens mobiliers qui leur sont attachés, lorsque ces terres et ces biens sont mis à la disposition d'une exploitation ou entreprise agricole sous forme individuelle ou sociétaire, aux travaux de laquelle cette personne participe effectivement. Cette majoration n'est pas appliquée lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne procède pas à la déduction du revenu cadastral des terres prévue au 5ème alinéa de l'article L. 731-14.</p>
<p>L. 136-4 du code de la sécurité sociale</p>	<p>L. 136-4 du code de la sécurité sociale</p>

(actuel)	(modifié)
<p>I.-Sont soumis à la contribution les revenus professionnels visés à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime.</p> <p>Les revenus pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle la contribution est due. Lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole a exercé l'option prévue à l'article L. 731-19 du code rural et de la pêche maritime, les revenus pris en compte sont constitués par les revenus afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due. Ces revenus proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours de la ou des années de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours de la ou desdites années.</p> <p>Pour la détermination des revenus mentionnés au précédent alinéa, il n'est pas tenu compte des reports déficitaires, des amortissements réputés différés au sens du 2° du 1 de l'article 39 du code général des impôts, des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des modalités d'assiette mentionnées aux articles 75-0 A et 75-0 B du même code ainsi que du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du même code. Les contribuables qui ont exercé l'option mentionnée au c du 2 de l'article 75-0 A du code général des impôts peuvent demander à bénéficier de cette option pour la détermination des revenus mentionnés au précédent alinéa. Les revenus sont majorés des déductions, abattements et exonérations mentionnés aux articles 44 sexies, 44 sexies A, 44 undecies, 44 terdecies, 44 quaterdecies, 73 B et 151 septies A du même code, des cotisations personnelles de sécurité sociale de l'exploitant, de son conjoint et des membres de sa famille, ainsi que des sommes mentionnées aux articles L. 3312-4, L. 3324-5 et L. 3332-27 du code du travail et versées au bénéfice des intéressés, à l'exception de celles prises en compte dans le revenu défini à l'article L.</p>	<p>I.-Sont soumis à la contribution les revenus professionnels visés à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime.</p> <p>Les revenus pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle la contribution est due. Lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole a exercé l'option prévue à l'article L. 731-19 du code rural et de la pêche maritime, les revenus pris en compte sont constitués par les revenus afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due. Ces revenus proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours de la ou des années de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours de la ou desdites années.</p> <p>Les revenus professionnels mentionnés aux alinéas précédents sont également majorés des revenus perçus par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole en contrepartie de la location des terres, biens immobiliers à utilisation agricole et biens mobiliers qui leur sont attachés, lorsque ces terres et ces biens sont mis à la disposition d'une exploitation ou entreprise agricole sous forme individuelle ou sociétaire, aux travaux de laquelle il participe effectivement. Cette dernière majoration n'est pas appliquée lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne procède pas à la déduction du revenu cadastral des terres prévue au 5ème alinéa de l'article L. 731-14.;</p> <p>Pour la détermination des revenus mentionnés au précédent alinéa, il n'est pas tenu compte des reports déficitaires, des amortissements réputés différés au sens du 2° du 1 de l'article 39 du code général des impôts, des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des modalités d'assiette mentionnées aux articles 75-0 A et 75-0 B du même code ainsi que du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du même code. Les contribuables qui ont exercé l'option mentionnée au c du 2 de l'article 75-0 A du code général des impôts peuvent demander à bénéficier de cette option pour la détermination des revenus mentionnés au précédent alinéa. Les revenus sont majorés des déductions, abattements et exonérations mentionnés aux articles 44 sexies, 44 sexies A, 44 undecies, 44 terdecies, 44 quaterdecies, 73 B et 151 septies A du même code, des cotisations personnelles de sécurité sociale de l'exploitant, de son conjoint et des membres de sa famille, ainsi que des sommes mentionnées aux articles L. 3312-4, L. 3324-5 et L. 3332-27 du code du travail et versées au bénéfice des intéressés, à l'exception de celles prises en compte dans le revenu défini à l'article L.</p>

<p>731-14 du code rural et de la pêche maritime. La dotation d'installation en capital accordée aux jeunes agriculteurs ainsi que le montant de la différence entre l'indemnité versée en compensation de l'abattage total ou partiel de troupeaux en application des articles L. 221-2 ou L. 234-4 du code rural et de la pêche maritime et la valeur en stock ou en compte d'achats des animaux abattus sont exclus de ces revenus.</p>	<p>731-14 du code rural et de la pêche maritime. La dotation d'installation en capital accordée aux jeunes agriculteurs ainsi que le montant de la différence entre l'indemnité versée en compensation de l'abattage total ou partiel de troupeaux en application des articles L. 221-2 ou L. 234-4 du code rural et de la pêche maritime et la valeur en stock ou en compte d'achats des animaux abattus sont exclus de ces revenus.</p>
<p>(La suite sans changement)</p>	<p>(La suite sans changement)</p>
<p>Article L 136-6 du code de la sécurité sociale (actuel)</p>	<p>Article L 136-6 du code de la sécurité sociale (modifié)</p>
<p>I.-Les personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts sont assujetties à une contribution sur les revenus du patrimoine assise sur le montant net retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des articles L. 136-3 et L. 136-7</p>	<p>I.- Les personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts sont assujetties à une contribution sur les revenus du patrimoine assise sur le montant net retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des articles L. 136.-3, 136-4 et 136-7</p>
<p>(La suite sans changement)</p>	<p>(La suite sans changement)</p>

ARTICLE 18

RELÈVEMENT PROGRESSIF DU PLAFOND DE L'ACS

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) permet, sous condition de résidence et de ressources, pour les personnes dont les ressources excèdent légèrement le plafond de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire, de bénéficier, par la remise d'un chèque « aide pour une complémentaire santé », d'une réduction sur le prix d'un contrat individuel responsable d'assurance complémentaire de santé que l'intéressé remet auprès de l'organisme de protection complémentaire de son choix. En application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, le plafond de ressources de l'ACS est fixé au niveau du plafond de ressources de la CMU complémentaire majoré de 20 %.

La revalorisation quinquennale de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) conduit à la sortie du dispositif ACS, à partir de mars 2011, des titulaires de ces minima sociaux (répartis en 2/3 de bénéficiaires isolés de l'ASPA et 1/3 de bénéficiaires de l'AAH seule) qui y avaient accès. Par ailleurs, 6 % de la population restent sans couverture complémentaire.

La mesure vise à étendre l'accès à la couverture complémentaire et à maintenir les titulaires de minima sociaux dans l'ACS.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

La revalorisation de l'ASPA et de l'AAH devant se poursuivre progressivement jusqu'en 2012, la revalorisation du plafond de ressources de l'ACS peut être faite en une seule fois dès 2011 (au niveau du plafond de la CMU complémentaire majoré de 30 %) ou de manière progressive, en 2011 (au niveau du plafond de la CMU complémentaire majoré de 26 %¹²) puis en 2012 (au niveau du plafond de la CMU complémentaire majoré de 30 %¹³).

L'option choisie et chiffrée dans la fiche est celle d'une revalorisation progressive, sur deux ans, afin de faire monter en charge le coût de manière également progressive.

Outre le maintien des personnes bénéficiaires de l'ASPA et de l'AAH, la revalorisation progressive du plafond donnera accès à l'ACS à 80 000 personnes supplémentaires en moyenne sur l'année 2011¹⁴, 227 000 personnes supplémentaires en moyenne sur l'année 2012 (sur la base du taux de recours actuel du public cible à l'ACS, soit 27 %, et en supposant que les entrées dans le dispositif se font sur un rythme régulier en 2011 et 2012¹⁵).

Le niveau du plafond de ressources a été fixé dès l'origine par la loi, s'agissant d'un dispositif fiscal : il s'agit d'un crédit d'impôt sur les contrats individuels d'assurance complémentaire de santé accordé par la remise par la caisse d'assurance maladie aux bénéficiaires d'une attestation que ces derniers produisent auprès de leur organisme d'assurance complémentaire. Ce dernier déduit de la prime ou cotisation annuelle d'assurance complémentaire le montant de l'aide puis déduit le quart de ce montant de sa contribution trimestrielle au financement de la CMU complémentaire et de l'ACS à l'URSSAF, prévue à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, pendant quatre trimestres consécutifs.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure proposée suppose de modifier l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, qui fixe le plafond de ressources de l'ACS. Il s'agit donc d'une mesure législative.

¹² soit à 9 590,31 € pour une personne seule en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2011 et à 9 758,15 € au 1^{er} juillet 2011, sous l'hypothèse d'une revalorisation en 2011 du plafond de la CMU complémentaire de 1,75 %, correspondant à l'hypothèse d'inflation de la LFSS 2010, soit à 7 744,56 € pour une personne seule en France métropolitaine.

¹³ soit à 10 067,93 €, sous la même hypothèse de revalorisation au 1^{er} juillet 2011 du plafond de la CMU complémentaire.

¹⁴ 160 000 à fin décembre 2011.

¹⁵ C'est-à-dire que les nouvelles entrées sont équiréparties sur l'ensemble de l'année, en 2011 et 2012.

En application du dernier alinéa de l'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale (« tout ou partie du report à nouveau positif du fonds est affecté à la CNAMTS dans des conditions fixées par arrêté ... »), en l'absence de financement complémentaire, toute mesure nouvelle venant à augmenter les dépenses du Fonds diminue en fin d'exercice son report à nouveau et en conséquence les recettes de la CNAMTS l'année suivante (ainsi, l'arrêté du 28 juillet 2009 a fixé ce montant pour 2009 à la totalité du report à nouveau du Fonds de l'année 2008, soit un peu plus de 82,5 M€, et l'arrêté du 31 juillet 2010 affecte encore pour 2010 la totalité du report à nouveau à la CNAMTS, à hauteur de 101,3 M€).

En augmentant les dépenses du fonds CMU à compter de 2011, la mesure proposée implique donc un moindre reversement des excédents du Fonds CMU à la CNAMTS à compter de 2012. Cette minoration des recettes de la CNAMTS à compter de 2012 est bien prise en compte dans l'annexe B du présent PLFSS.

En application de l'article LO111-3, V, B, 2 CSS, la mesure proposée a donc bien sa place en loi de financement de la sécurité sociale au titre des «dispositions ayant un effet sur les recettes de l'année ou des années ultérieures des régimes obligatoires de base ... à la condition qu'elles présentent un caractère permanent ».

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure s'inscrivant dans le cadre de la protection sociale relève de la seule compétence des États membres.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

S'agissant d'un relèvement de plafond de ressources pour une prestation existante, la mesure ne crée pas en soi d'incompatibilité avec le droit communautaire.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

- a) Possibilité de codification

La mesure est codifiée : modification de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant

- c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure s'applique, comme la couverture maladie universelle dont elle constitue un prolongement, dans les départements d'outre-mer ainsi qu'à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Les montants présentés dans le tableau ci-dessous correspondent aux coûts induits par l'entrée dans le dispositif ACS des bénéficiaires supplémentaires du fait du relèvement du plafond de ressources. Il s'agit vraisemblablement d'estimations hautes de l'impact de la mesure.

En moyenne, 80 000 personnes supplémentaires entreraient dans le dispositif¹⁶ en 2011 par rapport à la situation actuelle. En moyenne sur l'année 2012, 67 000 personnes supplémentaires bénéficieraient de l'ACS, par rapport à 2011¹⁷. In fine, à fin décembre 2012, le relèvement du plafond permettrait à 294 000 bénéficiaires supplémentaires d'intégrer le dispositif par rapport à la situation actuelle. Le coût pour 2011 est alors évalué à 23 M€ de dépense supplémentaire pour le Fonds CMU. Cette dépense se répercute en 2012 comme une moindre recette pour la CNAMTS du même montant (diminution du reversement du report à nouveau du Fonds CMU à la CNAMTS). En outre, le Fonds CMU présentera en 2012 une dépense supplémentaire évaluée à 64 M€ au titre des 227 000¹⁸ bénéficiaires supplémentaires par rapport à la situation actuelle qui se répercutera à nouveau en 2013 comme moindre recette pour la CNAMTS pour le même montant. Enfin, le coût en fin de montée en charge est évalué à 82 M€ en 2013 pour le Fonds CMU pour 294 000 bénéficiaires supplémentaires par rapport à aujourd'hui ; ce coût se répercutera en 2014 sur la CNAMTS.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 R	2012 R	2013 R	2014 R
RG (maladie)		0	- 23	- 64	- 82
Fonds CMU		- 23	- 64€	- 82	- 82

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Cette mesure devrait permettre aux organismes de protection complémentaire d'accroître leur chiffre d'affaires par un accroissement du nombre de leurs souscripteurs (personnes non titulaires de minima sociaux bénéficiaires de l'augmentation du plafond). L'accroissement du chiffre d'affaires santé des organismes de protection complémentaire se répercutera sur leur contribution au financement de la CMUc auprès du Fonds CMU et devrait donc dynamiser cette recette du Fonds CMU, qui aura par ailleurs une dépense accrue par l'accroissement du nombre de bénéficiaires.

b) impacts sociaux (NB : sur l'emploi, la santé, l'inclusion sociale...)

L'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'ACS devrait concourir à une amélioration de l'accès aux soins par une couverture santé plus complète.

c) impacts sur l'environnement

¹⁶ Soit 160 000 personnes supplémentaires à fin décembre 2011 par rapport à aujourd'hui.

¹⁷ Soit 134 000 personnes supplémentaires à fin décembre 2012 par rapport à 2011.

¹⁸ Somme des 160 000 bénéficiaires à fin 2011 et des nouveaux entrants 2012 par rapport à 2011 (67 000).

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

La mesure permettra aux titulaires de minima sociaux (ASPA et AAH) de continuer à pouvoir bénéficier d'une aide pour disposer d'une assurance complémentaire de santé et elle permettra à d'autres personnes, du fait du relèvement du plafond, de pouvoir en bénéficier.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

La mesure est gérée par les caisses d'assurance maladie qui instruisent le dossier et prononcent le droit.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

L'augmentation du nombre de demandeurs devrait se répercuter sur la charge des caisses d'assurance maladie. Celles-ci et les organismes de protection complémentaire peuvent mettre en œuvre très rapidement cette mesure qui ne nécessite pas d'adaptation particulière de leurs outils.

d) impact budgétaire

Cette mesure est financée sur les excédents du Fonds CMU. Elle se répercute sur les recettes de la CNAMTS, qui se trouvent diminuées l'année suivante du fait que ces excédents sont reversés l'année suivante à la CNAMTS. Elle ne présente pas d'impact sur le budget de l'État (dotation au Fonds CMU maintenue à 0).

e) impact sur l'emploi :

Aucun. La mesure est gérée avec les moyens disponibles tels que définis par les conventions d'objectifs et de gestion qui lient les caisses nationales à l'Etat.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure est d'application directe.

2. Existence de mesures transitoires ?

La mesure porte le plafond de ressources de l'ACS au niveau du plafond de ressources de la CMUc majoré de 30 %. Transitoirement, ce taux est ramené à 26 % pendant l'année 2011.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Cette mesure sera appliquée dès le mois de janvier 2011

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés seront informés par les caisses d'assurance maladie des nouveaux plafonds, notamment à l'occasion de leur demande à bénéficier du dispositif ou à l'occasion de son renouvellement.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Cette mesure aura un impact sur le nombre de bénéficiaires de l'ACS recensé dans les PQE (indicateur de recours à une complémentaire santé pour les plus démunis).

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ? Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 863-1 du code de la sécurité sociale (actuel)	Article L. 863-1 du code de la sécurité sociale (modifié)
<p>Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la contribution due en application de l'article L. 862-4 les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance par les personnes résidant en France dans les conditions fixées à l'article L. 861-1 dont les ressources, appréciées dans les conditions prévues aux articles L. 861-2 et L. 861-2-1, sont comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et ce même plafond majoré de 20 %. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.</p> <p>Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, au sens de l'article L. 861-1, couvertes par le ou les contrats.</p> <p>Il est égal à 100 € par personne âgée de moins de seize ans, à 200 € par personne âgée de seize à quarante-neuf ans, à 350 € par personne âgée de cinquante à cinquante-neuf ans et à 500 € par personne âgée de soixante ans et plus. L'âge est apprécié au 1^{er} janvier de l'année.</p> <p>Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt par an.</p>	<p>Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la contribution due en application de l'article L. 862-4 les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance par les personnes résidant en France dans les conditions fixées à l'article L. 861-1 dont les ressources, appréciées dans les conditions prévues aux articles L. 861-2 et L. 861-2-1, sont comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et ce même plafond majoré de 30 %. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.</p> <p>Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, au sens de l'article L. 861-1, couvertes par le ou les contrats.</p> <p>Il est égal à 100 € par personne âgée de moins de seize ans, à 200 € par personne âgée de seize à quarante-neuf ans, à 350 € par personne âgée de cinquante à cinquante-neuf ans et à 500 € par personne âgée de soixante ans et plus. L'âge est apprécié au 1^{er} janvier de l'année.</p> <p>Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt par an.</p>

ARTICLE 19

MODIFICATION DU TAUX K DE LA CLAUSE DE SAUVEGARDE

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a institué une contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables (article L 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale), représentant leur participation à la régulation des dépenses de l'assurance maladie.

Les entreprises sont exonérées de ce dispositif quand elles signent une convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS). Elles doivent alors accepter certaines baisses de prix et payer des remises quantitatives qui sont globalement égales au montant théorique de la clause de sauvegarde. Des compensations sont opérées entre certaines baisses de prix et le montant des remises dues. Les conventions prévoient des exemptions de remises par agrégats pharmacothérapeutiques par exemple pour les médicaments pédiatriques ou pour les médicaments s'étant vu reconnaître une amélioration du service médical rendu (ASMR) à l'occasion de leur inscription au remboursement.

L'assiette de la contribution est toujours collective. Elle consiste en la part du chiffre d'affaires des médicaments remboursables en ville de l'ensemble des entreprises du secteur, qui dépasse un certain seuil déterminé en appliquant le taux de croissance cible, taux K, au chiffre d'affaires de l'année précédente. Sont exonérés les médicaments orphelins. En 2005, l'assiette a été élargie au chiffre d'affaires des médicaments rétrocédables.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009 a prévu qu'à compter de 2010, le périmètre de la régulation hospitalière serait étendu à tous les produits utilisés à l'hôpital -hors groupes homogènes de séjour (GHS)-, impliquant ainsi une extension aux médicaments de la liste, en sus du fait que les dépenses associées aux médicaments de cette liste sont en forte croissance.

Le taux K était fixé à 1 % pour la période 2005 à 2007 puis à 1,4 % pour les années 2008 à 2011. L'article 11 de la LFSS pour 2010 a modifié la LFSS pour 2009 en fixant le taux K à 1 % pour l'année 2010.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

La mesure consiste à fixer, exceptionnellement ce taux K à 0,5 % pour l'année 2011, pour un rendement attendu de 50 M€, qui vient en déduction des dépenses remboursées de médicaments et non en recettes pour l'assurance maladie.

Elle relève des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et a en outre un effet sur les recettes estimé à 50 M€ en 2011 (1° du B du V du même article).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres

b) b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire et avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH)

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure est codifiée à l'article L.138-10 du CSS

b) Abrogation de dispositions obsolètes :

Oui

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer :

La mesure est applicable dans les DOM, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organisme (s) impacté (s) (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en millions d'euros) Coût ou moindre recette (signe -), économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P*	2012	2013	2014
Assurance maladie		50			

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

Modalités du chiffrage de l'impact

Compte tenu du fait que la quasi-totalité des laboratoires ont conclu une convention avec le CEPS, la clause de sauvegarde demeure une contribution théorique, les entreprises versant en contrepartie des remises conventionnelles calculées selon le taux K :

- 50 % du montant d'accroissement du chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) pour un taux compris entre le taux K et K+0.5 point,
- 60 % pour taux compris entre K+0,5 point et K+1 point,
- 70 % pour un taux compris entre K+1 point et plus.

En fait, pour évaluer l'impact de la mesure proposée, il s'agit de calculer l'écart entre un rendement procuré par un taux K à 0,5 % et celui procuré par un taux K à 1 % tel qu'actuellement fixé par la LFSS pour 2010, le résultat est donc de l'ordre de 50 M€, dans l'hypothèse où le taux de croissance des médicaments est légèrement supérieur à 1 % en 2011.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) Impacts économiques

L'impact économique de cette mesure est supporté par les laboratoires pharmaceutiques assujettis à ce système de remise dont ils acceptent le principe (contribution à la maîtrise des dépenses) en tant que signataires d'une convention avec le CEPS. A noter que même accru par cette mesure, le montant global des remises versées par les laboratoires au titre de cette régulation annuelle reste sensiblement inférieur au montant des remises versées par les laboratoires au titre des clauses particulières qui les lient avec le CEPS pour chacun de leur produit (clauses de volume, ...).

b) Impacts sociaux

Sans impact

c) Impacts sur l'environnement

Sans impact

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) Impact sur les assurés :

Pas d'impact

b) Impact sur les employeurs ou cotisants :

Pas d'impact

c) Impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Oui : 50 M€ versés aux URSSAF de Paris et de Lyon par le biais des remises conventionnelles

d) Impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Non

e) Impact budgétaire :

Non

f) Impact sur l'emploi :

Non

V Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de la mesure

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication :

Aucun texte n'est à prévoir

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants : Janvier 2011 :

Dispositif de recouvrement prévu par l'article L.138-13

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants :

Note explicative

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	<p>Article (modifié)</p> <p>Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2011 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 0,5 % est substitué au taux K mentionné dans les tableaux figurant au même article.</p>
--	--

ARTICLE 20

MINORATION DES ABATTEMENTS DU CHIFFRE D'AFFAIRES DES MÉDICAMENTS ORPHELINS POUR CALCULER LES CONTRIBUTIONS DUES PAR LES GROSSISTES- RÉPARTITEURS ET LES LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Les médicaments orphelins traitent des maladies dites rares. Le chiffre d'affaires des médicaments orphelins croit fortement ; pour la ville et l'hôpital : +26 % en 2006, +40 % en 2007, +41 % en 2008 pour un montant de 832 M€ ; cette croissance en 2009 pour la ville est évaluée à 12,1 % pour un montant de 317 M€ alors que ces mêmes médicaments bénéficient de nombreuses exonérations pour les taxes et mesures de régulation portant sur les médicaments.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

2.1. Taxe « sur chiffre d'affaires hors taxe »

L'article L.245-6 du code de la sécurité sociale prévoit une contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxe des laboratoires pharmaceutiques.

La contribution est calculée après déduction du chiffre d'affaires des spécialités génériques et du chiffre d'affaires de tout médicament orphelin ne dépassant pas 20 M€. Ce seuil permet de maintenir une incitation forte à la recherche et au développement de médicaments orphelins.

Il est donc proposé d'utiliser le même plafond (20 M€) pour les autres exonérations dont bénéficient les médicaments orphelins.

2.2. Taxe « grossistes »

Les articles L.138-1 et suivants du code de la sécurité sociale prévoient une contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) réalisé auprès des pharmacies d'officine par les entreprises de ventes en gros, à l'exception du CAHT des médicaments orphelins.

Proposition : ne retenir, dans l'exclusion du CAHT des médicaments orphelins, que ceux qui ne dépassent pas 20 M€.

2.3. Taxe « Clause de sauvegarde »

L'article L.138-10 du code de la sécurité sociale prévoit une clause de sauvegarde en cas de dépassements par le CAHT d'un taux de progression déterminé par la loi. Ce CAHT exclut le CAHT des médicaments orphelins

Proposition : ne retenir, dans l'exclusion du CAHT des médicaments orphelins, que ceux qui ne dépassent pas 20 M€.

2.4. Taxe « promotion des médicaments »

Les articles L.245-1 et suivants du code de la sécurité sociale prévoient une contribution portant sur les dépenses de promotion. Un abattement de ces dépenses est prévu égal à 30 % du CAHT réalisé sur les médicaments orphelins.

Proposition : limiter l'abattement aux médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires remboursable n'est pas supérieur 20 M€.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Ces taxes sont levées au profit des différents régimes d'assurance maladie.

Les mesures proposées relèvent donc des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et ont en outre un effet sur les recettes estimé à 20 millions d'euros pour 2011 (2° du B du V du même article).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure applique une mesure du droit dérivé européen (directive)

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE)

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification :

L.138-1 et L.138-10 du CSS

b) Abrogation de dispositions obsolètes :

Oui

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer :

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011	2012	2013	2014
RG (recette supplémentaire)		+20	+20	+20	+20

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques :

Les médicaments orphelins les plus importants dépassant 20 M€ de CAHT en 2009 sont notamment les suivants¹⁹ :

Exjade (25 M€), Glivec (166 M€), Revlimid (103 M€), Velcade (64 M€), Nexavar (51 M€).

Le montant global du CAHT des médicaments orphelins produisant plus de 20 M€ de chiffre d'affaires est évalué en 2009 à **664 M€ (Ville + rétrocession + liste en sus)**.

Le montant de l'assiette de la contribution sur le chiffre d'affaires grossistes (L.138-1 du CSS) est de 19 Md€ en 2009 et 19,3 Md€ en 2010 représentant un rendement attendu de 366 M€ en 2011 que cette mesure porterait à 375 M€ (soit un impact financier de **9 M€**). Cette contribution concerne 20 % de ventes directes (soit un impact financier de 2 M€ sur les laboratoires pharmaceutiques) et 80 % de ventes par les grossistes répartiteurs (soit un impact financier de 7 M€).

S'agissant du montant de la contribution sur la promotion des médicaments, le rendement de la taxe attendu pour 2011 est de 161 M€ environ que cette mesure porterait à 172 M€ soit un impact financier de **11 M€** sur les laboratoires pharmaceutiques.

En ce qui concerne la taxe « clause de sauvegarde », son rendement est indirect : il se fera dans le cadre des remises conventionnelles avec le CEPS, comité économique des produits de santé.

b) impacts sociaux :

Non

b) impacts sur l'environnement :

Non

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques :

Non

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale :

Non

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Non

d) impact budgétaire :

Non

e) impact sur l'emploi :

Non

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication :

Aucun texte n'est à prévoir

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants : janvier 2011 :

Dispositif de recouvrement prévu par les articles L.138-4 et L.138-13 du CSS.

¹⁹ Le chiffre d'affaires d'un médicament orphelin peut être élevé lorsqu'il comporte de nombreuses indications : chacune des indications est limitée, mais la somme peut être importante.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants :

Notice explicative de l'ACOSS

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p style="text-align: center;">Article L.138-1 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>Une contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 est due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique lorsqu'elles vendent en gros des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins.</p> <p>Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est tenu compte que de la partie du prix de vente hors taxes aux officines inférieure à un montant de 150 euros augmenté de la marge maximum que les entreprises visées à l'alinéa précédent sont autorisées à percevoir sur cette somme en application de l'arrêté prévu à l'article L. 162-38.</p>	<p style="text-align: center;">Article L.138-1 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Une contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 est due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique lorsqu'elles vendent en gros des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, « sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros. ».</p> <p>Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est tenu compte que de la partie du prix de vente hors taxes aux officines inférieure à un montant de 150 euros augmenté de la marge maximum que les entreprises visées à l'alinéa précédent sont autorisées à percevoir sur cette somme en application de l'arrêté prévu à l'article L. 162-38.</p>
<p style="text-align: center;">Article L.138-10 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>I.-Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des médicaments inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 précité, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au troisième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement</p>	<p style="text-align: center;">Article L.138-10 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>I.-Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des médicaments inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 précité sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au troisième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, à l'exception des médicaments orphelins désignés</p>

<p>(CE) n° 141 / 2000 précité, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p> <p>.../...</p>	<p>comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n°141-2000 précité, sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p> <p>.../...</p>
<p>II.-Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des spécialités pharmaceutiques inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au quatrième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ces listes, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, précité, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p> <p>.../...</p>	<p>II.-Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des spécialités pharmaceutiques inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au quatrième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ces listes, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999 précité, sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p> <p>.../...</p>
<p>III.-Les dispositions des articles L. 138-11 à L. 138-19 sont applicables séparément à chacune des contributions prévues aux I et II du présent article.</p>	<p>III.-Les dispositions des articles L. 138-11 à L. 138-19 sont applicables séparément à chacune des contributions prévues aux I et II du présent article.</p>
<p>Article L.245-2 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>I -la contribution est assise sur les charges comptabilisées du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre :</p>	<p>Article L.245-2 du code de la sécurité social (modifié)</p> <p>I -la contribution est assise sur les charges comptabilisées du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre :</p>

<p>.../..</p> <p>II.-Il est procédé sur l'assiette définie au I :</p> <p>1° A un abattement forfaitaire égal à 2, 5 million d'euros et à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I.L'abattement forfaitaire est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois ;</p> <p>2° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique à l'exception de celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif décidé en application de l'article L. 162-16 du présent code, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;</p> <p>3° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>Pour les entreprises appartenant à un groupe, les abattements mentionnés aux 2° et 3° sont reportés, lorsqu'ils sont supérieurs à l'assiette de la contribution, au bénéfice d'une ou plusieurs entreprises appartenant au même groupe selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>III.-Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème.....</p> <p>.../..</p>	<p>.../..</p> <p>II.-Il est procédé sur l'assiette définie au I :</p> <p>1° A un abattement forfaitaire égal à 2, 5 million d'euros et à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I.L'abattement forfaitaire est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois ;</p> <p>2° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique à l'exception de celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif décidé en application de l'article L. 162-16 du présent code, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;</p> <p>3° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros.</p> <p>Pour les entreprises appartenant à un groupe, les abattements mentionnés aux 2° et 3° sont reportés, lorsqu'ils sont supérieurs à l'assiette de la contribution, au bénéfice d'une ou plusieurs entreprises appartenant au même groupe selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat</p> <p>III.-Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème....</p> <p>.../...</p>
---	--

ARTICLE 21

SUPPRESSION DE LA COMPENSATION GENERALISEE MALADIE

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Les mécanismes de compensation inter-régimes, que ce soit en matière de vieillesse ou de maladie, ont été créés afin de « remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et des disparités contributives entre les régimes ».

Comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2010, en pratique, cet objectif n'a cependant pas été atteint. Les mécanismes de prise en compte des paramètres démographiques et financiers dans les calculs des transferts de compensation font l'objet de critiques récurrentes.

La Cour estime que *« compte tenu de la diversité des mécanismes de transferts, une mise à plat est nécessaire pour simplifier et améliorer l'équité et la transparence dans les relations entre les régimes. Le régime général ne doit cependant pas compenser les efforts contributifs insuffisants d'autres régimes »*.

En particulier, elle préconise à court terme la suppression de la compensation généralisée maladie, qui procède à des transferts entre le bloc des régimes de salariés (solidairement contributeurs ou bénéficiaires) d'une part et chaque régime de non salariés d'autre part.

Cette forme de compensation démographique qui participe au maintien de flux croisés entre régimes et partant obscurcit la lisibilité du financement de la sécurité sociale, ne trouve aujourd'hui plus guère de justification. La Cour des comptes estime que « l'existence de ces nombreux transferts entre régimes d'assurance maladie, régis par des règles très diverses, est de nature à réduire la signification des comptes de chacun des régimes. »

Sur le plan méthodologique tout d'abord, ce dispositif présente plusieurs défauts rappelés par la Cour. On peut notamment citer :

- la non prise en compte des capacités contributives moyennes des cotisants des différents régimes ; cette hypothèse revient à considérer qu'en moyenne les cotisants de chaque régime ont la même capacité contributive ce qui n'a évidemment pas grand sens lorsque l'on compare des cotisants salariés et des exploitants agricoles par exemple ;
- l'exclusion des effectifs de cotisants et d'assurés dans les départements d'outre-mer.

Sur le plan financier ensuite, l'intérêt de la compensation généralisée maladie apparaît aujourd'hui discutable. Depuis 2009, elle se résume en effet à un transfert entre :

- un seul contributeur, le régime social des indépendants –RSI- (pour 1,3 Md€), qui est un régime équilibré par une affectation de recette, la contribution sociale de solidarité sur les sociétés – C3S ;
- et pratiquement un seul bénéficiaire final de ce transfert : la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui perçoit in fine 99,6 % des acomptes versés en 2010 que ce soit par versement direct ou via l'intégration financière des autres régimes d'assurance maladie attributaires (essentiellement le régime des non salariés agricoles, mais également le régime des marins, celui des salariés agricoles ou celui des militaires).

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Dans la mesure où l'objectif de clarification du mode de financement des régimes d'assurance maladie est partagé, il n'est qu'une seule option possible, c'est de constater que le dispositif de compensation généralisée maladie a épuisé ses effets et qu'il n'y a aucune justification ou moyen de le réformer dans le sens d'une telle simplification.

Il est donc proposé de le supprimer purement et simplement, tout en assurant la neutralité de l'opération pour les principaux régimes concernés.

Comme la compensation généralisée se résume à un transfert entre deux régimes, il est naturel de la remplacer par un transfert, pour solde de tout compte, d'une recette propre du RSI. Le recours à plusieurs recettes pour ce faire, à condition même qu'il soit possible, irait à l'encontre de l'objectif de simplification poursuivi.

Cette recette est tout aussi naturellement la C3S, puisque conformément à la loi, le montant affecté au RSI est en effet égal au déficit comptable du régime. La suppression de la charge de compensation minorera son déficit, et donc le montant de C3S qui lui sera attribué.

La C3S ainsi dégagée (1,3 Md€) doit être affectée aux « perdants » de la suppression de la compensation généralisée.

Il aurait pu être envisagé de la répartir entre le régime des exploitants agricoles et la CNAM. Cependant, la C3S a vocation à financer les régimes de non salariés. C'est pourquoi il est proposé d'affecter l'intégralité des 1,3 Md€ au régime des exploitants agricoles.

Comme cette recette est supérieure au produit de compensation généralisée qui aurait été enregistré par la branche maladie du régime des exploitants (1 Md€ en 2011), le bilan financier de l'opération pour cette dernière serait positif à hauteur de la différence entre ces transferts, soit 0,3 Md€, ce qui, du fait du mécanisme d'équilibrage qui la lie au régime général, permettrait *de facto* de compenser la CNAM.

Pour davantage de clarté dans le financement, il est cependant proposé de ne pas maintenir artificiellement un excédent au sein d'un régime équilibré par la CNAM : la branche maladie du régime des exploitants agricoles transfèrera donc une fraction de droits tabacs à la CNAM.

Ce schéma permet ainsi d'assurer la neutralité de la suppression de la compensation généralisée maladie à la fois sur les charges et les produits des principaux régimes concernés.

En ce qui concerne les autres régimes maladie, l'impact financier de cette mesure est soit nul (lorsque ces régimes sont équilibrés par le régime général), soit extrêmement faible.

Au total, cette mesure est sans impact financier sur l'agrégat composé de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale et des fonds de financement puisqu'elle ne consiste qu'en une réallocation plus lisible de leurs recettes.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure a un impact sur les dépenses du RSI, et sur les recettes des régimes de base d'assurance maladie. Elle trouve donc place en loi de financement (2° du B et du C du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

La commission de compensation, conformément à l'article L.114-3 du code de la sécurité sociale, a également rendu le 29 septembre un avis qui figure en annexe.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la compétence des Etats membres

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Seront modifiés plusieurs articles du code de la sécurité sociale (articles L. 134-1, L.612-1, L. 651-1 et L. 651-2-1) et du code rural et de la pêche maritime (L. 731-2).

L'article 61 de la loi de finances pour 2005, relatif à la répartition du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts n'est pas codifié mais porte depuis son adoption l'ensemble des modifications relatives à la ventilation des taxes sur les tabacs.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Sans objet.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	SO
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	SO
-Saint-Pierre et Miquelon	SO
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	SO
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	SO

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014
CNAM et régimes équilibrés par elle		0	0	0	0
RSI		0	0	0	0
SNCF		-3	-3	-3	-3
RATP		-1	-1	-1	-1
CRPCEN**		-1	-1	-1	-1

* **P** pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

** CRPCEN = Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires

Si la compensation généralisée maladie était maintenue, elle donnerait lieu aux flux financiers suivants :

	Réel									Prévision		
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
RSI - AM	602	638	603	775	920	1 004	1 191	1 170	1 043	1 107	1 251	1 315
CNAMTS	562	617	734	600	445	293	79	83	173	23	-204	-329
Salariés agricoles	18	20	23	19	14	10	3	3	5	1	-6	-10
CNMSS	9	10	11	9	7	4	1	1	2	0	-3	-4
SNCF	6	6	8	6	4	3	1	1	2	0	-2	-3
CANSSM	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
ENIM	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
RATP	2	2	2	2	1	1	0	0	0	0	-1	-1
Banque de France	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
CRPCEN	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	-1
Exploitants agricoles	-1 202	-1 296	-1 384	-1 414	-1 394	-1 316	-1 275	-1 258	-1 227	-1 132	-1 035	-966

Source : arrêtés parus au JO jusqu'à 2008, prévision SD6 ensuite

NB : sont présentés ici les montants de compensation afférents à l'année : on tient donc compte de la régularisation qui intervient dans les faits, tant en trésorerie qu'en comptabilité, en N+2. Le signe (+) signifie que le régime verse des acomptes ; le signe (-) signifie que le régime reçoit des acomptes.

Cette suppression diminue les dépenses du RSI de 1,3 Md€. Celui-ci se verra néanmoins équilibré par, la C3S, ce qui explique que l'impact en solde pour ce régime soit nul.

La suppression de la compensation induit une diminution des recettes des régimes qui en auraient été bénéficiaires. Pour le régime général et les régimes intégrés, cette diminution est compensée grâce aux transferts de recettes programmés (C3S et droits de consommation sur les tabacs) et, pour les régimes intégrés, grâce à la mise en jeu des mécanismes d'équilibrage par la CNAMTS. C'est pourquoi l'impact en solde est là aussi égal à 0.

La perte de produits induite pour la SNCF (3 M€), la RATP (1 M€) et la CRPCEN (1 M€), qui ne commenceraient selon les dernières prévisions à bénéficier de la compensation généralisée qu'à compter de 2010, représente au maximum 0,3 % des produits de ces régimes : l'impact financier, qui est largement lié pour ces régimes aux imperfections méthodologiques pointées par la Cour des comptes, peut être considéré comme très faible.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Néant

b) impacts sociaux

Néant

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Néant

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

La suppression de la compensation généralisée maladie diminuera quelque peu la charge de travail pour :

- les 11 caisses de sécurité sociale qui doivent consolider tous les ans les différents chiffres utiles aux calculs des transferts à opérer ;

- l'administration qui vérifie la cohérence des données, effectue les calculs sur le passé et en prévision, établit les montants et le calendrier des flux croisés relatifs aux acomptes et aux régularisations compte tenu de l'analyse des profils de trésorerie des régimes concernés.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Aucun

d) impact budgétaire

Aucun

e) impact sur l'emploi :

Aucun

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure est d'application directe.

Une modification de l'article R. 611-71 du CSS relatif aux recettes et dépenses du RSI, devenue par la présente mesure législative obsolète, devra être effectuée.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

1^{er} janvier 2011

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p>Article L.134-1 du code de la sécurité sociale - 1^{er} alinéa (actuel)</p> <p>Il est institué une compensation entre les régimes obligatoires de sécurité sociale comportant un effectif minimum, autres que les régimes complémentaires au sens des articles L. 635-1, L. 644-1 et L. 921-4 du présent code et du I de l'article 1050 du code rural. Cette compensation porte sur les charges de l'assurance maladie et maternité au titre des prestations en nature et de l'assurance vieillesse au titre des droits propres.</p>	<p>Article L.134-1 du code de la sécurité sociale - 1^{er} alinéa (modifié)</p> <p>Il est institué une compensation entre les régimes obligatoires de sécurité sociale comportant un effectif minimum, autres que les régimes complémentaires au sens des articles L. 635-1, L. 644-1 et L. 921-4 du présent code et du I de l'article 1050 du code rural. Cette compensation porte sur les charges de l'assurance maladie et maternité au titre des prestations en nature et de l'assurance vieillesse au titre des droits propres.</p>
<p>Article L.612-1 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>Les charges entraînées par l'application du présent titre sont couvertes par :</p> <p>1°) les cotisations des assurés ;</p> <p>2°) (Abrogé) ;</p> <p>3°) une fraction du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge de certaines sociétés instituées par l'article L. 651-1 ;</p> <p>4°) une fraction du produit de la contribution de solidarité instituée par l'article L. 651-10 ;</p> <p>5°) les versements à intervenir au titre de la compensation instituée par l'article L. 134-1 ;</p> <p>6°) une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1 ;</p> <p>7°) Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application de l'article L. 615-19-2.</p>	<p>Article L.612-1 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Les charges entraînées par l'application du présent titre sont couvertes par :</p> <p>1°) les cotisations des assurés ;</p> <p>2°) (Abrogé) ;</p> <p>3°) une fraction du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge de certaines sociétés instituées par l'article L. 651-1 ;</p> <p>4°) une fraction du produit de la contribution de solidarité instituée par l'article L. 651-10 ;</p> <p>5°) (Abrogé)</p> <p>6°) une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1 ;</p> <p>7°) Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application de l'article L. 615-19-2.</p>
<p>Article L651-1 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>Il est institué, au profit du régime social des indépendants mentionné à l'article L. 611-1, ainsi qu'au profit du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 et du Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6, une contribution sociale de solidarité à la charge</p> <p>1°) des sociétés anonymes et des sociétés par actions simplifiées, quelles que soient, le cas échéant, la nature et la répartition de leur capital ; [...]</p>	<p>Article L651-1 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Il est institué, au profit du régime social des indépendants mentionné à l'article L. 611 1, ainsi qu'au profit du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 et du Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6, une contribution sociale de solidarité à la charge</p> <p>1°) des sociétés anonymes et des sociétés par actions simplifiées, quelles que soient, le cas échéant, la nature et la répartition de leur capital ; [...]</p>
<p>Article L651-2-1 du code de la sécurité sociale (actuel)</p>	<p>Article L651-2-1 du code de la sécurité sociale (modifié)</p>

<p>Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité, minoré des frais de recouvrement et abondé du solde éventuel de l'exercice précédent, est affecté au régime social des indépendants mentionné à l'article L. 611-1, au prorata et dans la limite du déficit comptable résultant de la couverture obligatoire de base gérée par chacune des branches du régime, compte non tenu des subventions de l'Etat ni des montants de contribution sociale de solidarité attribués au titre des exercices antérieurs ou à titre d'acomptes provisionnels.</p> <p>Tout ou partie du solde du produit de la contribution résultant de l'application des dispositions de l'alinéa précédent est versé soit au Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1, soit au Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6.</p> <p>Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les montants de contribution sociale de solidarité ainsi répartis entre le régime bénéficiaire, le Fonds de solidarité vieillesse et le Fonds de réserve pour les retraites. Cette répartition peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.</p>	<p>Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité, minoré des frais de recouvrement et abondé du solde éventuel de l'exercice précédent, est affecté, sous réserve de l'application du 10° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, au régime social des indépendants mentionné à l'article L. 611-1, au prorata et dans la limite du déficit comptable résultant de la couverture obligatoire de base gérée par chacune des branches du régime, compte non tenu des subventions de l'Etat ni des montants de contribution sociale de solidarité attribués au titre des exercices antérieurs ou à titre d'acomptes provisionnels.</p> <p>Tout ou partie du solde du produit de la contribution résultant de l'application des dispositions de l'alinéa précédent est versé au fonds mentionné à l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.</p> <p>Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les montants de contribution sociale de solidarité ainsi répartis entre le régime bénéficiaire, le Fonds de solidarité vieillesse et le Fonds de réserve pour les retraites. Cette répartition peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.</p>
<p>Article L731-2 du code rural et de la pêche maritime (actuel)</p> <p>Le financement des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par : (...)</p> <p>10° Le versement du solde de compensation résultant, pour l'assurance maladie et maternité, de l'application de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale ;</p>	<p>Article L731-2 du code rural et de la pêche maritime (modifié)</p> <p>Le financement des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par : (...)</p> <p>10° Une fraction de 30,89 % du produit de la contribution sociale de solidarité mentionnée à l'article L651-1 du code de la sécurité sociale ;</p>
<p>Article 61 modifié de la loi n°2004-1484 (actuel)</p> <p>Les sommes à percevoir à compter du 1er janvier 2010, au titre du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, sont réparties dans les conditions suivantes :</p> <p>a) Une fraction égale à 18, 68 % est affectée à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole pour contribuer au financement des dépenses prévues au 2° de l'article L. 722-8 du code rural ;</p> <p>b) Une fraction égale à 1, 89 % est affectée à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole pour contribuer au financement des dépenses du régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du</p>	<p>Article 61 modifié de la loi n°2004-1484 (modifié)</p> <p>Les sommes à percevoir à compter du 1er janvier 2011, au titre du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, sont réparties dans les conditions suivantes :</p> <p>a) Une fraction égale à 15,44 % est affectée à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole pour contribuer au financement des dépenses prévues au 2° de l'article L. 722-8 du code rural ;</p> <p>b) Une fraction égale à 1, 89 % est affectée à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole pour contribuer au financement des dépenses du régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du</p>

même code ; c) Une fraction égale à 38, 81 % est affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; [...]	même code ; c) Une fraction égale à 42,05 % est affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; [...]
--	--

ARTICLE 22

CRÉATION D'UNE COTISATION MALADIE SUR LES PENSIONS SERVIES PAR LA CAISSE DE RETRAITE ET DE PRÉVOYANCE DES CLERCS ET EMPLOYÉS DE NOTAIRES

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

La création d'une cotisation sur les retraites servies par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN) est justifiée par les motifs suivants :

a) La situation financière de la caisse impose de dégager des ressources supplémentaires :

Le régime spécial des clercs et employés de notaires géré par la CRPCEN connaît depuis plusieurs années une dégradation significative de son résultat financier qui a atteint un déficit d'environ 182 M€ fin 2009.

Le conseil d'administration, après que le Gouvernement lui eut demandé de faire des propositions permettant de rétablir l'équilibre financier du régime à court terme, a adopté le 18 décembre 2009 un plan de redressement du régime reposant principalement sur des recettes supplémentaires :

- relèvement des cotisations salariales et employeur : cette mesure a été mise en œuvre dès le 1^{er} janvier 2010, conformément à la proposition du conseil d'administration (décret n°2009-1742 du 30 décembre 2009) ;
- institution d'une « cotisation sur les pensions de retraite limitée à 1 % du montant de la pension servie par la CRPCEN, et uniquement pour ceux bénéficiaires de l'assurance maladie : cette mesure requiert un support législatif.

b) Pour des raisons d'équité entre régimes :

Les retraités de la CRPCEN ne sont pas soumis à cotisation maladie (hors CSG et CRDS) contrairement aux retraités du régime général lesquels acquittent une cotisation maladie de 1 % sur les pensions complémentaires, hormis les personnes exonérées de l'impôt sur le revenu et les titulaires du minimum vieillesse (cf. L.241-12 du code de la sécurité sociale), alors même que le régime maladie de la CRPCEN est plus favorable que le régime général (le ticket modérateur sur les prestations en nature est inférieur de 10 à 20 points environ).

c) Nécessité de l'intervention du législateur :

Une modification de la loi du 12 juillet 1937 instituant la CRPCEN et qui détermine à l'article 3 ses ressources est nécessaire.

NB : Cette mesure figure déjà dans le projet de loi de modernisation des professions judiciaires et juridiques réglementées (qui a fait l'objet d'une première lecture à l'Assemblée nationale). Compte tenu du calendrier d'examen de ce projet et de la poursuite de la dégradation des comptes de la CRPCEN, une adoption dans le cadre du PLFSS est nécessaire pour garantir une mise en œuvre de la mesure dès janvier 2011.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

La mesure pourrait concerner tout ou partie des retraités de la CRPCEN :

- Soit la cotisation est appliquée aux seuls retraités qui ont conservé le bénéfice du régime spécial maladie de la CRPCEN :

Cette solution correspond à la demande du conseil d'administration qui considère que la cotisation est destinée au financement des prestations plus favorables du régime maladie de la CRPCEN (n'existant pas à la CRPCEN de financement différencié par branches, les cotisations sont affectées globalement à la caisse, un arrêté ministériel répartissant chaque année le produit des cotisations entre les différents risques). Elle représenterait un rendement d'environ **5,5 M€/an**.

- Soit la cotisation est appliquée à la totalité des pensionnés afin de maximiser le rendement de la mesure, évalué alors à **6,5 M€/an**.

Il est proposé d'appliquer la mesure aux seuls pensionnés ayant opté pour le régime spécial maladie de la CRCPEN.

L'exonération des pensionnés ne bénéficiant pas du régime maladie ne devrait pas soulever de difficultés en droit. En effet, le Conseil constitutionnel considère que le principe d'égalité ne s'oppose pas à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes pourvu que la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit (cf. décision n° 2000-441 DC du 28 décembre 2000, considérant n°26). L'exonération proposée est conforme à cette jurisprudence :

- la différence de traitement opérée entre retraités de la CRPCEN s'appuie sur une différence objective de situation résultant de l'affiliation ou non au régime spécial d'assurance maladie de la CRCPEN, lequel offre une couverture maladie plus favorable que celle offerte par le régime général (ticket modérateur inférieur de 5 à 25 points par rapport à celui du régime général) ;
- cette différence de traitement, qui conduit à accroître l'effort contributif des assurés qui bénéficient davantage des prestations dudit régime, est en outre justifiée au regard de l'objet de la mesure qui est d'assurer le financement du régime.

Il est proposé en outre que les pensionnés titulaires du « minimum vieillesse » ainsi que ceux exonérés du versement de la CSG (et de la CRDS) soient également exonérés de cette cotisation (par référence au 2° du paragraphe III de l'article L 136-2 du code de la sécurité sociale), ce qui correspond également à une demande du conseil d'administration de la CRPCEN. Cette exonération devrait diminuer le rendement de la mesure de façon peu significative (de l'ordre de 300.000 €/an).

Le taux de cotisation sera fixé par décret à 1 %.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La création d'une cotisation requiert une mesure législative conformément à la jurisprudence du Conseil constitutionnel (la détermination des catégories de personnes assujetties à l'obligation de cotiser relève des principes fondamentaux de la sécurité sociale relevant du domaine législatif – décision n° 60-10 L du 20 décembre 1960) et du Conseil d'Etat (« *est réservée au législateur la détermination des éléments de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, en ce qui concerne tant le régime général que les régimes spéciaux obligatoires* » - CE assemblée, 10 juillet 1996, URSSAF de Haute Garonne).

La mesure peut par ailleurs figurer en LFSS dans la mesure où elle crée un financement nouveau pour un régime obligatoire de sécurité sociale. Elle relève en effet des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et a en outre un effet sur les recettes estimé à plus de 5 M€ par an pour la CRCPEN (2° du B du V du même article).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats-membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

L'assujettissement à la nouvelle cotisation se fera dans le respect des règles

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification :

Non. Il est proposé d'introduire la mesure dans la loi du 12 juillet 1937 qui a créé le régime des clercs et employés de notaire et dans laquelle figurent les cotisations finançant le régime (art.3).

b) Abrogation de dispositions obsolètes :

Non

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer :

Le champ d'intervention de la CRPCEN n'inclut aucune des collectivités d'outre-mer, la création de la CRPCEN (par la loi du 12 juillet 1937) étant antérieure à la loi n° 46-451 du 19 mars 1946 tendant au classement comme départements français de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Réunion et de la Guyane française et aucun décret n'étant intervenu depuis cette loi pour étendre le champ de compétence de la CRPCEN aux DOM. Dans les DOM, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy les employés et clercs de notaires relèvent ainsi du régime général.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Non
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Non
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P	2012	2013	2014
CRPCEN		+ 5,2	+ 5,3	+ 5,4	+ 5,4

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

NB : si une mesure a un impact durable, ce dernier doit figurer pour toutes les années concernées, et pour l'intégralité de son montant : le tableau ci-dessus fait apparaître l'écart au tendanciel avant mesures.

L'estimation a été réalisée par la CRPCEN en appliquant le taux de 1 % prévu pour cette cotisation à la masse des pensions des retraités bénéficiant du régime maladie à l'exclusion des plus modestes selon les critères énoncés précédemment. L'évolution a ensuite été estimée par rapport à l'évolution envisageable de la masse des pensions, compte tenu de l'inflation et du nombre de retraités.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Au regard du faible nombre de personnes concernées (environ 55 000 pensionnés) et du faible taux envisagé (1 %), la mesure ne devrait avoir aucun impact économique notable.

b) impacts sociaux

Pour les pensionnés et compte tenu du montant moyen annuel de la pension de droit direct CRPCEN (de 9 702 € pour les femmes à 16 638 € pour les hommes), la contribution moyenne par individu représenterait une fourchette d'une centaine d'euros à environ 170 € par an.

c) impacts sur l'environnement

Néant

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Il s'agit d'un prélèvement sur le revenu de remplacement des retraités. Toutefois le montant net de pension perçu par les retraités du régime sera réduit dans des proportions très limitées (cf. supra).

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Amélioration de la situation financière de la CRPCEN dans le cadre d'un plan d'ensemble comportant également le relèvement des cotisations salariales et employeurs intervenu à compter du 1^{er} janvier 2010 (augmentation de 1,63 point de la part salariale et de 2,15 points de la part patronale).

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Cette cotisation supplémentaire ne crée pas de charge administrative supplémentaire significative. L'intégration dans le système d'information ne pose pas de problème particulier et pourra être réalisée sans difficultés pour une application aux pensions versées au titre de janvier 2011.

d) impact budgétaire

Aucun.

e) impact sur l'emploi :

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Un décret simple devra fixer le taux de cette cotisation, prévu à 1 %. La publication de ce décret interviendra avant la fin d'année 2010 pour une application au 1^{er} janvier 2011.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

La mesure sera applicable pour la première fois sur les pensions servies au titre du moins de janvier 2011.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les services de la CRPCEN informeront les pensionnés du régime de l'application de la nouvelle cotisation par différents canaux :

- Une information générale sera diffusée en janvier 2011 dans le magazine de la CRPCEN diffusé à l'ensemble de ses ressortissants, ainsi que sur le site internet de la CRPCEN. Un communiqué de presse sera également adressé aux revues spécialisées du notariat et de la sécurité sociale. Les notices d'information destinées à tous les assurés qui demandent leur retraite feront mention de cette cotisation.
- Une information personnalisée sera adressée aux retraités concernés (envoi d'un courrier à tous les retraités concernés bénéficiant d'une pension en cours au 1^{er} janvier 2011) ;

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Le suivi du rendement de cette cotisation sera assuré par les services de la CRPCEN.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p>Loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires.</p> <p style="text-align: center;">Article 3 (actuel)</p> <p>Par. 1er - La caisse de retraite et de prévoyance prévue à l'article 1er de la présente loi reçoit :</p> <p>1° Une cotisation obligatoire pour toutes les notaires en exercice ayant des clercs et employés, ainsi que pour les chambres, caisses et organismes visés à l'article 1er. Cette cotisation est égale à un pourcentage, fixé par décret, des salaires, gratifications et avantages de toute nature alloués par les employeurs aux clercs et employés, sans exception ni réserve ;</p> <p>2° Une autre cotisation obligatoire pour tous les notaires en exercice égale à un pourcentage, fixé par décret, de l'ensemble des émoluments et honoraires définis par les textes législatifs ou réglementaires en vigueur et prélevés sur le montant desdits émoluments et honoraires ;</p> <p>3° Une cotisation obligatoire pour les clercs et employés visés à l'article 1er. Cette cotisation est égale à un pourcentage, fixé par décret, des salaires, gratifications et avantages de toute nature qui leur sont alloués par les employeurs, sans exception ni réserve.</p> <p>Cette cotisation sera obligatoirement retenue par les notaires et autres organismes employeurs et versée par eux à la caisse en même temps que leur cotisation personnelle, à laquelle sera joint, en ce qui concerne les notaires, le produit de la cotisation visée au 2°, le tout dans les délais et conditions déterminés par le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article 5 de la présente loi.</p> <p>Par. 2 - Les cotisations qui ne sont pas versées dans le délai fixé par le décret en Conseil d'Etat sont passibles d'une majoration.</p>	<p>Loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires.</p> <p style="text-align: center;">Article 3 (modifié)</p> <p>Par. 1er - La caisse de retraite et de prévoyance prévue à l'article 1er de la présente loi reçoit :</p> <p>1° Une cotisation obligatoire pour toutes les notaires en exercice ayant des clercs et employés, ainsi que pour les chambres, caisses et organismes visés à l'article 1er. Cette cotisation est égale à un pourcentage, fixé par décret, des salaires, gratifications et avantages de toute nature alloués par les employeurs aux clercs et employés, sans exception ni réserve ;</p> <p>2° Une autre cotisation obligatoire pour tous les notaires en exercice égale à un pourcentage, fixé par décret, de l'ensemble des émoluments et honoraires définis par les textes législatifs ou réglementaires en vigueur et prélevés sur le montant desdits émoluments et honoraires ;</p> <p>3° Une cotisation obligatoire pour les clercs et employés visés à l'article 1er. Cette cotisation est égale à un pourcentage, fixé par décret, des salaires, gratifications et avantages de toute nature qui leur sont alloués par les employeurs, sans exception ni réserve.</p> <p>Cette cotisation sera obligatoirement retenue par les notaires et autres organismes employeurs et versée par eux à la caisse en même temps que leur cotisation personnelle, à laquelle sera joint, en ce qui concerne les notaires, le produit de la cotisation visée au 2°, le tout dans les délais et conditions déterminés par le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article 5 de la présente loi.</p> <p>4° Une cotisation obligatoire assise sur les avantages de retraite servis par la caisse de prévoyance et de retraite des clercs et employés de notaires, à un taux et dans des conditions fixés par décret, à l'exclusion des avantages servis aux personnes ne relevant pas du régime d'assurance maladie et maternité des clercs et employés de notaires. Sont également exonérés de cette cotisation les pensionnés relevant du 2° du III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Par. 2 - Les cotisations qui ne sont pas versées dans le délai fixé par le décret en Conseil d'Etat sont passibles d'une majoration.</p>
--	--

ARTICLE 30

ETENDRE LES POSSIBILITÉS DE CONTRÔLE DES URSSAF POUR LE COMPTE D'ORGANISMES TIERS VOLONTAIRES (PÔLE EMPLOI, RÉGIMES SPÉCIAUX)

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Aux termes de l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale, les URSSAF sont habilitées, dans le cadre de leurs contrôles, à vérifier l'assiette, le taux et le calcul des contributions d'assurance chômage et des cotisations AGS (Association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés). Une convention a été signée à cet effet entre l'ACOSS et l'UNEDIC à effet du 1^{er} juin 2008. En 2009, les URSSAF ont réalisé 85 968 actions de contrôle des contributions chômage, ayant donné lieu à plus de 30 millions d'euros de redressement.

La loi n° 2008-126 du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi prévoit qu'à compter d'une date qui a été fixée par décret au 1^{er} janvier 2011, les contributions chômage seront recouvrées et contrôlées pour le compte de l'UNEDIC par les URSSAF et, pour certains cotisants, par des organismes énumérés à l'article L.5427-1 du code du travail, selon les règles applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale sauf exceptions (article L. 5422-16 du code du travail, dans sa rédaction issue de l'article 17 de la loi n° 2008-126 du 13 février 2008). Toutefois, les contributions exigibles avant le 1^{er} janvier 2011 resteront recouvrées par POLE EMPLOI (article 5 III de la loi n° 2008-126 du 13 février 2008).

Cette même loi modifie, à compter de cette date, l'article L.243-7 du code de la sécurité sociale, pour supprimer le pouvoir de contrôle des contributions chômage, dans la mesure où celui-ci découle directement de l'article L. 5422-16 du code du travail.

Néanmoins le dispositif souffre de deux principales imperfections auxquelles il est proposé de remédier :

- d'une part, certains délégataires du recouvrement des contributions chômage autres que les URSSAF ne sont pas en mesure de procéder eux-mêmes au contrôle de ces contributions et souhaitent confier cette mission aux URSSAF ;
- d'autre part, si le recouvrement des contributions chômage exigibles avant le transfert fait l'objet de dispositions précises tant en ce qui concerne l'organisme en charge de celui-ci que les règles applicables, tel n'est pas le cas pour le contrôle de ces contributions, ce qui fragilise les contrôles réalisés postérieurement au 1^{er} janvier 2011 portant sur des périodes de contributions antérieures.

Par ailleurs, la mission de contrôle des URSSAF pour des régimes autres que le régime général est susceptible de trouver d'autres applications, notamment du côté des régimes spéciaux.

Enfin, les actions de recouvrement et de contrôle des URSSAF doivent intervenir dans un cadre juridique très sécurisé, notamment lorsque une URSSAF est appelée à intervenir pour le compte d'une autre URSSAF. Le dispositif de délégation de ce contrôle par simple convention tel que prévu aujourd'hui ne répond pas à cette exigence.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Les mesures retenues conduisent :

1° à rétablir à compter du 1^{er} janvier 2011, la faculté des URSSAF de vérifier, dans le cadre de leurs contrôles, les contributions chômage et les cotisations AGS pour le compte des délégataires du recouvrement qui ne disposent pas d'un corps d'inspection, à savoir POLE EMPLOI s'agissant des contributions dues au titre des salariés intermittents du spectacle et la Caisse nationale de compensation des cotisations de sécurité sociale des voyageurs et représentants placiers à cartes multiples (CCVRP) s'agissant des contributions dues au titre de ces derniers ;

2° à permettre aux URSSAF de contrôler les cotisations dues aux régimes spéciaux lorsque les organismes gestionnaires de ces régimes souhaiteraient par le biais de conventions passées avec les organismes de recouvrement du régime général, déléguer tout ou partie de cette mission, à l'instar de ce que la loi permet d'ores et déjà pour les organismes complémentaires relevant du livre IX du code de la Sécurité sociale (ARRCO/AGIRC);

3° à préciser que les contributions chômage et les cotisations AGS exigibles avant le transfert sont contrôlées par les URSSAF ;

4° à modifier les conditions de délégation par un organisme national de missions spécifiques, prévoyant pour des raisons de sécurité juridique que le contentieux ne pourra être délégué que par décret et non par simple convention.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Les missions de contrôle accomplies par les URSSAF sur l'application de la législation de sécurité sociale contribuent à sécuriser l'assiette et à améliorer les recettes du régime général. Les missions de contrôle accomplies pour le compte d'organismes partenaires, soit pour le compte de l'UNEDIC, puis de Pôle emploi, de l'ARRCO et de l'AGIRC ou des organismes gestionnaires des régimes spéciaux, constituent des prestations pour le compte d'autres organismes qui leur sont facturées en proportion des gains réalisés au moyen des redressements et constituent donc un apport de recettes pour le régime général (cf. 1° et 2° du 2. ci-dessus)

L'amélioration des recettes née des opérations de contrôle ne peut être effective que si les règles et procédures de ce contrôle sont strictement sécurisées. Les dispositions du 3° et 4° du 2. ci-dessus participent de cette nécessaire sécurisation juridique.

Ces mesures prennent place dans la partie III de la loi de financement de la sécurité sociale (il est à noter que la mission de contrôle par les URSSAF des cotisations des régimes de retraites complémentaires a été définie par l'article 30 de la LFSS pour 2007).

Elles concernent les règles relatives au recouvrement des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base (3° du B du V de l'article LO 111-3 du CSS), ainsi que les missions et la gestion interne des URSSAF (3° du C du V de ce même). Elles ont également un impact direct sur les recettes des régimes (2° du B du V du même article) qu'il est toutefois difficile de chiffrer avec une grande précision dans son ensemble.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Oui

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Le rétablissement de la faculté de contrôle nécessite une modification de l'article L.243-7 et de l'article L.243-1-2 du code de la sécurité sociale.

En revanche, les dispositions transitoires relatives au contrôle des contributions exigibles avant le 1^{er} janvier 2011 n'ont pas vocation à être codifiées.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure sera applicable dans les quatre DOM, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin. Elle ne le sera pas à Saint-Pierre et Miquelon, à Mayotte et dans les autres collectivités d'Outre-mer

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Le rétablissement de la faculté de contrôle des URSSAF sur les contributions des salariés intermittents du spectacle (223 M€ de contributions encaissées en 2009) et les VRP multi-cartes permettra de poursuivre les actions de lutte contre la fraude entamées depuis le 2^{ème} semestre 2008, qui ont permis des rentrées de contributions substantielles (30 M€ en 2009 sur le périmètre des contributions actuellement recouvrées par POLE EMPLOI), en bénéficiant des économies d'échelle qui résultent de la vérification des cotisations et contributions par les inspecteurs du recouvrement des URSSAF.

La sécurisation des actions de contrôle menées par les agents des URSSAF sur les contributions antérieures au transfert permettra de garantir le recouvrement des contributions qui seront redressées à partir de 2011 au titre des années 2008 et 2009 (qui peuvent être estimées au minimum à 60 M€).

L'accomplissement de ces missions de contrôle par délégation fait l'objet d'une rémunération par les bénéficiaires aux organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, dont le montant est fixé par convention entre les organismes concernés.

L'extension de la mission de contrôle des URSSAF à des régimes spéciaux est susceptible d'apporter de nouvelles recettes aux URSSAF, que l'on peut chiffrer à un montant de l'ordre d'1 million d'euros. Lorsque cette mission concernera un régime adossé au régime général, ce qui est le cas du régime d'assurance vieillesse des entreprises du secteur de l'industrie électrique et gazière, l'action de contrôle des URSSAF est susceptible de plus d'avoir un effet sur le montant des cotisations versées par ces entreprises au régime général.

L'impact financier des deux dispositions portant sécurisation juridique des opérations de contrôle est par contre par nature très difficile à chiffrer, Il serait le résultat de l'annulation par le juge d'actions de contrôle conduite par des URSSAF sur une base juridique insuffisante.

Au total, les dispositions contenu dans cet article 30, est susceptible d'accroître les recettes du régime général de l'ordre d'au moins 2 millions d'euros.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) <i>Coût ou moindre recette (signe -)</i> <i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>
---	--

	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014
Régime général		+2	+2	+2	+2

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Favorable. La sécurisation des contrôles est un instrument de lutte contre la fraude et tend à garantir une concurrence loyale entre entreprises.

b) impacts sociaux

La mesure a pour effet de garantir les droits des salariés en vérifiant leur affiliation au régime d'assurance chômage et l'exactitude de l'assiette des contributions versées au titre de leurs rémunérations.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Les mesures relatives au contrôle ont un impact sur les employeurs, qu'ils soient personnes morales ou personnes physiques ainsi que sur les organismes qui versent les cotisations et contributions sociales pour leur compte, auprès desquels le contrôle est rendu possible. Elle permettra indirectement une meilleure garantie des droits des salariés, à la suite des redressements effectués.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mesure élargit et clarifie les pouvoirs de contrôle des agents des URSSAF.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

La mise en œuvre de cette réforme ne nécessite pas de nouvelle adaptation du système d'information de la branche du recouvrement. La charge administrative supplémentaire pour les URSSAF est faible. Le contrôle des contributions chômage est déjà opérationnel. Certains régimes spéciaux font déjà l'objet de contrôles sur les cotisations et contributions sociales, notamment la CNIEG et l'extension de la mission de contrôle à d'autres régimes sera progressive. La charge résultant de la nouvelle faculté de procéder à des contrôles sur des tiers versant des cotisations sans être eux-mêmes employeurs est très difficilement estimable.

d) impact budgétaire :

La mesure n'a pas d'impact budgétaire.

e) impact sur l'emploi :

La mesure sera gérée par les moyens disponibles tels que définis par la convention d'objectifs et de gestion qui lie l'ACOSS à l'Etat pour la période 2010/2013.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Aucun texte d'application ne sera nécessaire.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Aucun délai nécessaire, sauf celui pour la conclusion des conventions précisant les modalités pratiques.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Il n'est pas prévu d'information particulière à ce sujet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Il sera procédé à un suivi du nombre de contrôles effectués et du montant des redressements notifiés.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 243-7 du code de la sécurité sociale (actuel)	Article L. 243-7 du code de la sécurité sociale (modifié)
<p>Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques, et par les travailleurs indépendants est confié aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.</p> <p>Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont également habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires mentionnés au chapitre 1er du titre II du livre IX pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes. Le résultat de ces vérifications est transmis auxdites institutions aux fins de recouvrement.</p> <p>Des conventions conclues entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et les organismes nationaux qui fédèrent les institutions relevant du chapitre 1er du titre II du livre IX du présent code fixent notamment les modalités de transmission du résultat des vérifications et la rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général.</p>	<p>Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques, et par les travailleurs indépendants est confié aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.</p> <p>Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont également habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul, des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires mentionnés au chapitre 1er du titre II du livre IX pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes, des cotisations et contributions recouvrées pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage par les organismes mentionnés aux c) et e) de l'article L. 5427-1 du code du travail et des cotisations destinées au financement des régimes mentionnés au titre 1er du livre VII du présent code. Le résultat de ces vérifications est transmis auxdites institutions aux fins de recouvrement.</p> <p>Pour la mise en œuvre de l'alinéa précédent, des conventions conclues entre, d'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, les organismes nationaux qui fédèrent les institutions relevant du chapitre 1er du titre II du livre IX du présent code, les organismes mentionnés aux c) et e) de l'article L. 5427-1 du code du travail, l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage et les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes prévus au titre 1er du livre VII du présent code qui en font la demande fixent notamment les modalités de transmission du résultat des vérifications et la rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général.</p>

<p>Le contrôle de l'application de la législation de sécurité sociale au titre des cotisations et contributions sociales dont les services déconcentrés de l'Etat sont redevables auprès du régime général est assuré par les organismes visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 qui reçoivent leurs déclarations et paiements.</p> <p>La Cour des comptes est compétente pour contrôler les administrations centrales de l'Etat. Elle peut demander l'assistance des organismes mentionnés à l'alinéa précédent et notamment requérir la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement.</p> <p>Il est fait état du résultat des contrôles mentionnés aux deux alinéas précédents dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale prévu à l'article LO 132-3 du code des juridictions financières.</p>	<p>Le contrôle de l'application de la législation de sécurité sociale au titre des cotisations et contributions sociales dont les services déconcentrés de l'Etat sont redevables auprès du régime général est assuré par les organismes visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 qui reçoivent leurs déclarations et paiements.</p> <p>La Cour des comptes est compétente pour contrôler les administrations centrales de l'Etat. Elle peut demander l'assistance des organismes mentionnés à l'alinéa précédent et notamment requérir la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement.</p> <p>Il est fait état du résultat des contrôles mentionnés aux deux alinéas précédents dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale prévu à l'article LO 132-3 du code des juridictions financières.</p>
<p style="text-align: center;">Article 5 de la loi n°2008-126 du 13 février 2008 (actuel)</p> <p>(...)</p> <p>III.-Les I et II entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1er janvier 2012.</p> <p>A compter de la création de l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail, dans les conditions prévues à l'article 9 de la présente loi, et jusqu'à la date mentionnée au premier alinéa du présent III, le recouvrement des contributions mentionnées aux articles L. 321-4-2, L. 351-3-1 et L. 351-14 du même code est assuré pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage par l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 dudit code dans les formes et conditions et sous le régime contentieux en vigueur avant la publication de la présente loi. Celle-ci assure également le recouvrement des cotisations prévues à l'article L. 143-11-6 du même code pour le compte du régime d'assurance prévu à l'article L. 143-11-1 dudit code, en application d'une convention passée avec l'association mentionnée à l'article L. 143-11-4 du même code et dans les formes et conditions et sous le régime contentieux en vigueur avant la publication de la présente loi.</p> <p>Pendant la période mentionnée au deuxième alinéa du présent III, les contributions et cotisations mentionnées aux articles L. 321-4-2, L. 351-3-1, L. 351-14 et L. 143-11-6 du même code exigibles avant la création de l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du même code sont recouvrées par l'institution mentionnée au même article L. 311-7.</p> <p>Les contributions et cotisations mentionnées aux articles L. 321-4-2, L. 351-3-1, L. 351-14 et L.</p>	<p style="text-align: center;">Article 5 de la loi n°2008-126 du 13 février 2008 (modifié)</p> <p>(...)</p> <p>III.-Les I et II entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1er janvier 2012.</p> <p>A compter de la création de l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail, dans les conditions prévues à l'article 9 de la présente loi, et jusqu'à la date mentionnée au premier alinéa du présent III, le recouvrement des contributions mentionnées aux articles L. 321-4-2, L. 351-3-1 et L. 351-14 du même code est assuré pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage par l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 dudit code dans les formes et conditions et sous le régime contentieux en vigueur avant la publication de la présente loi. Celle-ci assure également le recouvrement des cotisations prévues à l'article L. 143-11-6 du même code pour le compte du régime d'assurance prévu à l'article L. 143-11-1 dudit code, en application d'une convention passée avec l'association mentionnée à l'article L. 143-11-4 du même code et dans les formes et conditions et sous le régime contentieux en vigueur avant la publication de la présente loi.</p> <p>Pendant la période mentionnée au deuxième alinéa du présent III, les contributions et cotisations mentionnées aux articles L. 321-4-2, L. 351-3-1, L. 351-14 et L. 143-11-6 du même code exigibles avant la création de l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du même code sont recouvrées par l'institution mentionnée au même article L. 311-7.</p> <p>Les contributions et cotisations mentionnées aux articles L. 321-4-2, L. 351-3-1, L. 351-14 et L.</p>

<p>143-11-6 du même code exigibles avant la date mentionnée au premier alinéa du présent III continuent à être recouvrées, à compter de cette date, par l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du même code, dans les formes et conditions applicables selon les dispositions en vigueur avant cette date.</p> <p>Pendant la période mentionnée au deuxième alinéa du présent III :</p> <p>1° Les agents des services des impôts ainsi que ceux des organismes de sécurité sociale peuvent communiquer à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du même code les renseignements nécessaires à l'assiette des cotisations et contributions ;</p> <p>2° Les informations détenues par les organismes de sécurité sociale peuvent être rapprochées de celles détenues par l'institution mentionnée au même article L. 311-7 pour la vérification du versement des contributions et cotisations ;</p> <p>3° Pour procéder à la vérification du versement des contributions et cotisations leur incombant, la caisse de congés des professions de la production cinématographique et audiovisuelle et des spectacles, les institutions des régimes complémentaires de retraite de ces professions et l'institution mentionnée au même article L. 311-7 peuvent rapprocher leurs informations.</p>	<p>143-11-6 du même code exigibles avant la date mentionnée au premier alinéa du présent III continuent à être recouvrées, à compter de cette date, par l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du même code, dans les formes et conditions applicables selon les dispositions en vigueur avant cette date et contrôlées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale ainsi qu'à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime.</p> <p>Pendant la période mentionnée au deuxième alinéa du présent III :</p> <p>1° Les agents des services des impôts ainsi que ceux des organismes de sécurité sociale peuvent communiquer à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du même code les renseignements nécessaires à l'assiette des cotisations et contributions ;</p> <p>2° Les informations détenues par les organismes de sécurité sociale peuvent être rapprochées de celles détenues par l'institution mentionnée au même article L. 311-7 pour la vérification du versement des contributions et cotisations ;</p> <p>3° Pour procéder à la vérification du versement des contributions et cotisations leur incombant, la caisse de congés des professions de la production cinématographique et audiovisuelle et des spectacles, les institutions des régimes complémentaires de retraite de ces professions et l'institution mentionnée au même article L. 311-7 peuvent rapprocher leurs informations.</p>
<p align="center">Article L.216-2-1 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>I. - Les conseils d'administration des organismes nationaux mentionnés aux articles L. 222-1, L. 223-1 et L. 225-1 définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes relevant de la branche concernée.</p> <p>Pour l'application de ces orientations, le directeur de l'organisme national peut confier à un ou plusieurs organismes de la branche la réalisation de missions ou d'activités relatives à la gestion des organismes, au service des prestations et au recouvrement.</p> <p>Les modalités de mise en œuvre sont fixées par convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux. Les directeurs signent la convention, après avis des conseils d'administration des organismes locaux ou régionaux concernés.</p> <p>II. - Pour les missions liées au service des prestations, l'organisme désigné peut, pour le compte des autres organismes locaux ou régionaux, participer à l'accueil et à l'information</p>	<p align="center">Article L.216-2-1 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>I. - Les conseils d'administration des organismes nationaux mentionnés aux articles L. 222-1, L. 223-1 et L. 225-1 définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes relevant de la branche concernée.</p> <p>Pour l'application de ces orientations, le directeur de l'organisme national peut confier à un ou plusieurs organismes de la branche la réalisation de missions ou d'activités relatives à la gestion des organismes, au service des prestations et au recouvrement.</p> <p>Les modalités de mise en œuvre sont fixées par convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux, sauf en ce qui concerne le traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites qui sont précisés par décret. Les directeurs signent la convention, après avis des conseils d'administration des organismes locaux ou régionaux concernés.</p> <p>II. - Pour les missions liées au service des</p>

des bénéficiaires, servir des prestations, procéder à des vérifications et enquêtes administratives concernant leur attribution et exercer les poursuites contentieuses afférentes à ces opérations. Il peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres organismes locaux ou régionaux.

III. - L'union de recouvrement désignée peut assurer pour le compte d'autres unions des missions liées au recouvrement, au contrôle et au contentieux du recouvrement. Elle peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres unions.

IV. - Les modalités d'application du présent article sont déterminées, en tant que de besoin, par décret.

prestations, l'organisme désigné peut, pour le compte des autres organismes locaux ou régionaux, participer à l'accueil et à l'information des bénéficiaires, servir des prestations, procéder à des vérifications et enquêtes administratives concernant leur attribution et exercer les poursuites contentieuses afférentes à ces opérations. Il peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres organismes locaux ou régionaux.

III. - L'union de recouvrement désignée peut assurer pour le compte d'autres unions des missions liées au recouvrement, au contrôle et au contentieux du recouvrement. Elle peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres unions.

IV. - Les modalités d'application du présent article sont déterminées, en tant que de besoin, par décret.

ARTICLE 31 INSTAURATION D'UNE PHASE TRANSITOIRE POUR LA SUPPRESSION DE LA DÉCLARATION COMMUNE DE REVENUS (DCR)

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Les cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants sont assises sur les revenus d'activité dont les données sont obtenues grâce à une déclaration commune de revenus (DCR), recueillie par les caisses du régime social des indépendants (RSI).

L'article 1^{er} de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie prévoit que les informations nécessaires au calcul des cotisations et contributions des travailleurs indépendants pourront être obtenues par les URSSAF auprès des services fiscaux, en supprimant l'obligation des cotisants de souscrire une DCR auprès du régime social des indépendants. L'application de la mesure, prévue à compter du 1^{er} janvier 2010, pouvait être reportée par décret au 1^{er} janvier 2011, faculté qui a été exercée par le décret n°2009-1638 du 23 décembre 2009.

Un groupe de travail associant l'administration et les caisses nationales des régimes concernés (RSI et CNAVPL) a étudié depuis 2008 les modalités de la suppression de la DCR, et notamment la manière de collecter les informations nécessaires aux organismes de sécurité sociale pour le calcul des cotisations et contributions dues fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP) à partir de la déclaration de revenus n°2042 C. Le schéma d'ensemble retenu va dans le sens de la simplification administrative souhaitée, dont l'un des principes est de ne pas demander deux fois aux cotisants des informations dont une administration disposerait déjà.

La mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU) au 1^{er} janvier 2008 ayant généré des dysfonctionnements dans la gestion des comptes et le recouvrement des cotisations d'une partie des travailleurs indépendants, il est indispensable d'entourer cette réforme qui concerne plus de deux millions de personnes de toutes les garanties nécessaires à sa mise en œuvre dans de bonnes conditions.

Au-delà, il est souhaité répondre aux attentes des travailleurs indépendants en matière de simplification du recouvrement de leurs cotisations et contributions, en offrant à l'avenir, davantage de souplesse dans la déclaration, de prévisibilité du montant de cotisations dû et de rapidité dans la réalisation des opérations de régularisation du montant définitivement dû au titre de l'année précédente. Il est envisagé de permettre une modulation des échéances dès que les indépendants disposent de leur résultat de l'année précédente sans attendre la régularisation définitive qui est effectuée au cours du mois de novembre. Les modalités techniques seront à terme opérationnelles par internet.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Le dispositif proposé permettra de mettre en œuvre le nouveau processus de déclaration et de calcul des cotisations sur la base des données fiscales enrichies, tout en conservant, pour la seule année 2011, la déclaration commune de revenus pour couvrir les éventuels défauts d'exhaustivité du nouveau processus afin que l'ensemble des travailleurs indépendants obtienne la régularisation des cotisations provisionnelles qui ont été acquittées dans les plus brefs délais. Il garantira ainsi que les cotisations et contributions des travailleurs indépendants seront bien recouvrées en 2011.

Le maintien de la date définitive de suppression de la DCR au 1^{er} janvier 2011 conduirait à la suppression du support déclaratif social au profit de la réalisation d'un traitement de masse nouveau qui n'aura pu être expérimenté en situation réelle et sans possibilité, en cas d'échec, de collecter les informations manquantes par un autre moyen.

Par conséquent, une période de transition au cours de l'année 2011 s'avère essentielle afin d'être en mesure de disposer de l'ensemble des données nécessaires à la reconstitution de l'assiette sociale provenant des seules déclarations fiscales.

Le projet prévoit également de donner la possibilité aux cotisants qui le souhaitent de déclarer à l'avenir les revenus de l'année précédente directement aux organismes sociaux afin de modifier le montant des échéances de cotisations sociales de l'année en cours ou anticiper une régularisation. Cette mesure aura l'avantage de fiabiliser la nouvelle procédure déclarative tout en offrant une plus grande souplesse aux entrepreneurs par un ajustement provisoire du montant de leurs échéances de paiement.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La loi de modernisation de l'économie a fixé au 1^{er} janvier 2010 la date d'entrée en vigueur de la réforme, tout en laissant la possibilité de fixer une autre date par décret sans pouvoir dépasser celle du 1^{er} janvier 2011. Par conséquent, une mesure législative s'impose à l'instauration d'une phase transitoire pour 2011.

Les dispositions proposées relèvent des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3^o du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et ont en outre un effet sur les dépenses estimé à 6 millions d'euros pour 2011 (2^o du C du V du même article). Des économies sont ensuite attendues à hauteur de 6 millions par an à compter de 2012.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Cette mesure est de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure est une disposition transitoire qui de ce fait ne nécessite pas une codification.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La suppression de la DCR concerne le régime social des travailleurs indépendants qui est applicable dans les DOM, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Le financement des prestations repose sur les capacités des organismes sociaux à collecter les revenus des travailleurs indépendants pour assoir les cotisations et contributions et collecter les sommes correspondantes. En l'absence de données relatives aux revenus permettant d'établir l'assiette des cotisations, celles-ci sont basées sur des sommes forfaitaires avant d'être ensuite, éventuellement, régularisées. Le recouvrement de ces sommes en est beaucoup plus difficile et le niveau de restes à recouvrer plus élevé. L'impact financier de la disposition sur les régimes concernés, en ce qu'elle facilite le calcul des cotisations et contributions des travailleurs indépendants est très réel mais difficilement mesurable.

De son côté, le déroulement des campagnes de déclaration des revenus présente un coût important pour les caisses du Régime social des indépendants (RSI), encore accru par les difficultés liées au fonctionnement du système actuel. Les seules opérations d'envoi et de réception des déclarations de revenus coûtent plus de deux millions d'euros par an. La prise en compte de l'ensemble des coûts liés au traitement de ces déclarations, aux opérations de calcul et de vérification qui en découlent (frais de personnel, et de systèmes d'information) conduit à chiffrer le coût de la campagne de déclaration de l'ordre de 6 millions d'euros.

En 2011, le RSI devra financer une année supplémentaire de campagne de déclaration. par rapport à ce qui était initialement prévu. L'économie attendue de la suppression de la DRC sera donc différé à compter de 2012.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014
Régime social des indépendants (RSI)		-6	+6	+6	+6

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Néant

b) impacts sociaux

Néant

c) impacts sur l'environnement

Aucun en 2011. A compter de 2012, la suppression de la campagne annuelle de DCR conduira notamment à une réduction très significative de la consommation de papier par les caisses du RSI et s'inscrira ainsi dans les actions en faveur du développement durable.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Tous les travailleurs indépendants affiliés au RSI au moins pour le risque maladie, soit 1,9 million de personnes, sont concernés par cette mesure. Cette population sera amenée à renseigner deux supports déclaratifs pour la seule année 2011.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Le RSI devra assurer une campagne de collecte de revenus en 2011 afin de disposer d'informations les plus fiables possibles en cas d'échec du système de rapprochement avec les revenus déclarés au fisc. L'ACOSS en revanche aura comme prévu initialement la charge de la collecte des données fiscales de l'ensemble de la population, dès 2011. La DGFIP devra produire ces données selon le calendrier initialement prévu.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

La suppression de la DCR suppose une refonte de l'applicatif de calcul des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants. Cette phase de transition permet l'expérimentation de cet applicatif sur les données réelles. Les travaux informatiques nécessaires incluent également la modification des chaînes de travail pour la collecte manuelle des revenus des cotisants qui n'auront renseigné aucune des deux déclarations ou ceux dont les données n'ont pas pu être exploitées.

d) impact budgétaire

La RSI devra assumer à nouveau pour 2011 la charge d'une campagne DCR, dont le coût est estimé à environ 6 millions d'euros.

e) impact sur l'emploi :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles tels que définis par les conventions d'objectifs et de gestion qui lient la caisse nationale du RSI et l'ACOSS à l'Etat.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Aucun texte d'application n'est nécessaire en 2011. Pour 2012 et les années suivantes un décret en CE d'application sera nécessaire s'agissant de la suppression de la DCR.

2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet vu la nature de la mesure, elle-même transitoire.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

La mesure sera mise en œuvre à partir du printemps 2011 jusqu'en novembre de la même année

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une campagne de communication auprès des cotisants sera mise en œuvre en amont de la période de déclaration fiscale pour assurer la compréhension de la nouvelle modalité de calcul des cotisations et contributions sociales.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

La caisse nationale du RSI et l'ACOSS devront établir un bilan détaillé de la mise en œuvre de la mesure en novembre 2011.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 133-6-2 du code de la sécurité sociale (actuel)	Article L. 133-6-2 du code de la sécurité sociale (modifié)
<p>I.-Les données nécessaires au calcul et au recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 133-6 et L. 642-1 et de la cotisation due par les travailleurs indépendants mentionnés au c du 1° de l'article L. 613-1 peuvent être obtenues par les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 selon les modalités prévues par l'article L. 114-14.</p> <p>Lorsque ces données ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 en informent les travailleurs non salariés des professions non agricoles, qui les leur communiquent par déclaration. Cette procédure s'applique également en cas de cessation d'activité.</p> <p>II.-Lorsque les données relèvent de l'article L. 642-1, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 les transmettent aux organismes mentionnés à l'article L. 641-1.</p> <p>Lorsque les données concernent la cotisation due par les travailleurs indépendants mentionnés au c du 1° de l'article L. 613-1, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 les transmettent aux organismes mentionnés à l'article L. 611-3.</p>	<p>I.-Les données nécessaires au calcul et au recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 133-6 et L. 642-1 et de la cotisation due par les travailleurs indépendants mentionnés au c du 1° de l'article L. 613-1 sont obtenues par les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 selon les modalités prévues par l'article L. 114-14.</p> <p>Lorsque ces données ne peuvent être obtenues dans les conditions prévues au premier aliéna et que le travailleur indépendant n'a pas souscrit de déclaration auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations et contributions sociales, ceux-ci en informent le travailleur indépendant qui les leur communique. Cette procédure s'applique également en cas de cessation d'activité</p> <p>II.-Lorsque les données relèvent de l'article L. 642-1, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 les transmettent aux organismes mentionnés à l'article L. 641-1.</p> <p>Lorsque les données concernent la cotisation due par les travailleurs indépendants mentionnés au c du 1° de l'article L. 613-1, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 les transmettent aux organismes mentionnés à l'article L. 611-3.</p>

ARTICLE 32

INSTAURATION DE NOUVELLES SANCTIONS EN MATIÈRE DE CONTRIBUTION SOCIALE DE SOLIDARITÉ DES SOCIÉTÉS (C3S)

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

La contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) a vocation, depuis sa création en 1970, à équilibrer les comptes du Régime social des indépendants (RSI). En raison des effets de la crise économique, ce rôle dévolu à la C3S s'avère encore plus prégnant. Le produit de la C3S est ainsi affecté tous les ans à la Caisse nationale du RSI au prorata et dans la limite du déficit comptable résultant de la couverture obligatoire de base gérée par chacune des branches. Le cas échéant, le solde du produit de la C3S est versé soit au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), soit au Fonds de réserve pour les retraites (FRR). Une contribution additionnelle est depuis 2004 affectée au financement de la caisse nationale des travailleurs salariés.

La C3S qui assujettit au taux de 0,16 % (0,13 % plus la contribution additionnelle de 0,03 %) le chiffre d'affaires des entreprises lorsque celui-ci dépasse 760 000 € a concerné, en 2010, 295 000 entreprises et rapporté 5,5 Md€.

Le rôle accru de la C3S dans le financement des régimes de sécurité sociale conduit à renforcer la politique de contrôle mise en œuvre par les services de la Caisse Nationale du Régime Social des Indépendants.

Les moyens de contrôle à la disposition de l'organisme de recouvrement lui permettent d'obtenir de l'administration fiscale (DGFIP) les éléments nécessaires à la détermination de l'assiette et du montant de la contribution dans les conditions prévues à l'article L 152 du Livre des procédures fiscales (LPF). L'article L.651-5-1 du code de la sécurité sociale prévoit, par ailleurs, que les sociétés et entreprises sont tenues de fournir, à la demande de l'organisme de recouvrement, tous renseignements et documents nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de son montant.

Alors que dans le cadre des échanges avec la DGFIP, la procédure de communication de renseignements est opérationnelle, l'organisme de recouvrement se heurte à des réticences de la part de certains redevables dans l'obtention des documents et renseignements nécessaires à la vérification de l'assiette.

La difficulté du contrôle apparaît principalement imputable à l'absence de sanction applicable en cas de défaut de production des documents demandés. De même, il n'existe actuellement aucune sanction applicable sur les sommes dues par l'entreprise suite aux redressements opérés par l'organisme de contrôle.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

La mesure proposée consiste à renforcer et à sécuriser la procédure de contrôle sur pièces existante de sorte à la rendre pleinement effective.

Elle complète les outils de contrôle à la disposition de l'organisme en introduisant deux nouvelles sanctions :

- une majoration fixée dans la limite de 5 % applicable sur le montant des sommes dues par l'entreprise lorsque celle-ci n'a pas répondu à la demande initiale de renseignements et de documents. Cette majoration s'applique également lorsque l'entreprise n'a pas répondu ou a répondu de manière insuffisante à la mise en demeure qui lui a été adressée de compléter sa réponse. Corrélativement, l'amende de 9 000 € prévue en la matière est supprimée ;
- une majoration fixée dans la limite de 10 % sur le supplément de contribution mis à la charge du redevable en cas de redressements.

Elle aménage, par ailleurs, les majorations de retard et de paiement actuellement prévues par décret, alors même que de telles dispositions relèvent du domaine de la loi, la C3S ayant la qualité d'imposition (Conseil constitutionnel, décision n°91-302 DC du 30 décembre 1991 considérant n°12).

Elle introduit ainsi une possible modulation des sanctions applicables et en contrepartie, supprime le caractère rémissible des sanctions.

Pour obtenir le résultat attendu, il n'y a pas d'autre option que de demander au législateur d'intervenir.

La voie d'un recours systématique aux tribunaux par le service du recouvrement de la contribution pour régler les situations visées serait très long et très coûteux. Une intervention du législateur permet de mettre en place un dispositif adapté et cohérent, entrant en vigueur à la même date sur tout le territoire en garantissant ainsi l'égalité de traitement des contribuables.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure vise à renforcer et sécuriser la procédure de contrôle de la C3S mise en oeuvre par l'organisme de recouvrement. L'instauration de deux nouvelles majorations (5 % et 10 %) assises sur le montant des redressements effectués par l'organisme concerne les règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes et organismes concourant à leur financement (3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et aura un impact direct sur les recettes de la sécurité sociale, évalué à 12 millions d'euros par an dès 2012 (2° du B du V du même article).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Le dispositif proposé requiert:

- la modification de l'article L 651-5-1 du CSS ;
- la suppression de l'article L. 651-5-2 non appliqué en pratique ;
- l'insertion de trois nouveaux articles, L. 651-5-4 à L.651-5-6, qui reprennent en les aménageant les majorations de retard et de paiement actuellement prévues par décret ;
- la modification de l'article L 651-9 du CSS.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure est applicable dans les DOM, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin. La C3S n'est pas recouverte à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte et dans les autres collectivités d'outre-mer.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

La mesure améliorera le recouvrement de la C3S pour un montant qui peut être évalué en 2012 à 12 M€ environ, calculé à partir des rectifications notifiées en 2009.

Organisme (s) impacté (s) (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en millions d'euros) <i>Coût ou moindre recette (signe -), économie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	2010 (rectificatif)	2011 P	2012	2013	2014
FSV			+12	+12	+12

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impact économique

La mesure a pour effet de rétablir l'équité du prélèvement en améliorant l'efficacité du contrôle et est de nature à faire progresser le civisme en incitant les redevables à s'acquitter de leurs obligations en matière notamment de fourniture de documents.

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Une telle mesure s'inscrit dans une volonté de mettre en œuvre une véritable politique de contrôle sur pièces répondant ainsi aux besoins de l'organisme de recouvrement.

La mesure impose à l'organisme d'assurer une information des entreprises redevables de la C3S.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

La mesure ne présente aucune difficulté technique particulière de mise en œuvre. Une circulaire ministérielle donnera au RSI des précisions sur la manière d'appliquer la majoration *dans la limite* de 5 % du montant des sommes dues en cas de défaut de réponse à la demande de renseignements et de documents ou à la mise en demeure ou de réponse insuffisante à la mise en demeure, ainsi que la

majoration fixée *dans la limite* de 10 % en cas de défaut de production par l'entreprise, dans les délais prescrits, de la déclaration de son chiffre d'affaires.

d) impact budgétaire

Pas d'impact budgétaire

e) impact sur l'emploi :

Aucun, la mesure sera gérée avec les moyens disponibles tels que définis par la convention d'objectifs et de gestion qui lie la caisse nationale du RSI à l'Etat.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Aucun texte d'application n'est nécessaire. Une circulaire ministérielle sera publiée au cours du premier trimestre 2011.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Aucun délai de mise en œuvre n'est nécessaire. Elle entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2011. Toutefois, en raison des délais inhérents aux contrôles, son impact sur les recettes ne devrait pas intervenir avant 2012.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les redevables seront informés via le Portail Net entreprises dans le cadre de la prochaine campagne de recouvrement.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Un bilan d'application de la mesure sera produit régulièrement par le service compétent de la caisse nationale du RSI.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Art. L.651-5-1 du code de la sécurité sociale (actuel)	Art. L.651-5-1 du code de la sécurité sociale (modifié)
<p>L'organisme chargé du recouvrement de la contribution peut obtenir des administrations fiscales communication des éléments nécessaires à la détermination de son assiette et de son montant dans les conditions prévues à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales. Les sociétés et entreprises mentionnées à l'article L. 651-1 sont tenues de fournir, à la demande de l'organisme de recouvrement, tous renseignements et documents nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de son montant, dans un délai de soixante jours. Le délai de reprise de la créance de contribution, mentionné au premier alinéa de l'article L. 244-3, est interrompu à la date d'envoi de la demande. Le contrôle des déclarations transmises par les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité est effectué dans les conditions prévues aux articles L. 113 et L. 161 du livre des procédures fiscales.</p>	<p>I. - L'organisme chargé du recouvrement de la contribution peut obtenir des administrations fiscales communication des éléments nécessaires à la détermination de son assiette et de son montant dans les conditions prévues à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales.</p> <p>II. - Les sociétés et entreprises mentionnées à l'article L. 651-1 sont tenues de fournir, à la demande de l'organisme de recouvrement, tous renseignements et documents nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de son montant dans un délai de soixante jours. Lorsque le redevable a répondu de façon insuffisante à cette demande, l'organisme de recouvrement le met en demeure de compléter sa réponse dans un délai de trente jours en précisant les compléments de réponse attendus.</p> <p>Le délai de reprise de la créance de contribution mentionné au premier alinéa de l'article L. 244-3 est interrompu à la date d'envoi des demandes mentionnées à l'alinéa précédent.</p>
<p>Article R.651-5-1 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>La demande de l'organisme de recouvrement mentionnée au premier alinéa de l'article L. 651-5-1 est motivée et adressée par lettre recommandée avec accusé de réception.</p> <p>L'organisme de recouvrement, ayant constaté une inexactitude, une insuffisance, une omission ou une dissimulation dans les éléments servant au calcul de la contribution, notifie au redevable, par lettre recommandée avec accusé de réception, un document mentionnant l'objet des opérations de contrôle, les documents consultés, la période vérifiée, le mode de calcul et le montant du redressement envisagé.</p> <p>Le redevable dispose d'un délai de trente jours pour faire part à l'organisme de recouvrement de sa réponse à cette notification, par lettre recommandée avec accusé de réception. Lorsque ce délai est écoulé, en l'absence de réponse ou si les observations de l'intéressé sont rejetées en tout ou en partie, la mise en recouvrement intervient sur la base du montant du redressement notifié ou en conséquence modifié.</p> <p>Si les observations du redevable sont produites dans le délai légal, l'organisme de recouvrement est tenu de notifier à l'intéressé, par lettre</p>	<p>Le contrôle des déclarations transmises par les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité est effectué dans les conditions prévues par l'article L. 113 du livre des procédures fiscales.</p> <p>III. - En cas de défaut de réponse à la demande de renseignements et de documents ou à la mise en demeure mentionnée au II ou en cas de réponse insuffisante à la mise en demeure, il est appliqué une majoration dans la limite de 5 % du montant des sommes dues par le redevable.</p> <p>IV. - L'organisme de recouvrement ayant constaté une inexactitude, une insuffisance, une omission ou une dissimulation dans les éléments servant au calcul de la contribution notifiée au redevable, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, un document mentionnant l'objet des opérations de contrôle, les documents consultés, la période vérifiée, le mode de calcul et le montant de la rectification envisagée.</p> <p>Lorsque le redevable n'a pas répondu dans les délais prescrits à la demande et, le cas échéant, à la mise en demeure mentionnées au II ou que sa réponse demeure insuffisante, le montant des rectifications envisagées est estimé selon les règles fixées par le neuvième alinéa de l'article L. 651-5.</p>

<p>recommandée avec accusé de réception, l'abandon total ou partiel du redressement dès lors qu'elles sont reconnues fondées ou de motiver leur rejet.</p> <p>L'organisme ne peut engager la mise en recouvrement de la contribution et des majorations faisant l'objet du redressement avant l'expiration du délai de réponse prévu au troisième alinéa du présent article.</p> <p>Le redevable qui ne s'est pas conformé aux prescriptions prévues au présent article est passible d'une amende de 1 500 Euros. L'amende est applicable dès l'expiration du délai de réponse mentionné au troisième alinéa du présent article.</p>	<p>Le redevable dispose d'un délai de trente jours pour faire part à l'organisme de recouvrement de sa réponse.</p> <p>L'organisme de recouvrement est tenu de notifier à l'intéressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la modification de la rectification envisagée dès lors que les observations fournies par le redevable sont reconnues fondées ou de motiver leur rejet.</p> <p>L'organisme de recouvrement ne peut engager la mise en recouvrement de la contribution et des majorations avant l'expiration du délai de réponse mentionné au troisième alinéa. » ;</p>
<p align="center">Article L.651-5-2 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>Le fait pour toute personne assujettie à la contribution sociale de solidarité de n'avoir pas fourni, dans les conditions fixées par décret, la déclaration prévue à l'article L. 651-5 ou d'avoir sciemment communiqué des renseignements inexacts ou incomplets dans cette déclaration, sera puni d'une amende de 9 000 euros.</p>	<p align="center">Article L.651-5-2 du code de la sécurité sociale (abrogé)</p> <p>Le fait pour toute personne assujettie à la contribution sociale de solidarité de n'avoir pas fourni, dans les conditions fixées par décret, la déclaration prévue à l'article L. 651-5 ou d'avoir sciemment communiqué des renseignements inexacts ou incomplets dans cette déclaration, sera puni d'une amende de 9 000 euros.</p>
<p align="center">Article D-651-11 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>En cas de retard de déclaration de chiffre d'affaires, il est mis à la charge des entreprises redevables de la contribution une majoration égale à 10 % du montant dû dans la limite d'un maximum de 750 euros.</p> <p>Une majoration de 10 % est appliquée de plein droit à la contribution sociale de solidarité qui n'a pas été acquittée à la date limite de versement de la contribution prévue à l'article D. 651-9 ou, le cas échéant, à l'article D. 651-16. Toute contribution restée impayée plus d'un an après cette date limite est augmentée de plein droit d'une nouvelle majoration de 10 % par année ou par fraction d'année de retard.</p> <p>Les majorations visées au présent article sont applicables dans le cadre de la taxation d'office à titre provisionnel prévue pour le recouvrement de la contribution sociale de solidarité.</p>	<p align="center">Art. L. 651-5-4. du code de la sécurité sociale (nouveau)</p> <p>I. - Le défaut de production par le redevable, dans les délais prescrits, de la déclaration de son chiffre d'affaires prévue à l'article L. 651-5 entraîne l'application d'une majoration fixée dans la limite de 10 % du montant de la contribution mise à sa charge ou résultant de la déclaration produite tardivement.</p> <p>II. - Une majoration identique à celle mentionnée au I est applicable sur le supplément de contribution mis à la charge du redevable en cas de rectifications mentionnées au IV de l'article L. 651-5-1.</p> <p align="center">Art. L. 651-5-5. du code de la sécurité sociale (nouveau)</p> <p>Une majoration fixée dans la limite de 10 % est appliquée de plein droit à la contribution sociale de solidarité qui n'a pas été acquittée aux dates limites de versement de la contribution. Toute contribution restée impayée plus d'un an après ces dates est augmentée de plein droit d'une nouvelle majoration fixée dans la limite de 4,8 % par année ou par fraction d'année de retard.</p> <p align="center">Art. L. 651-5-6. du code de la sécurité sociale (nouveau)</p>

	<p>Les majorations mentionnées à l'article L. 651-5-3, au I de l'article L. 651-5-4 et à l'article L. 651-5-5 sont applicables dans le cadre de la taxation d'office à titre provisionnel prévue pour le recouvrement de la contribution sociale de solidarité. »</p>
<p>Article L.651-9 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>Un décret fixe les conditions d'application des articles L. 651-1 à L. 651-8. Il détermine en particulier les modalités de recouvrement de la contribution et des majorations de retard ainsi que celles des majorations prévues à l'article L. 651-5-3.</p> <p>Ces majorations peuvent faire l'objet d'une remise totale ou partielle décidée par le directeur de l'organisme visé à l'article L. 651-4. Ces décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale qui statuent en dernier ressort.</p>	<p>Article L.651-9 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Un décret fixe les conditions d'application des articles L. 651-1 à L. 651-8. Il détermine en particulier les modalités de recouvrement de la contribution et des majorations mentionnées aux articles L.651-5-1 et L. 651-5-3 à L.651-5-5.</p> <p>Ces majorations peuvent faire l'objet d'une remise totale ou partielle décidée par le directeur de l'organisme visé à l'article L. 651-4. Ces décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale qui statuent en dernier ressort.</p>

ARTICLE 34

MISE EN ŒUVRE DU RAPPORT « BRIET » SUR LE PILOTAGE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le 28 janvier dernier, au cours de la première conférence sur le déficit public, la création d'un groupe de travail présidé par Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie a été annoncée. A l'issue de ces travaux, un rapport a été remis au Président de la République à l'occasion de la deuxième conférence sur le déficit qui s'est tenue le 20 mai 2010.

Les propositions du rapport visent à renforcer la transparence de la construction de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), le pilotage et la régulation infra annuels. Les conclusions du rapport Briet ont été validées lors de la deuxième conférence sur le déficit.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Le rapport Briet a mis en évidence le montant représenté par le cumul des dépassements infra annuels de l'ONDAM qui se monte depuis la création de l'ONDAM à 19,4 Md€.

Il faut souligner que la création du comité d'alerte dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a d'ores et déjà permis de limiter le montant des dépassements par rapport aux objectifs fixés en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Son intervention à mi année a permis d'éviter notamment la mise en œuvre de mesures nouvelles, par exemple de revalorisations tarifaires, qui se seraient révélées incompatibles avec le respect de l'ONDAM.

Parmi les dix recommandations du rapport figure en particulier le renforcement du rôle du comité d'alerte avec l'instauration d'un à deux avis supplémentaires :

- le comité rendra un premier avis avant le 15 avril de chaque année (en sus de l'avis déjà prévu avant le 1er juin de chaque année) sur l'exécution de l'ONDAM de l'année précédente ;

- avant le 15 octobre de chaque année, le comité pourra également rendre un avis sur le projet de construction de l'ONDAM N+1 tel que présenté par le Gouvernement au Parlement dans le cadre du PLFSS N+1 en cas d'erreur manifeste d'appréciation entachant la construction dudit ONDAM. Cette mesure sera mise en œuvre dès cette année sur la construction de l'ONDAM 2011.

Au final, l'ensemble de ces améliorations doit permettre de renforcer significativement tant la qualité du suivi que le degré de partage de l'information et d'implication des acteurs et, par là-même, contribuer à un meilleur respect de l'ONDAM. En prévoyant une intervention du comité ex ante, dans la construction de l'ONDAM, et une première intervention à la fin du 1^{er} trimestre, pour mesurer les conséquences, sur l'ONDAM de l'année en cours, des informations consolidées sur les conditions d'exécution de l'ONDAM de l'année précédente, la disposition législative visée permettra de renforcer les conditions du pilotage de l'ONDAM, et participe très directement de l'équilibre des comptes de la sécurité sociale.

Il est proposé de retenir ces deux recommandations qui relèvent du domaine de la loi.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Ces recommandations nécessitent des dispositions législatives pour modifier l'article L.114-4-1 du code de la sécurité sociale (CSS) régissant le comité d'alerte.

Elles trouvent leur place en loi de financement en raison de leur contribution à la meilleure information du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (4^o du C du V de l'article LO 111-3 du CSS). En outre, elles ont vocation à avoir un effet les dépenses d'assurance maladie en limitant les risques de dépassement de l'ONDAM - une diminution de 0,3% du dépassement annuel de l'ONDAM représente une économie de 500 M€ par an - (2^o du C du V de l'article LO 111-3 du CSS) et ont pour objet de modifier les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale (3^o du C du V du même article).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur :

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Cette mesure est de la seule compétence de l'Etat membre.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit communautaire et avec la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH)

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne :

- a) Possibilité de codification :

Les mesures nécessitent de modifier les articles L. 114-4-1 et L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes :

Non

- c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer :

La mesure est applicable dans les DOM, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier :

Les propositions du rapport Briet doivent permettre le respect de l'ONDAM chaque année, notamment en évitant les dépassements grâce à un pilotage renforcé mais aussi la possibilité de mettre en œuvre des mesures tarifaires en cas de déclenchement de l'alerte. Une diminution de 0,3 % du dépassement annuel de l'ONDAM représente une économie de 500 M€ par an.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014

P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques :

Les propositions du rapport Briet doivent permettre le respect de l'ONDAM, notamment par la mise en œuvre de mesures correctrices ou le non-dégel de crédits mis en réserve.

b) impacts sociaux :

Pas d'impact social spécifique identifié

c) impacts sur l'environnement :

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées :

a) impact sur les personnes physiques :

Pas d'impact direct

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale :

La CNAMTS, l'ATIH, la CNSA, en tant que pourvoyeur des données, devront faire remonter mensuellement leurs données de suivi des dépenses de leurs champs respectifs.

La DGOS, la DGCS et la DSS devront identifier les crédits pouvant être mis en réserve.

La DSS devra, outre la gestion du groupe de suivi statistique et du comité de pilotage, réaliser la synthèse des données du groupe de suivi statistique et produire une note mensuelle sur l'analyse des dépenses au regard de l'ONDAM voté, préparer les avis du comité d'alerte et du comité de pilotage.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Cf. supra

d) impact budgétaire :

Aucun coût

e) impact sur l'emploi :

Aucun, les mesures seront gérées avec les moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Les mesures sont d'application directe.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants :

Les mesures seront appliquées dès 2011.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants :

Aucune

5. Suivi de la mise en œuvre :

La mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Oui sur le PQE maladie, Impact sur indicateur 5.2.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Sans objet

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L 114-4-1 du code de la sécurité sociale (actuel)	Article L 114-4-1 du code de la sécurité sociale (modifié)
<p>Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement. Le comité est composé du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique, social et environnemental.</p>	<p>Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement. Le comité est composé du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique, social et environnemental.</p>
<p>Ce comité est placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale.</p>	<p>Ce comité est placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale.</p>
	<p>Chaque année, au plus tard le 15 avril, le comité rend un avis dans lequel il analyse les anticipations de réalisation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année précédente en se fondant sur les données statistiques disponibles. Il en déduit les conséquences sur le respect de l'objectif de l'exercice en cours. .</p>
<p>Chaque année, au plus tard le 1er juin, et en tant que de besoin, le comité rend un avis sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'exercice en cours. Il analyse notamment l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie. Il analyse les conditions d'exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année précédente et le risque qui en résulte pour le respect de l'objectif de l'année en cours.</p>	<p>Chaque année, au plus tard le 1er juin, et en tant que de besoin, le comité rend un avis sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'exercice en cours. Il analyse notamment l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie. Il analyse les conditions d'exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année précédente et le risque qui en résulte pour le respect de l'objectif de l'année en cours.</p>
<p>Lorsque le comité considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret qui ne peut excéder 1 %, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Celles-ci proposent des mesures de redressement. Le comité rend un avis sur l'impact financier de ces mesures et, le cas échéant, de celles que l'Etat entend prendre pour sa part qui sont transmises dans un délai</p>	<p>Lorsque le comité considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret qui ne peut excéder 1 %, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Celles-ci proposent des mesures de redressement. Le comité rend un avis sur l'impact financier de ces mesures et, le cas échéant, de celles que l'Etat entend prendre pour sa part qui sont transmises dans un délai d'un mois au comité par l'Union nationale des</p>

<p>d'un mois au comité par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Le comité notifie également le risque sérieux de dépassement à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire qui propose des mesures de redressement.</p>	<p>caisses d'assurance maladie. Le comité notifie également le risque sérieux de dépassement à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire qui propose des mesures de redressement.</p> <p>Le comité examine également les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie projeté pour l'année à venir. S'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut manifestement pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle de la dépense, il rend un avis explicitant ses réserves, au plus tard le 15 octobre.</p>
---	--

ARTICLE 35

RÉVISION DE LA NOMENCLATURE

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

La liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 est une nomenclature hiérarchisée d'actes des médecins, des chirurgiens dentistes, des sages-femmes, des biologistes médicaux et des auxiliaires médicaux. Au sein de cette liste figure la Classification commune des actes médicaux (CCAM) qui a été mise en œuvre en mars 2005, à partir des travaux qui avaient duré plusieurs années visant à classer l'ensemble des actes médicaux techniques.

De par sa densité, une telle nomenclature est susceptible d'une obsolescence encore plus rapide que celle de l'ancienne nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), ou d'une absence de modification des conditions de réalisation de l'acte ou de la prestation.

Une révision périodique de cette nomenclature est donc indispensable, d'autant qu'il convient de s'assurer régulièrement que l'assurance maladie ne prend en charge que les actes ou prestations qui ont un service médical rendu certain.

L'article L. 162-1-7 du code de sécurité sociale (CSS) prévoit que la prise en charge d'un acte ou d'une prestation par l'assurance maladie est subordonnée à son inscription sur une liste, une telle inscription pouvant être elle-même subordonnée à des conditions particulières de réalisation de l'acte ou de la prestation. Cet article n'évoque aucune règle de révision de la liste des actes ou prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Le 3° de l'article L. 182-2-3 du CSS prévoit que le conseil de l'UNCAM délibère sur les orientations de l'Union relatives aux inscriptions d'actes et de prestations prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2, sur la base des principes généraux définis annuellement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. C'est ainsi que la lettre ministérielle du 23 mai 2005 a demandé à l'UNCAM d'entamer une révision progressive de l'ensemble des actes et prestations inscrits au remboursement. Une telle révision, qui exige un examen approfondi de la nomenclature dans toutes ses composantes et pour toutes les professions de santé concernées, ne peut faire l'économie d'une concertation avec l'ensemble des acteurs du système de soins et nécessite une programmation dont les ministres souhaitaient disposer rapidement.

La liste n'est donc pas figée mais il convient d'inscrire a minima une règle de révision de la valeur des actes innovants. En effet, les nouveaux actes nécessitent un effort médical et un temps de réalisation élevés. Ils sont donc valorisés à un haut niveau au moment de leur inscription mais leur coût pour les professionnels est rapidement décroissant (courbe d'apprentissage des praticiens, diminution du temps passé à effectuer l'acte...).

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Le recours à la loi s'impose pour faire de cette révision une obligation.

Cette mesure visant à réduire les dépenses prises en charge par l'assurance maladie trouve sa place dans la loi de financement en vertu du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du CSS.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la compétence des Etats membres.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Oui.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

- a) Possibilité de codification

Modification de l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

- c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure concerne les régimes d'assurance maladie intervenant dans les DOM, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Il est difficile de se prononcer sur l'impact global d'une telle révision. Mais à titre d'exemple, et sur quelques révisions d'actes, on peut estimer que cet impact ne peut qu'être important.

Ainsi, la mise sous indications préconisées par la haute autorité de santé (HAS) de la radiographie du crâne, opérée par la décision de l'UNCAM du 26 mai 2010, a eu un impact en termes d'économies pour l'assurance maladie d'environ 20 M€.

Par ailleurs, il existe environ 7600 libellés d'actes dans la CCAM. En 2009, 120 millions d'actes techniques ont été réalisés, pour un montant remboursable tous régimes de 8,3 Md€ et un montant remboursé de 7,2 Md€.

En montant remboursé, l'évolution 2008-2009 de l'imagerie médicale s'établit à 3,5 Md€ (+ 3,6 %), celle des actes techniques médicaux à 1,9 Md€ (+ 6,9 %) et celle des actes chirurgicaux à 1,5 Md€ (+ 3,6 %).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

La mesure sera gérée par les caisses d'assurance maladie.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

d) impact budgétaire

Idem

e) impact sur l'emploi :

Idem

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Pas de texte d'application

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Immédiate

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (actuel)	Article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (modifié)
<p>La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1er janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p>	<p>La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1er janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p>
<p>La hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.</p>	<p>La hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.</p>
<p>Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. L'avis de la Haute Autorité de santé n'est pas nécessaire lorsque la décision ne modifie que la hiérarchisation d'un acte ou</p>	<p>Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. L'avis de la Haute Autorité de santé n'est pas nécessaire lorsque la décision ne modifie que la hiérarchisation d'un acte ou</p>

d'une prestation.

Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française.

d'une prestation.

Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française.

Tout acte nouvellement inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée au troisième alinéa.

ARTICLE 36

MISE EN PLACE D'UN ACCORD CADRE PAR VOIE CONVENTIONNELLE CONCERNANT LES DISPOSITIFS MÉDICAUX

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'article L162-17-4 du code de la sécurité sociale (CSS) qui concerne les médicaments, donne la possibilité au Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) :

- de conclure un accord cadre avec les syndicats représentant les entreprises du médicament de façon à fixer les grandes lignes de la vie conventionnelle mais aussi afin de s'accorder sur les modalités d'échanges d'informations, de suivi des dépenses remboursées, les procédures, l'amélioration de l'efficacité des dépenses...
- de prononcer des pénalités financières notamment en cas de retard ou de non réalisation des études demandées.

De telles dispositions n'existent pas pour les dispositifs médicaux (DM), et de façon plus large pour l'ensemble des produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP) prévue à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale (CSS). En pratique, cela limite fortement les possibilités d'action du CEPS dans le cadre de ses missions de fixations des prix mais aussi dans le cadre de sa participation à la régulation des dépenses de la LPP qui représentait plus de 5,7 Md€ de remboursement en 2009.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Il est proposé de modifier et de compléter la rédaction de l'article L165-3 du CSS afin de donner au CEPS les outils dont il a besoin dans le cadre de ses missions à savoir :

- la mise en place d'un accord cadre avec les différents syndicats concernés, dans le cadre de la LPP, de façon à trouver notamment des accords sur les modalités d'échanges d'informations, de suivi des dépenses remboursées, les procédures, l'amélioration de l'efficacité des dépenses...
- de prononcer des sanctions financières en cas de retard et de non réalisation des études demandées.

Les recettes des sanctions financières seront reversées à l'assurance maladie.

Les modalités d'application seront définies par décret en conseil d'Etat.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Une disposition législative est nécessaire pour modifier l'article L.165-3 du CSS, afin d'introduire des conventions cadres pour les conventions déjà prévues par cet article et assortir leur respect de sanctions.

Cette mesure trouve sa place en loi de financement en raison des économies substantielles qu'elle vise à permettre pour les régimes d'assurance maladie, estimées à 10 millions d'euros dès 2011 puis 29 millions d'euros les années suivantes, et donc de son impact sur leurs dépenses (2° du C du V de l'article LO 111-3 du CSS).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

- a) Possibilité de codification

La mesure est codifiée en L165-3 (ajout d'un alinéa).

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non (pas de dispositions obsolètes)

- c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure est applicable dans les DOM, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 R	2012 P	2013 P	2014 P
Assurance maladie		+10	+29	+29	+29

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

Modalités de chiffrage de l'impact :

Le chiffrage est effectué sur la base des données et hypothèses suivantes :

- 5,75 Md€ ont été remboursés en 2009 par l'assurance maladie (source : rapport du CEPS pour 2009)
- En l'absence de la mise en place de la mesure proposée (accord cadre +pénalités financières) le taux de croissance des dépenses remboursées serait de 8 % (cf. taux d'évolution observé entre 2008-2007²⁰).

²⁰ Le taux d'évolution observé pour la période 2008-2009 (soit 1,6%) est biaisé car il reflète certains changements survenus en 2009 (intégration de certains DM dans le forfait de soins des EHPAD, réintégration de certains DM dans le tarif des GHS...).

- c. La mise en place de la mesure proposée permettrait de ralentir la croissance de 0,5 point.

Sur ces bases, l'impact de la mesure, en année pleine serait de 29 M€.

Pour 2011, l'impact de la mesure ne peut être que partiel en raison de la nécessité de prendre un décret en conseil d'Etat.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

La mesure n'a aucun impact à court terme sur les industriels : il s'agit de les faire entrer dans une logique de régulation avec le CEPS, de la même manière que ce qui existe dans le domaine des médicaments. Les pénalités financières prévues ont davantage un rôle dissuasif sans impact économique à prévoir, donc. Il s'agit de garantir la réalisation d'études indispensables pour justifier d'une admission au remboursement.

b) impacts sociaux (*NB : sur l'emploi, la santé, l'inclusion sociale...*)

Pas d'impact.

c) impacts sur l'environnement

Pas d'impact.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques :

Pas d'impact

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Recouvrement des pénalités financières par l'ACOSS, pour le compte des régimes d'assurance maladie. Compte tenu du caractère essentiellement dissuasif des sanctions financières prévues, ce recouvrement, à l'image de ce qui existe dans le domaine du médicament, ne devrait pas entraîner de surcharge de travail pour l'ACOSS.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Pas d'impact.

d) impact budgétaire

Pas d'impact

e) impact sur l'emploi : effectifs ETP à mobiliser, formation à assurer, compatibilité avec les moyens fixés par la COG (nouvelle allocation des moyens ou recrutement – temporaires ou permanents – nécessaires..)

Pas d'impact.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Décret en conseil d'état (6 à 8 mois)

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Non pertinent

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Non pertinent

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L165-3 du code de la sécurité sociale (actuel)	Article L165-3 du code de la sécurité sociale (modifié)
<p>Le Comité économique des produits de santé peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 dans les conditions prévues à l'article L. 162-38. Lorsque le produit ou la prestation est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.</p> <p>Lorsque les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont inscrits par description générique, la convention est établie entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.</p>	<p>I – Le Comité économique des produits de santé peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 dans les conditions prévues à l'article L. 162-38. Lorsque le produit ou la prestation est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.</p> <p>Lorsque les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont inscrits par description générique, la convention est établie entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.</p> <p>« II– Le cadre des conventions mentionnées au I peut être précisé par un accord conclu entre le comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.</p> <p>Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-17-4, cet accord cadre prévoit notamment les conditions dans lesquelles les conventions déterminent :</p> <p>1° Les modalités d'échanges d'informations avec le comité en matière de suivi et de contrôle des dépenses de produits et prestations remboursables ;</p> <p>2° Les conditions et les modalités de mise en œuvre par les fabricants ou distributeurs d'études de suivi postérieures à l'inscription des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1.</p> <p>En cas de manquement par un fabricant ou un distributeur à un engagement souscrit en application du 2°, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que</p>

	<p>le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre dudit fabricant ou distributeur.</p> <p>Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre des produits ou prestations objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté.</p> <p>La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>Les règles, délais de procédure et modes de calcul de la pénalité financière mentionnée au présent II, ainsi que la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale, sont définis par décret en Conseil d'Etat.</p>
--	--

ARTICLE 37

MISE SOUS ENTENTE PRÉALABLE DES SSR

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

En mars 2006, la Haute autorité de santé (HAS) a publié des recommandations déterminant, pour certaines interventions chirurgicales, les indications dans lesquelles la rééducation du patient peut être prise en charge aussi bien en cabinet de ville qu'en centres de soins de suite et de réadaptation (SSR). Ces recommandations sont prises en application de l'article L. 162-2-2 du code de la sécurité sociale. Elles définissent les traitements chirurgicaux et orthopédiques pour lesquels la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile du fait de complications locales, régionales ou générales, de pathologies associées ou de l'isolement social.

Aucune procédure d'accord préalable n'était jusqu'à présent prévue pour les séjours en SSR dont les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) sont les prescripteurs.

La présente mesure propose donc d'étendre la procédure d'accord préalable qui existe aujourd'hui sur certains actes pratiqués en MCO aux transferts vers les centres de SSR. Compte tenu du nombre de transferts des établissements MCO vers les établissements SSR (environ 900 000 par an), le champ d'application de cette mesure sera limité aux indications visées par les recommandations de la HAS déjà publiées ou à venir et sera ciblé sur les établissements qui effectuent un nombre important de transferts.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

La seule option possible est d'étendre le champ de la mise sous accord préalable prévu par la loi (article L162-1-17).

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure vise à améliorer l'efficacité du recours aux structures de SSR intégrées aux établissements hospitaliers en déportant le SSR de l'hôpital vers la ville et ainsi à réaliser des économies.

Elle prend donc place dans la loi de financement au titre de son impact sur les dépenses des régimes d'assurance maladie, estimé à 10 millions d'euros par an (2° du C du V de l'article LO 111-3 V C du code de la sécurité sociale).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Elle est compatible avec le droit européen en vigueur.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

L'article L.162-1-17 du CSS sera modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure est applicable par les régimes d'assurance maladie qui interviennent dans les DOM, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'impact financier est difficile à évaluer. A titre d'exemple, la CNAMTS, dans le cadre de son plan de contrôle-contentieux et de lutte contre la fraude, a lancé un programme de contrôle des ententes préalables dans le secteur de la chirurgie esthétique qui a entraîné, pour la seule année 2008, près de 10,7 M€ d'économies. On peut attendre au moins 10 M€ d'économie de cette mesure.

Par ailleurs cette mesure permet de faciliter l'atteinte des objectifs de maîtrise médicalisée (l'objectif est de 550 M€ en 2011).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014
Régimes d'assurance maladie		+10	+10	+10	+10

- P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Non

b) impacts sociaux

Non

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Non

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

La mesure sera gérée par les caisses locales d'assurance maladie. Elle sera ciblée sur les établissements de santé qui effectuent un nombre important de transferts.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles tels que définis dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion qui lient les caisses nationales des régimes à l'Etat.

d) impact budgétaire

Idem

e) impact sur l'emploi :

Idem

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Un décret d'application devra préciser la procédure contradictoire applicable. Cependant, une disposition transitoire prévoit que les dispositions actuelles en matière de contradictoire continuent de s'appliquer jusqu'à publication du décret, et au plus tard au 1^{er} juillet 2011.

2. Existence de mesures transitoires ?

Oui, pour la procédure contradictoire applicable. Les dispositions de l'article actuel, qui renvoient à la procédure applicable en matière de non-respect des objectifs quantifiés mentionnées à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, restent applicables jusqu'à la parution du décret d'application prévu par le présent article.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

La mesure sera mise en vigueur Immédiatement après la publication de la loi

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

Un suivi de la mise en oeuvre sera assuré par les caisses nationales des régimes d'assurance maladie, dans le cadre des programmes de maîtrise médicalisée.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale (actuel)	Article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale (modifié)
<p>« Sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, le directeur général de l'agence régionale de santé, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du présent code. Dans ce cas, les prestations d'hospitalisation non prises en charge par l'assurance maladie ne peuvent être facturées aux patients. La proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement, d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique ou des données de facturation transmises à l'assurance maladie, pour une activité comparable. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans les mêmes conditions que celles prévues pour les pénalités applicables pour non-respect des objectifs quantifiés mentionnées à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.</p> <p>Toutefois, en cas d'urgence attestée par l'établissement, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des prestations d'hospitalisation susvisées. »</p>	<p>« Sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, le directeur général de l'agence régionale de santé, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6, ainsi que les prestations d'hospitalisation mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 pour les soins de suite ou de réadaptation. Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de la soumission à la procédure d'accord préalable du prescripteur, délivre des prestations d'hospitalisation malgré une décision de refus de prise en charge, il ne peut pas les facturer au patient. La proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation, d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique ou des données de facturation transmises à l'assurance maladie, pour une activité comparable. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans des conditions prévues par décret.</p> <p>Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des prestations d'hospitalisation susvisées. »</p>

ARTICLE 38

DATE DE PASSAGE À LA FACTURATION INDIVIDUELLE DANS LES ÉTABLISSEMENTS EX-DG EN FONCTION DU CALENDRIER DE L'EXPÉRIMENTATION

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Lors du passage à la tarification à l'activité (T2A) et étant donné l'état des systèmes informatiques disponibles à l'époque, a été posé le principe d'une facturation dissociée selon le type d'établissements de santé pratiquant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Alors que les établissements anciennement « sous objectif quantifié national » (ex OQN) sont passés en facturation individuelle, la facturation des établissements anciennement financés par dotation globale (ex DG) a été conçue, de façon dérogatoire, selon un mécanisme différent : les données d'activités sont remontées et traitées à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) qui transmet ensuite à l'agence régionale de santé (ARS) le montant dû à l'établissement. L'ARS notifie ensuite à la caisse pivot ce montant afin que cette dernière procède au paiement.

L'application de la procédure dérogatoire pour les établissements de santé ex DG passant en T2A devait au départ ne s'appliquer que pour l'année 2005 (I de l'article 33 de la LFSS pour 2004). Par la suite, cette date a été successivement repoussée, en raison des difficultés techniques rencontrées, au 31 décembre 2008 (article 69 de la LFSS pour 2007 et article 62 de la LFSS pour 2008) puis au 1^{er} juillet 2011 (article 54 de la LFSS pour 2009).

Par ailleurs, le passage des établissements ex DG au système de facturation individuelle constituant la règle de droit applicable à l'issue de la période dérogatoire, l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu la mise en œuvre d'une expérimentation de facturation individuelle par des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif et ce en vue d'une généralisation à l'ensemble de ces établissements.

Le projet lié à cette expérimentation a été lancé début 2010 avec la nomination d'un chef de projet, la constitution d'une équipe projet, la mise en place d'un comité de pilotage et le lancement de l'appel à projets éditeurs.

La liste des établissements, caisses et postes comptables pilotes a été validée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur la base du volontariat et de critères de représentativité au regard de l'évaluation de l'expérimentation et de la préparation de la généralisation.

Il apparaît cependant que la durée initialement prévue pour mener à son terme la phase d'expérimentation sera insuffisante et qu'une prolongation jusqu'à la fin de l'année 2012 sera nécessaire. Le présent article propose en conséquence de reporter la fin de la procédure dérogatoire au 1^{er} janvier 2013.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Afin de ne pas voir disparaître la base juridique permettant aux établissements ex DG sous T2A ayant une activité MCO de facturer et d'être rémunérés au titre de l'activité réalisée, selon les modalités actuelles, la date de fin de la procédure dérogatoire de facturation qui leur est applicable doit être modifiée.

La date du 1^{er} janvier 2013 retenue pour la généralisation de la facturation individuelle correspond à la fin de l'expérimentation prévue à l'article 54 de la LFSS 2009, un bilan de l'expérimentation devant être réalisé au cours du second semestre 2012 afin de définir les modalités de généralisation de la facturation individuelle.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure proposée consistant à modifier une disposition d'une précédente LFSS nécessite un vecteur législatif.

La généralisation de la facturation directe des établissements de santé, à compter du 1^{er} janvier 2013, constitue un enjeu pour la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Elle permettra d'accéder au fil de l'eau aux données détaillées et fiabilisées des prestations des hôpitaux publics et des établissements de santé privés à but non lucratif. Elle contribuera à un meilleur contrôle a priori des sommes dues à ces établissements par les régimes d'assurance maladie obligatoire (2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et touche également à la trésorerie de ces derniers (4° du B du V du même article).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Non

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Oui

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Non car modifie un article de la LFSS pour 2004

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure concerne les régimes d'assurance maladie intervenant dans les DOM, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

La mise en place de la facturation directe participe d'un pilotage rapproché des dépenses des établissements publics de santé. Elle aura aussi un impact sur les flux de trésorerie entre les caisses d'assurance maladie et les établissements concernés.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014

P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Néant

b) impacts sociaux

Néant

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Néant

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Néant

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Néant

d) impact budgétaire

Néant

e) impact sur l'emploi :

Néant

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Aucun

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Aucun

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 <i>modifié</i> (actuel)	Article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 <i>modifié</i> (modifié)
<p>I.-Jusqu'au 1er juillet 2011, par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés ci-dessus.</p>	<p>I.-Jusqu'au 1er janvier 2013, par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés ci-dessus.</p>
<p>Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.</p>
<p>L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues au A du V du présent article et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. Par dérogation au dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 précité, les tarifs de prestations fixés en application de cet article prennent effet, en 2005, à compter du 1er janvier. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.</p>	<p>L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues au A du V du présent article et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. Par dérogation au dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 précité, les tarifs de prestations fixés en application de cet article prennent effet, en 2005, à compter du 1er janvier. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.</p>
<p>L'écart entre la valorisation de l'activité prévisionnelle retenue pour clore l'exercice 2004 et la valorisation de l'activité réellement constatée peut être imputé à due concurrence sur le montant calculé en application de l'alinéa précédent.</p>	<p>L'écart entre la valorisation de l'activité prévisionnelle retenue pour clore l'exercice 2004 et la valorisation de l'activité réellement constatée peut être imputé à due concurrence sur le montant calculé en application de l'alinéa précédent.</p>
<p>L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure</p>	<p>L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure</p>

de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.

de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.

ARTICLE 39

TRANSFERT DE LA GESTION DES CONTENTIEUX TRANSFUSIONNELS DE L'EFS A L'ONIAM

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

En application de l'article 67 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, les victimes de contaminations par le virus de l'hépatite C (VHC) causées par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang sont indemnisées par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), qui reçoit une dotation de l'établissement français du sang (EFS) pour couvrir ces dépenses.

La mission d'audit de révision générale des politiques publiques (RGPP) de l'EFS, qui a rendu ses conclusions en juillet 2009, a recommandé de modifier ce dispositif afin d'en simplifier la gestion et d'en neutraliser les conséquences pour l'EFS.

Le présent article a donc pour objectif de modifier en ce sens l'article 67 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 :

- c'est désormais l'assurance maladie et non l'EFS, qui financera la prise en charge des dépenses d'indemnisation et de contentieux assurées par l'ONIAM. ;
- l'ONIAM se substituera à l'EFS dans les contrats d'assurance souscrits par les anciennes structures de transfusion sanguine à l'origine du dommage ;
- les tiers payeurs (assurance maladie, assurances complémentaires) agiront désormais contre les assureurs des anciennes structures de transfusion sanguine à l'origine du dommage, et non contre l'EFS lui-même ;
- comme pour l'indemnisation des victimes de produits sanguins contaminés par le virus d'immunodéficience humaine (VIH), l'ONIAM aura un pouvoir d'enquête et le secret professionnel ne pourra pas lui être opposé ;
- en cas de transaction avec la victime, l'ONIAM pourra désormais opposer cette transaction aux tiers et donc à l'assureur du responsable.

Cet article permet ainsi d'harmoniser les procédures d'indemnisation des victimes de préjudices résultant de contaminations par le VHC causées par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang avec celles prévues pour les victimes de préjudices résultant de contaminations par le, VIH, de simplifier les rapports de l'ONIAM avec le responsable du dommage ou son assureur, et de mieux préciser les dépenses de l'office dues à cette mission.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Il n'y a qu'une seule option d'action possible, qui fait l'objet de la mesure proposée, dont les différents volets sont présentés ci-après.

1. Si, actuellement, l'ONIAM prend en charge l'ensemble des dépenses liées à l'indemnisation et aux frais de contentieux afférents aux procédures d'indemnisation des victimes de préjudices résultant de contaminations par le VHC causées par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang, en contrepartie, l'EFS lui verse une subvention correspondant au montant de ces dépenses.

Il est proposé de supprimer cette dotation et d'intégrer le montant de ces dépenses dans la dotation annuelle de l'assurance maladie à l'ONIAM. De ce fait, la fraction supplémentaire du tarif des produits sanguins labiles, qui était dédiée au financement de la subvention de l'EFS à l'ONIAM, est également supprimée.

L'ONIAM devient ainsi le seul acteur du dispositif, bénéficiant d'un financement direct de l'assurance maladie.

2. Actuellement, les tiers payeurs (assurance maladie, assurances complémentaires) agissent contre l'EFS pour obtenir remboursement de leurs débours.

Afin d'éviter toute double gestion des dossiers par l'EFS et l'ONIAM et de neutraliser la charge financière représentée par ces recours pour l'EFS, la mesure proposée permet aux tiers payeurs d'agir directement contre les assureurs des anciennes structures à l'origine du dommage et reprises par l'EFS pour obtenir remboursement de leurs débours.

Toutefois, afin d'éviter que le créancier soit contraint à abandonner sa créance, il est prévu que, pour les recours en cours, l'EFS reste payeur en dernier ressort dans les cas de défaut d'assurance.

3. L'article L.1221-14 du code de la santé publique permet à l'ONIAM d'exercer l'action subrogatoire (prévue à l'article L.3122-4 du code) contre la personne responsable du dommage et contre les personnes tenues à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle, étant précisé (alinéa 6) que ce recours subrogatoire ne peut être exercé par l'ONIAM contre l'EFS, qui a été substitué dans les droits et obligations des anciens établissements de transfusion sanguine, si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré.

Mais cet article ne permet pas à l'ONIAM de se substituer directement à l'EFS pour obtenir le remboursement des assureurs des anciens établissements de transfusion sanguine (ETS) à l'origine du dommage, dont les droits et obligations ont été transférés à l'EFS. Ces recours subrogatoires restent donc à la charge de l'EFS.

Dans un souci de simplification, la mesure envisagée permet à l'ONIAM de recouvrer, en lieu et place de l'EFS, les indemnités versées par les assurances dont bénéficie ce dernier, en cas de faute d'un ETS, à hauteur de l'indemnisation que l'ONIAM aura versée à la victime. En outre, cette mesure prévoit que la clause de direction du procès, éventuellement contenue dans les contrats d'assurance dont bénéficie l'EFS en raison de ce transfert, sera inopposable à l'ONIAM, qui n'encourra ainsi aucune déchéance ou sanction en cas d'immixtion dans la direction du procès.

La mesure actualise en conséquence la rédaction du sixième alinéa de l'article L.1221-14 relatif à l'action subrogatoire dont dispose l'ONIAM, en précisant qu'elle ne peut désormais intervenir qu'en cas de manquements mentionnés à l'article L.1223-5 (obligations de sécurité des produits sanguins).

5. Actuellement, lorsque l'ONIAM transige avec une victime, il ne peut opposer cette transaction aux tiers et donc à l'assureur du responsable contre lequel il est alors obligé d'exercer un recours subrogatoire.

C'est pourquoi la mesure proposée organise, en cas de transaction avec la victime, les relations entre l'ONIAM et l'assureur ou le responsable des dommages : l'opposabilité de la transaction à l'assureur, s'il est d'accord sur le principe de la responsabilité ou le montant des sommes réclamées, permettra de faciliter le recouvrement des sommes qu'il doit verser in fine à l'ONIAM. Cette disposition permet d'éviter un recours subrogatoire.

6. Les conditions dans lesquelles l'ONIAM peut effectuer les investigations utiles pour l'instruction de la demande lui permettent difficilement d'apporter la preuve contraire à la présomption de contamination puisqu'il ne peut pas directement avoir accès aux informations couvertes par le secret professionnel. L'actuel article L.1221-14 prévoit que l'ONIAM, après réception de la demande, recherche les circonstances de la contamination, notamment dans les conditions prévues par l'article 102 de la loi du 4 mars 2002, lequel fait reposer sur la partie défenderesse le fait de prouver que cette transfusion ou cette injection n'est pas à l'origine de la contamination. Cependant, contrairement aux dispositions relatives au VIH (article L.3122-2), cet article n'envisage pas de pouvoirs d'investigations particuliers pour l'ONIAM, ce qui rend quasi impossible la preuve contraire.

Il est donc proposé de rétablir ce pouvoir d'enquête de l'ONIAM en prévoyant notamment que ne lui soit pas opposé le secret professionnel.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure envisagée vise à modifier l'article 67 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Elle a un impact sur les dépenses d'assurance maladie, estimé à 25 millions d'euros par an (2° du C du V de l'article LO 111-3 du code la sécurité sociale) et prend place dans la partie 4 de la loi de financement de la sécurité sociale.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Cette mesure est compatible avec le droit européen en vigueur.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure modifie les articles L. 1142-23, L. 1221-14 et L.3122-4 du code de la santé publique

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure abroge le 7° de la seconde partie de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

L'ONIAM intervient dans les Dom ainsi qu'à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

La mesure proposée conduit à faire financer les indemnisations des victimes du VHC par la dotation que verse l'assurance maladie à l'ONIAM, en lieu et place de la dotation de l'EFS à l'ONIAM. Le coût annuel des indemnisations étant estimé 35 M€, la dotation de l'ONIAM doit être augmentée en conséquence de 35 M€.

Toutefois, cette augmentation sera en partie compensée. En effet, le tarif des produits sanguins labiles payés par les établissements de santé à l'EFS intégrait une fraction dédiée aux financements des contentieux transfusionnels, à hauteur de 10 M€, qui n'aura plus lieu d'être, et permettra de

diminuer d'autant la dotation de l'assurance maladie aux établissements de santé via une diminution des GHS concernés.

Le coût final de la mesure pour l'assurance maladie est donc de 25 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014
Régimes d'assurance maladie		-25	-25	-25	-25

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Du fait des risques liés à la gestion des contentieux transfusionnels, l'EFS a été conduit à inscrire, fin 2007, 228 M€ de provision pour risques transfusionnels. Cette provision s'élève à 223 M€ au 31 décembre 2009. Cette provision résulte d'un calcul d'hypothèse, qui fixe à fin 2009 à 3116 le nombre de sujets restant à indemniser, avec un coût financier moyen d'un dossier, incluant l'indemnisation, les honoraires d'avocats et les frais annexes, qui s'élèvent à 71 700 €.

Jusqu'en 2007, le financement de la gestion des contentieux était largement assuré par une subvention de l'Etat. Cette subvention versée depuis 2003 à hauteur de 9,1 M€ a été réduite de moitié en 2006 (4,5 M€) et a cessé d'être attribuée en 2007.

A la place de cette subvention, les tarifs de cession des produits sanguins labiles aux établissements de santé ont été majorés à partir de 2007. Cette augmentation a contribué au financement de la gestion de ces contentieux, à hauteur de 9,2 M€ en 2007, de 9,5 M€ en 2008, de 9,8 M€ en 2009. Elle est estimée à 10,1 M€ pour 2010.

Au regard de ce produit sur le tarif de cession des PSL, les charges liées aux opérations relatives aux contentieux transfusionnels pour l'EFS s'élèvent à 33 M€ en 2007, à 26 M€ en 2008, à 13,7 M€ en 2009 et sont estimées à 29,4 M€ en 2010.

Depuis la création de l'EFS en 2000 jusqu'à fin 2009, la consommation nette de trésorerie impactée par la gestion des contentieux transfusionnels s'est élevée à près de 36 M€.

La mesure proposée serait de nature à assainir la situation financière de l'EFS, en diminuant d'autant le poids de la gestion des contentieux sur sa trésorerie. Par ailleurs, elle permettrait la reprise en grande partie de la provision pour risques transfusionnels. Enfin, l'augmentation tarifaire des PSL serait revue à la baisse compte tenu de la suppression de la subvention versée par l'EFS à l'ONIAM.

L'EFS restituera également l'équivalent de 8 ETP actuellement dédiés à la gestion de ces dossiers.

La suppression des recours des tiers payeurs contre l'EFS permettra d'assurer une quasi neutralité financière des contentieux VHC pour l'EFS. En effet, seuls resteront à sa charge les recours en cours à l'entrée en vigueur de la mesure en cas d'impossibilité de déterminer une structure à l'origine du dommage, de défaut d'assurance, d'épuisement de la couverture d'assurance ou d'expiration de son délai de validité. Cette mesure permettra enfin de ne plus doubler la gestion des dossiers contentieux entre l'EFS et l'ONIAM.

b) impacts sociaux

L'harmonisation des procédures permet une meilleure lisibilité du dispositif pour les victimes.

Pour l'EFS, la suppression de la charge financière représentée par ces contentieux permettra un redéploiement de 8 ETP.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Les personnes physiques concernées par la mesure sont les victimes de préjudices résultant de contaminations par le virus de l'hépatite causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang. En alignant la procédure sur celle prévue pour la contamination par le VIH, elle permet de clarifier les actions à conduire pour les victimes et leurs avocats afin de parvenir à une meilleure et une plus rapide indemnisation.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

L'EFS est actuellement en charge de la gestion de tous les dossiers de contentieux. Cette activité mobilise l'équivalent de 8 ETP à l'EFS et a un coût de 15 000 € par dossier. La mesure va conduire à le décharger de la majorité de ces recours, l'EFS ne devant plus supporter que la charge financière des recours en cours à l'entrée en vigueur de la mesure en cas d'impossibilité de déterminer une structure à l'origine du dommage, de défaut d'assurance, d'épuisement de la couverture d'assurance ou d'expiration de son délai de validité.

Pour l'ONIAM, l'établissement était déjà chargé de la gestion de ces dossiers, financée par une dotation ad hoc de l'EFS. La mesure n'a pas d'impact financier supplémentaire pour l'office d'un point de vue administratif.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Voir ci-dessus.

d) impact budgétaire

Voir ci-dessus.

e) impact sur l'emploi :

Voir ci-dessus

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure est d'application directe. Un décret devra supprimer les articles D.1142-59-1 et D.1142-59-2 devenus obsolètes.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Sans objet

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 1142-23 du code de la santé publique (actuel)	Article L. 1142-23 du code de la santé publique (modifié)
<p>L'office est soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable défini par décret.</p>	<p>L'office est soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable défini par décret.</p>
<p>Les charges de l'office sont constituées par :</p>	<p>Les charges de l'office sont constituées par :</p>
<p>1° Le versement d'indemnités aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales en application des dispositions du présent chapitre ;</p>	<p>1° Le versement d'indemnités aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales en application des dispositions du présent chapitre ;</p>
<p>2° Le versement d'indemnités en réparation de dommages directement imputables à une vaccination obligatoire en application de l'article L. 3111-9 ;</p>	<p>2° Le versement d'indemnités en réparation de dommages directement imputables à une vaccination obligatoire en application de l'article L. 3111-9 ;</p>
<p>3° Le versement d'indemnités aux victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine en application de l'article L. 3122-1 ;</p>	<p>3° Le versement d'indemnités aux victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine en application de l'article L. 3122-1 ;</p>
<p>3° bis Le versement d'indemnités en application de l'article L. 1221-14 ;</p>	<p>3° bis Le versement d'indemnités en application de l'article L. 1221-14 ;</p>
<p>4° Le versement des indemnités prévues à l'article L. 3131-4 aux victimes de dommages imputables directement à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins réalisée en application de mesures prises conformément aux articles L. 3131-1 et L. 3134-1 ;</p>	<p>4° Le versement des indemnités prévues à l'article L. 3131-4 aux victimes de dommages imputables directement à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins réalisée en application de mesures prises conformément aux articles L. 3131-1 et L. 3134-1 ;</p>
<p>5° Les frais de gestion administrative de l'office et des commissions régionales et interrégionales ;</p>	<p>5° Les frais de gestion administrative de l'office et des commissions régionales et interrégionales ;</p>
<p>6° Les frais résultant des expertises diligentées par les commissions régionales et interrégionales ainsi que des expertises prévues pour l'application des articles L. 3131-4, L. 3111-9 et L. 3122-2.</p>	<p>6° Les frais résultant des expertises diligentées par les commissions régionales et interrégionales ainsi que des expertises prévues pour l'application des articles L. 1221-14, L. 3131-4, L. 3111-9 et L. 3122-2.</p>
<p>Les recettes de l'office sont constituées par :</p>	<p>Les recettes de l'office sont constituées par :</p>
<p>1° Une dotation globale versée par les organismes d'assurance maladie dans des conditions fixées par décret. La répartition de cette dotation entre les différents régimes d'assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. Le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ;</p>	<p>1° Une dotation globale versée par les organismes d'assurance maladie dans des conditions fixées par décret. La répartition de cette dotation entre les différents régimes d'assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. Le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ;</p>
<p>2° Le produit des remboursements des frais d'expertise prévus aux articles L. 1142-14 et L. 1142-15 ;</p>	<p>2° Le produit des remboursements des frais d'expertise prévus aux articles L. 1221-14, L. 1142-14 et L. 1142-15 ;</p>
<p>3° Le produit des pénalités prévues aux mêmes</p>	<p>3° Le produit des pénalités prévues aux articles</p>

<p>articles ;</p> <p>4° Le produit des recours subrogatoires mentionnés aux articles L. 1142-15, L. 1142-17, L. 3131-4, L. 3111-9 et L. 3122-4 ;</p> <p>5° Une dotation versée par l'Etat en application de l'article L. 3111-9 ;</p> <p>6° Une dotation versée par le fonds mentionné à l'article L. 3131-5 ;</p> <p>7° Une dotation versée par l'Etablissement français du sang couvrant l'ensemble des dépenses exposées en application de l'article L. 1221-14. Un décret fixe les modalités de versement de cette dotation.</p>	<p>L. 1142-14 et L. 1142-15 ;</p> <p>4° Le produit des recours subrogatoires mentionnés aux articles L. 1221-14, L. 1142-15, L. 1142-17, L. 3131-4, L. 3111-9 et L. 3122-4 ;</p> <p>5° Une dotation versée par l'Etat en application de l'article L. 3111-9 ;</p> <p>6° Une dotation versée par le fonds mentionné à l'article L. 3131-5.</p>
<p align="center">Article L. 1221-14 du code de la santé publique (actuel)</p> <p>Les victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus de l'hépatite C causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang réalisée sur les territoires auxquels s'applique le présent chapitre sont indemnisés par l'office mentionné à l'article L. 1142-22 dans les conditions prévues à la seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 3122-1, aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3122-2, au premier alinéa de l'article L. 3122-3 et à l'article L. 3122-4.</p> <p>Dans leur demande d'indemnisation, les victimes ou leurs ayants droit justifient de l'atteinte par le virus de l'hépatite C et des transfusions de produits sanguins ou des injections de médicaments dérivés du sang. L'office recherche les circonstances de la contamination, notamment dans les conditions prévues à l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.</p> <p>L'offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis du fait de la contamination est faite à la victime dans les conditions fixées aux deuxième, troisième et cinquième alinéas de l'article L. 1142-17.</p> <p>La victime dispose du droit d'action en justice contre l'office si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans un délai de six mois à compter du jour où l'office reçoit la justification complète des préjudices ou si elle juge cette offre insuffisante.</p> <p>La transaction à caractère définitif ou la décision juridictionnelle rendue sur l'action en justice prévue au précédent alinéa vaut désistement de toute action juridictionnelle en cours et rend</p>	<p align="center">Article L. 1221-14 du code de la santé publique (modifié)</p> <p>Les victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus de l'hépatite C causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang réalisée sur les territoires auxquels s'applique le présent chapitre sont indemnisés par l'office mentionné à l'article L. 1142-22 dans les conditions prévues à la seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 3122-1, aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3122-2, au premier alinéa de l'article L. 3122-3 et à l'article L. 3122-4.</p> <p>Dans leur demande d'indemnisation, les victimes ou leurs ayants droit justifient de l'atteinte par le virus de l'hépatite C et des transfusions de produits sanguins ou des injections de médicaments dérivés du sang. L'office recherche les circonstances de la contamination, notamment dans les conditions prévues à l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il procède à toute investigation sans que puisse lui être opposé le secret professionnel.</p> <p>L'offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis du fait de la contamination est faite à la victime dans les conditions fixées aux deuxième, troisième et cinquième alinéas de l'article L. 1142-17.</p> <p>La victime dispose du droit d'action en justice contre l'office si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans un délai de six mois à compter du jour où l'office reçoit la justification complète des préjudices ou si elle juge cette offre insuffisante.</p> <p>La transaction à caractère définitif ou la décision juridictionnelle rendue sur l'action en justice prévue au précédent alinéa vaut désistement de toute action juridictionnelle en cours et rend</p>

irrecevable toute autre action juridictionnelle visant la réparation des mêmes préjudices.

L'action subrogatoire prévue à l'article L. 3122-4 ne peut être exercée par l'office si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré, sauf si la contamination trouve son origine dans une violation ou un manquement mentionnés à l'article L. 1223-5.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

irrecevable toute autre action juridictionnelle visant la réparation des mêmes préjudices.

L'office est substitué à l'Etablissement français du sang dans ses droits et obligations résultant des contrats d'assurance souscrits par les structures reprises par l'Etablissement français du sang en vertu de l'article 18 B de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, de la loi n° 2000-1353 du 30 décembre 2000 de finances rectificative pour 2000 et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1er septembre 2005, au titre des indemnités qu'il a versées aux victimes en application du présent article et des condamnations prononcées contre lui en application du paragraphe IV de l'article 67 de la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, sans que puisse être opposée à l'office la clause de direction du procès éventuellement contenue dans les contrats d'assurance applicables.

La transaction intervenue entre l'office et la victime, ou ses ayants droit, en application du présent article, est opposable à l'assureur ou, le cas échéant, au responsable des dommages, sauf le droit pour ceux-ci de contester devant le juge le principe de la responsabilité ou le montant des sommes réclamées. L'office peut en outre obtenir le remboursement des frais d'expertise. Quelle que soit la décision du juge, le montant des indemnités allouées à la victime, ou à ses ayants droit, leur reste acquis.

L'action subrogatoire prévue à l'article L. 3122-4 peut être exercée par l'office. Elle ne peut être exercée contre l'Etablissement français du sang que si la contamination trouve son origine dans une violation ou un manquement mentionnés à l'article L. 1223-5.

Les recours des tiers payeurs autres que l'office ne peuvent être exercés que contre les assureurs des structures reprises par l'Etablissement français du sang mentionnées au sixième alinéa du présent article, lorsque ces recours sont fondés sur la responsabilité du fournisseur de produits sanguins.

ARTICLE 40

EXPÉRIMENTATION DES MAISONS DE NAISSANCE

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le plan périnatalité 2005-2007 prévoit, dans sa mesure 5.3, l'expérimentation de maisons de naissance. L'objectif est d'expérimenter une prise en charge comportant une moindre médicalisation de la grossesse et de l'accouchement dit physiologique ou sans situation à risque, qui peut être réalisé par les sages-femmes, en garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant et à proximité immédiate du plateau technique d'une maternité. Le suivi par les sages-femmes en fonction du niveau de risque a été précisé par la Haute autorité de santé dans ses recommandations sur « le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » en date de mai 2007. Le projet répond à une forte demande des associations représentant les usagers ainsi que des sages-femmes libérales.

Par conséquent, le présent projet d'article législatif prévoit la mise en œuvre d'une expérimentation de maisons de naissance, pendant une durée de 5 ans, pour l'exercice d'une activité d'obstétrique. Elles seront soumises à des conditions de fonctionnement spécifiques qui dérogent, en tant que nécessaire, aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement prévues par le code de la santé publique pour les établissements de santé autorisés à pratiquer la gynécologie-obstétrique en application de l'article L.6123-1 du code de la santé publique.

Les maisons de naissance seront des structures autonomes fonctionnant avec des sages-femmes libérales. Elles ne relèveront pas du statut des établissements de santé. Elles seront cependant attenantes aux maternités avec lesquelles elles passeront convention afin de sécuriser les relations avec les professionnels du service et la prise en charge en cas de complications lors de l'accouchement.

Les conditions de fonctionnement seront fondées sur un cahier des charges dans le cadre d'un groupe de travail associant les professionnels, les maternités, la Haute Autorité de Santé et la CNAMTS. Cette dérogation porte également sur le mode de rémunération de ces structures ainsi que, potentiellement, sur le mode de rémunération des professionnels libéraux amenés à intervenir dans les maisons de naissance.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Si les maternités peuvent mettre en place des espaces physiologiques dans le cadre des conditions d'autorisation existantes de l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, l'expérimentation de structures telles que les maisons de naissance autonomes où interviennent des sages-femmes libérales pour des accouchements nécessite un cadre législatif ad hoc.

En effet, la mise en œuvre de cette expérimentation déroge aux conditions législatives fondant l'activité de soins d'obstétrique autorisée par les directeurs d'agence régionale de santé (schéma régional d'organisation des soins, objectifs quantifiés de l'offre de soins, conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement de gynécologie-obstétrique).

L'article législatif encadre l'objet, les modalités et la durée de cette expérimentation comme le rappelle régulièrement le conseil constitutionnel.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mise en place de cette expérimentation nécessite deux adaptations d'ordre financière de niveau législatif :

- la possibilité de déroger, pendant le temps de l'expérimentation, aux règles de prise en charge par les organismes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés par les professionnels de santé, dans le respect des droits des assurés sociaux ;
- la possibilité de bénéficier de ressources financières au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues par l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale.

Cette mesure permettra d'expérimenter un mode de prise en charge qui présentera un coût moindre que celui d'une naissance en maternité. Elle a donc un impact direct sur les dépenses (C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale), dont le niveau modeste (100 000 euros en 2011, 350 000 en 2012) s'explique par son caractère expérimental à ce stade.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Néant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Codification sous l'article L.6122-19 du code de la santé publique.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure est applicable dans les DOM, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 R	2012 P	2013	2014
Risque Maladie		-100 000 €	+350 000 €	+350 000 €	+350 000 €

- P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

L'hypothèse retenue est celle de 5 expérimentations à raison de 50 accouchements par maison de naissance la 1^{ère} année de fonctionnement et 200 accouchements par maison de naissance les années suivantes. Ce choix effectué, après concertation avec les professionnels concernés, doit permettre un suivi étroit et une analyse comparée des avantages et limites de la mise en place de ce nouveau dispositif que constitueront « les maisons de naissance ».

Le coût d'un accouchement en maison de naissance est évalué, en première approche, à environ 600 euros par naissance (coût de la structure et honoraire de la sage-femme) au regard du coût par naissance pour des accouchements de très courte durée en clinique privée de l'ordre de 1 200 € pour la prise en charge de la mère et de l'enfant (tarifs 2010 des GHS 5465 et 5822) hors honoraires des médecins.

L'économie brute attendue de ces 5 expérimentations se chiffre donc à :

- Année 2011 : 50 accouchements X (1 200 € - 600 €) X 5 expérimentations = + 150 000 € d'économie brute en année réelle
- Année 2012 et suivantes : 200 accouchements X (1 200 € - 600 €) X 5 expérimentations = + 600 000 € d'économie brute en année pleine (reconductible)

Il convient de minorer ces montants de l'accompagnement financier de 50 000 € qui sera alloué en MIG, pendant cette phase d'expérimentation, au titre de la mise en place et de la coordination de ces projets.

Le coût puis l'économie nets attendus de ces 5 expérimentations sont donc de :

- Année 2011 : + 150 000 € d'économie brute - (5 X 50 000 € d'accompagnement financier) = - **100 000 € de surcoût net en année réelle**
- Année 2012 et suivantes : + 600 000 € d'économie brute - (5 X 50 000 € d'accompagnement financier) = + **350 000 € d'économie nette en année pleine (reconductible)**

Au regard de ces hypothèses, des expériences étrangères en la matière (Allemagne, Suisse, Belgique, Québec, Etats-Unis), et du nombre de sages-femmes libérales (3500), il est envisager à termes la réalisation de 1,5% des naissances en maison de naissance soit une soixantaine de maison de naissance et une économie estimée à environ 7 millions d'euros.

Ces différentes estimations financières seront toutefois affinées au cours et par l'expérimentation.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Impact sur la croissance, l'emploi, la compétitivité : mise en place de structures de moindre coût que les maternités et dans des conditions existant dans plusieurs pays de l'UE.

b) impacts sociaux

Impact sur les assurés : accès diversifié à la prise en charge de la naissance dans des conditions de sécurité encadrées.

c) impacts sur l'environnement

Néant

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Possibilité de diversification de l'exercice des sages-femmes dans le cadre de leurs compétences reconnues par le code de la santé publique.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Néant.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Rédaction d'un décret en Conseil d'Etat et choix, suivi et évaluation des maisons de naissance expérimentales.

d) impact budgétaire

e) impact sur l'emploi :

Le cahier des charges prévoit un effectif d'au moins trois sages-femmes par maison de naissance.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Elaboration d'un décret en Conseil d'Etat dans un délai de 7 mois fixant :

- Les modalités de l'expérimentation (modalités d'appel à projets, de choix des projets, conditions financières, modalités d'évaluation)
- Les conditions de fonctionnement des maisons de naissance expérimentales sur la base du cahier des charges élaboré avec les professionnels et les usagers.

L'ouverture des maisons de naissance expérimentales pourra être effective fin 2011.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Evaluation des maisons de naissance prévue dans le cadre de l'expérimentation présentera 4 objectifs :

- 1/ fonctionnement des maisons de naissance dans le respect du cahier des charges,
- 2/ impact en matière de santé publique,
- 3/ efficacité des maisons de naissance,
- 4/ conditions de l'extension potentielle du dispositif.

Article L. 6122-19. du code de la santé publique (nouveau)

A partir du 1^{er} septembre 2011 et pendant une période de deux ans, le Gouvernement est autorisé à engager l'expérimentation de nouveaux modes de prise en charge de soins aux femmes enceintes et aux nouveau-nés au sein de structures dénommées « maisons de naissance » où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3. Ces expérimentations ont une durée maximale de cinq ans.

A cet effet, il est dérogé aux dispositions des articles L. 1434-2, L. 1434-7 et L. 6122-1.

Les maisons de naissances ne sont pas des établissements de santé au sens de l'article L. 6111-1 et ne sont pas soumises aux dispositions du chapitre II du titre II du livre III de la deuxième partie du présent code.

Il peut être dérogé aux dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux modalités d'application de la prise en charge de certains actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 de ce code.

Par dérogation à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, les dépenses nécessaires au fonctionnement des maisons de naissance peuvent être prises en charge en tout ou partie par la dotation annuelle prévue à l'article L. 162-22-14 de ce code.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental en fonction notamment de l'intérêt et de la qualité du projet pour l'expérimentation et de son intégration dans l'offre de soins régionale en obstétrique. La suspension de fonctionnement d'une maison de naissance inscrite sur la liste peut être prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les motifs et dans les conditions prévues par l'article L. 6122-13. Le retrait d'inscription à la liste est prononcé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en cas de manquement grave et immédiat à la sécurité ou lorsqu'il n'a pas été remédié aux manquements ayant motivé la suspension.

Un premier bilan de l'expérimentation sera établi

	<p>au 31 décembre 2014 par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en vue de la poursuite ou de l'abandon de l'expérimentation. Le Gouvernement adresse au Parlement un bilan définitif de l'expérimentation dans l'année qui suivra sa fin.</p> <p>Les conditions de l'expérimentation et notamment les conditions d'établissement de la liste susmentionnée, les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels, les conditions spécifiques de fonctionnement des maisons de naissance ainsi que les modalités d'évaluation de l'expérimentation à son terme sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>
--	---

ARTICLE 41

OPTIMISATION DU PROCESSUS DE CONVERGENCE TARIFAIRE

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2005 a posé le principe d'une convergence tarifaire entre établissements sans en définir les modalités. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a précisé que « (le) processus de convergence est orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ». Sont ainsi expressément visés les tarifs des cliniques privées, considérés par l'IGAS dans son rapport de janvier 2006 comme ceux des établissements les plus efficaces.

S'il est avéré que les tarifs des établissements privés ex-OQN (à objectifs quantifiés nationaux), mentionnés au d de l'article L. 162-22-6, honoraires et dépassements inclus, sont majoritairement inférieurs à ceux des établissements publics ex-DG (à dotation globale de fonctionnement), il existe des activités pour lesquelles les tarifs du secteur public se trouvent être inférieurs.

Or, l'objectif poursuivi par le législateur est de tendre vers le tarif le plus bas, tous secteurs confondus, comme le démontre l'exposé des motifs de la LFSS pour 2005. L'objectif du législateur ne peut donc être atteint que si l'article 33 mentionne le tarif le plus efficace en tant que tel, sans imposer que ce tarif ne soit celui des établissements privés.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Il n'existe pas d'option d'action possible, la mesure retenue consiste à modifier un article d'une LFSS antérieure.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure comporte des effets directs sur les dépenses des régimes (2° du C du V du même article) par les baisses de tarifs qu'elle emportera, dont on peut estimer une économie dès 2011 de l'ordre de 71 M€.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Non, il s'agit de modifier des dispositions transitoires de la LFSS pour 2004 qui n'ont pas vocation à être codifiées.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La tarification à l'activité n'est en vigueur qu'à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, qui sont placées sous le régime de l'identité législative.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'impact de la mesure sur 2011 est difficilement évaluable à ce jour dans la mesure où les tarifs ont vocation à évoluer dans le cadre de la campagne tarifaire 2011, en application de la méthodologie en vigueur depuis 2009 qui consiste à faire tendre progressivement les tarifs vers les tarifs repères de chaque secteur. Aussi, certains tarifs du secteur privé, aujourd'hui supérieurs à ceux du public, ont vocation à diminuer dans le cadre du processus de campagne, ceci diminuant d'autant le rendement de la mesure de convergence.

A titre d'exemple, en 2010, 5 groupes homogènes de malades (GHM) ont été écartés de la convergence ciblée du fait de tarifs du secteur privé supérieurs à ceux du public. Sur la base des tarifs applicables en 2010, l'alignement de ces tarifs représente une masse de 71 M€. Il s'agit d'un ordre de grandeur eu égard à la méthode de construction des tarifs.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)		Economie ou recette supplémentaire (signe +)		
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014
Maladie		+71			

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

- sur la croissance, l'emploi, la compétitivité

Sans objet

- sur les assurés

Sans objet

- sur les employeurs ou cotisants

Sans objet

b) impacts sociaux

Aucun

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Effets probables de réduction des dépenses des régimes d'assurance maladie et de réduction des recettes pour certains établissements de santé

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

La modification des données correspondantes dans le système d'information ne posera pas de difficultés particulières.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Mise en œuvre dans le cadre de la campagne tarifaire 2011 (arrêté tarifs).

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Immédiat.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Néant.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

La mesure n'est pas appréhendée par le PQE mais sera suivie dans le cadre des travaux sur la convergence, qui font l'objet d'un rapport annuel au parlement.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 33 de la LFSS pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) (actuel)	Article 33 de la LFSS pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) (modifié)
<p>VII.-Pour les années 2005 à 2018, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2018. Ce processus de convergence est orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code. Un bilan d'avancement du processus de convergence est transmis au Parlement avant le 15 septembre de chaque année jusqu'en 2018. Ce bilan contient également un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018.</p>	<p>VII.-Pour les années 2005 à 2018, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2018. Ce processus de convergence est orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code les plus bas. Un bilan d'avancement du processus de convergence est transmis au Parlement avant le 15 septembre de chaque année jusqu'en 2018. Ce bilan contient également un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018.</p>
<p>A compter du 1er janvier 2008 et afin de faciliter le processus de convergence, les tarifs des prestations nouvellement créées sont identiques pour les établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans la limite des écarts mentionnés à l'alinéa précédent.</p>	<p>A compter du 1er janvier 2008 et afin de faciliter le processus de convergence, les tarifs des prestations nouvellement créées sont identiques pour les établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans la limite des écarts mentionnés à l'alinéa précédent.</p>

ARTICLE 42

DISTINCTION AU SEIN DE L'OQN ET DE L'ODAM DES DÉPENSES AFFÉRENTES AUX CATÉGORIES D'ACTIVITÉS SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR) ET PSYCHIATRIE

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Aujourd'hui, les règles de fixation du montant de l'objectif quantifié national (OQN) et de l'objectif de dépenses d'assurance maladie (ODAM) ne prévoient pas de préciser la part respectivement allouée au champ de la psychiatrie à celui des soins de suite et de réadaptation. Or, dans la perspective d'une extension de la tarification à l'activité pour les activités de soins de suite et de réadaptation, il est aujourd'hui nécessaire de distinguer au sein de ces objectifs, les montants afférents à chaque catégorie d'activités, afin d'aboutir, à terme, à un objectif commun de dépenses pour l'ensemble des établissements exerçant les activités de soins de suite et de réadaptation, puis dans un second temps, pour l'ensemble des établissements exerçant une activité de psychiatrie.

Aussi la mesure prévoit d'afficher au sein de ces objectifs le montant afférent aux activités de soins de suite ou de réadaptation (SSR) et de psychiatrie, sans toutefois scinder ces objectifs en deux. L'arrêté annuel fixant le montant global de l'OQN et celui fixant l'ODAM préciseront désormais les montants afférents à chaque catégorie d'activités

Les modalités de détermination de ces objectifs étant fixées au niveau de la loi, il appartient au législateur de préciser ces modalités pour prévoir la distinction des montants souhaitée.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

La seule option est de préciser les articles relatifs à la fixation de l'OQN et de l'ODAM.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure trouve sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale au titre du 4° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, dans la mesure où les précisions réalisées au niveau des sous-agrégats des objectifs de dépenses de l'ONDAM apportent au Parlement une meilleure information, qui figurera dans le rapport semestriel prévu à l'article L.162-21-3 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Elle relève de la compétence des Etats membres

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à

la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Modification du code de la sécurité sociale

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure concerne les régimes intervenant dans les DOM, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Neutre car la mesure consiste à présenter différemment les montants des objectifs existants.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Non

b) impacts sociaux

Non

c) impacts sur l'environnement

Non

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Non

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Remontées d'information plus fine.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Oui car les systèmes d'information existants devront distinguer les montants en jeu par champ d'activité et ce, depuis la construction des objectifs jusqu'à leur détermination par voie d'arrêté.

d) impact budgétaire

Non

e) impact sur l'emploi : effectifs ETP à mobiliser, formation à assurer, compatibilité avec les moyens fixés par la COG (nouvelle allocation des moyens ou recrutement – temporaires ou permanents – nécessaires...)

Non

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Aucun, la disposition législative suffit.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Sans objet

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p style="text-align: center;">Article L.162-22 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat détermine, parmi les soins définis à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique qui sont dispensés dans les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du même code :</p> <p>1° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-6 ;</p> <p>2° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 et aux dispositions de l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6.</p>	<p style="text-align: center;">Article L.162-22 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat détermine, parmi les soins définis à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique qui sont dispensés dans les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du même code :</p> <p>1° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-6 ;</p> <p>2° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 et aux dispositions de l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ;</p> <p>3° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L.174-5</p>
<p style="text-align: center;">Article L.162-22-2 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>I.-Chaque année est défini un objectif quantifié national relatif aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué par le montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre de ces activités au cours de l'année et supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie et tient compte notamment des créations et fermetures d'établissements. Le contenu de cet objectif est défini par décret.</p> <p>Le montant de l'objectif quantifié national est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.</p> <p>II.-Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif ainsi que les</p>	<p style="text-align: center;">Article L.162-22-2 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>I.-Chaque année est défini un objectif quantifié national relatif aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué par le montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre de ces activités au cours de l'année et supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie et tient compte notamment des créations et fermetures d'établissements. Le contenu de cet objectif est défini par décret.</p> <p>Le montant de l'objectif quantifié national est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il distingue la part du montant afférent à chacune des activités mentionnées au 2° de l'article L.162-22. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.</p> <p>II.-Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, précise</p>

<p>modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il prend en compte à cet effet, notamment, les prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours.</p>	<p>les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il prend en compte à cet effet, notamment, les prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours.</p>
<p align="center">Article L.174-1-1 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué des activités suivantes :</p> <p>1° Les activités de psychiatrie exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 ;</p> <p>1° bis Les activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 ;</p> <p>2° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 ;</p> <p>3° Les activités des unités de soins de longue durée ;</p> <p>4° Les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation dispensées par le service de santé des armées et l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides ;</p> <p>5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;</p> <p>6° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte ;</p> <p>7° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre Etat à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'Etat concerné.</p> <p>Cet objectif est constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du 7° du présent article et des dotations annuelles de financement fixées en application des articles L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-5 et L. 174-15 et de celles fixées en application des articles L. 6147-5 et L. 6416-1 du code de la santé publique.</p> <p>Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un</p>	<p align="center">Article L.174-1-1 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué des activités suivantes :</p> <p>1° Les activités mentionnées au 2° de l'article L.162-22 exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 ;</p> <p>4° bis Les activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 ;</p> <p>2° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 ;</p> <p>3° Les activités des unités de soins de longue durée mentionnées au 3° de l'article L.162-22 ;</p> <p>4° Les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation mentionnées au 2° de l'article L.162-22 dispensées par le service de santé des armées et l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides ;</p> <p>5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;</p> <p>6° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte ;</p> <p>7° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre Etat à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'Etat concerné.</p> <p>Cet objectif est constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du 7° du présent article et des dotations annuelles de financement fixées en application des articles L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-5 et L. 174-15 et de celles fixées en application des articles L. 6147-5 et L. 6416-1 du code de la santé publique.</p> <p>Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il distingue la part du montant afférent à chacune des activités mentionnées au 1°. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite</p>

<p>régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.</p> <p>Le montant de cet objectif est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'Etat en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas d'organisation des soins et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.</p>	<p>desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.</p> <p>Le montant de cet objectif est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'Etat en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas d'organisation des soins et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.</p>
---	--

ARTICLE 43

CUMUL DES REVENUS D'UNE ACTIVITÉ NON SALARIÉE AVEC UNE PENSION D'INVALIDITÉ SERVIE PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Les règles relatives au cumul de la pension d'invalidité (PI) et des salaires ou gains de l'assuré sont différentes selon que ceux-ci proviennent d'une activité salariée ou non salariée.

1/ Pour une activité professionnelle salariée : La pension doit être suspendue, en tout ou partie, par la caisse primaire d'assurance maladie lorsqu'il est constaté que le montant cumulé de la pension d'invalidité et des salaires ou gains de l'intéressé excède, pendant deux trimestres consécutifs, le salaire trimestriel moyen de la personne pendant la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi d'invalidité.

Le montant des arrérages de chaque mois ultérieur est réduit à concurrence du dépassement constaté au cours du trimestre précédent.

2/ Pour une activité professionnelle non salariée : Lorsque le total de la pension d'invalidité et du gain provenant d'une activité professionnelle non salariée dépasse le chiffre de 6 283,74 € par an pour une personne seule et 8 700,59 € pour un ménage (ces chiffres sont remplacés par le montant de la pension lorsqu'il leur est supérieur), la pension est réduite en conséquence. En pratique, tout dépassement de ce montant a pour conséquence un écrêtement de la pension d'invalidité du montant équivalent au dépassement.

Il résulte de ces règles que le bénéficiaire d'une PI du régime général qui reprend une activité non salariée ne pourra pas cumuler son nouveau revenu avec sa pension, jusqu'au niveau de son ancien salaire. En effet, l'écrêtement de la pension sera total dès lors que la reprise d'activité fera apparaître un gain équivalent à 51 % d'un SMIC net.

Ce mécanisme de plafonnement peut donc constituer un frein à la reprise d'une activité professionnelle et constitue, en toute hypothèse, une différence de traitement qui ne se justifie pas.

Il convient donc de permettre le cumul d'une PI avec les revenus liés à la reprise d'une activité non salariée dans des conditions équivalentes à celles applicables en cas de reprise d'une activité salariée.

Il s'agit également d'une proposition de réforme émise par le Médiateur de la République.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Il est nécessaire de modifier la loi afin d'instituer un principe, clairement établi, de cumul équivalent dans les deux cas de reprise d'une activité professionnelle (salariée ou non-salariée).

Une solution alternative consisterait à relever les plafonds (déterminés par décret) actuellement fixés à 6 283,74 € par an pour une personne seule et 8 700,59 € pour un ménage. Toutefois, cette solution ne serait que partiellement satisfaisante car elle implique de maintenir un seuil au-delà duquel le cumul ne sera pas possible. Outre la difficulté tenant à la détermination de ce montant, cette solution ne permettrait pas, en définitive, un alignement du traitement des situations puisque les règles de cumul demeureront différentes.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Afin d'aligner le traitement des situations, il convient d'abroger l'article L. 341-10 du CSS. L'article L. 341-12 s'appliquera de facto au cumul PI et revenus non salariés, puisqu'il parle de « salaire » ou de « gain ».

L'éligibilité au PLFSS se fonde sur le 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du CSS, au titre des mesures ayant un impact sur les dépenses, estimé à 8 millions d'euros par an.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Cette mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Elle est compatible avec le règlement n°883/2004 de coordination des systèmes de sécurité sociale qui permet s'agissant des prestations d'invalidité l'application des clauses de la législation nationale de réduction, suspension ou suppression d'une PI en cas de cumul avec des prestations de nature différente ou avec d'autres revenus (article 44.4.).

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

- a) Possibilité de codification

Oui.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Oui.

- c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure est applicable dans les DOM, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy ainsi qu'à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Oui
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014
RG maladie		- 8	- 8	- 8	- 8

* **P** pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

Les 8 M€ correspondent aux pensions d'invalidité des personnes ayant repris une activité non salariée et qui étaient, jusque-ici, écartées presque systématiquement de manière totale, en application des règles de cumul actuelles, et qui seraient désormais versées dans les mêmes conditions qu'aux salariés. Selon la CNAMTS, cette hypothèse concernerait environ 1 500 personnes. Si on se réfère au montant moyen d'une pension de catégorie 1 (400 €), la mesure devrait donc coûter environ 8 M€, à supposer que la pension n'est pas du tout écartée (le cumul gain + PI étant inférieur à leur ancien salaire).

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Mesure d'équité qui favorise également la reprise d'activité professionnelle, qu'elle soit salariée ou non salariée, et donc également la croissance.

b) impacts sociaux

Cf. impacts économiques.

c) impacts sur l'environnement

Néant.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Maintien ou retour dans l'emploi des invalides et donc augmentation de leur pouvoir d'achat.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Cet impact n'a pas été évalué dans le détail, mais il peut être supposé que :

- s'agissant des invalides qui sont déjà en activité, le changement de règle de cumul n'aura pas de conséquence en gestion pour les caisses, qui connaissent déjà les revenus de ces personnes ;

- s'agissant des invalides qui reprendraient une activité du fait de ces nouvelles règles incitatives de cumul, cela engendrera un surcroît d'activité pour les caisses, mais qui devrait rester relativement marginal.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Les systèmes d'information des caisses devront être adaptés à la nouvelle réglementation.

La mise en œuvre de cette mesure, au plan informatique, se fera dans le cadre de la mise à jour des tables de paramétrage de l'applicatif Scapin. Une version majeure de cet outil est livrée chaque année pour le 1er juin.

Le texte d'application de la mesure devra donc prévoir une date d'effet au second semestre afin de pouvoir intégrer cette charge supplémentaire dans les plannings de développement et dans des délais qui assurent des développements informatiques totalement sécurisés.

La CNAMTS ne signale pas de coût particulier lié à ces adaptations.

d) impact budgétaire

Non

e) impact sur l'emploi :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles. Compte tenu du faible nombre potentiel de bénéficiaires, cet impact devrait rester marginal.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Un décret en conseil d'Etat (premier semestre 2011) pour modifier les articles R.341-15, R.341-16 et R.341-17. Il sera nécessaire de préciser comment évaluer pour des revenus non salariaux, « le gain total » de la personne, à comparer, comme pour les salariés, au salaire antérieur à la mise en invalidité.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

6 mois maximum.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Canaux habituels (réseau des caisses, associations intéressées, revues spécialisées...)

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p>Article L341-10 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>Les arrérages des pensions d'invalidité sont supprimés à l'expiration de la période de versements des arrérages au cours de laquelle le bénéficiaire a exercé une activité professionnelle non-salariée, lorsque cette activité procure à l'intéressé ou au ménage un revenu qui, ajouté au montant de la pension, excède un plafond déterminé par décret.</p>	<p>Article L341-10 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Article abrogé à compter du 1^{er} juin 2011</p>
---	---

ARTICLE 44 MAINTIEN DES IJ MALADIE PENDANT LES PÉRIODES DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre le travail a droit, s'il remplit les conditions, au versement d'indemnités journalières (IJ) pour compenser la perte de salaire pendant la durée de l'arrêt de travail. D'un point de vue juridique en effet, l'arrêt maladie suspend le contrat de travail entre le salarié et son employeur.

Lorsque l'arrêt de travail se prolonge, la reprise du travail peut s'avérer plus difficile, jusqu'à conduire parfois à un éloignement définitif de l'emploi et un maintien des indemnités journalières maladie, avant une prise en charge par l'assurance invalidité et / ou l'allocation aux adultes handicapés, ainsi que l'a mis en exergue le rapport de Michel Busnel "l'emploi : un droit pour tous", remis le 20 janvier dernier au ministre du travail et à la secrétaire d'Etat à la famille et à la solidarité.

Afin de prévenir ces situations de désinsertion professionnelle, des outils doivent être mis à la disposition des médecins conseil pour leur permettre d'envisager en amont du processus de réinsertion professionnelle proprement dit, avec le salarié malade et en lien avec le médecin traitant et le médecin du travail, les actions d'évaluation ou de conseil (par ex. bilans de compétences) de courte durée, permettant de le préparer à cette reconversion, comme cela existe en matière d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Actuellement, deux dispositifs approchant ce thème existent dans le livre III du code de la sécurité sociale relatif à l'assurance maladie des salariés du régime général. Incomplets et imparfaits, ils ne permettent donc pas aux médecins conseil des caisses d'assurance maladie de traiter le sujet de la désinsertion professionnelle.

Le premier dispositif, prévu à l'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale, se place uniquement dans le cadre d'une reprise du travail.

Au 1° de cet article, il s'agit du temps partiel thérapeutique. Lorsque la reprise du travail est de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé du salarié, le médecin conseil peut l'autoriser, si l'employeur est d'accord, à reprendre son travail à temps partiel et à conserver une partie de l'indemnité journalière.

Le 2° de cet article autorise également le médecin conseil à maintenir une partie de l'indemnité journalière lorsque la reprise du travail doit être accompagnée d'une action de rééducation ou de réadaptation professionnelle.

Hormis le 1°, cet article est peu usité, notamment du fait de son imprécision en termes de procédures (qui déclenche la procédure, quelle information du médecin traitant, etc.). Il fait l'objet d'une application très limitée et diverse selon les caisses d'assurance maladie.

Le second dispositif, prévu à l'article L. 323-4-1 du code de la sécurité sociale, se place dans le cadre d'une concertation entre médecins conseil et médecins du travail lorsqu'un arrêt maladie dépasse trois mois. Il prévoit en effet que lorsque l'arrêt de travail dépasse trois mois, le médecin conseil puisse solliciter le médecin du travail pour étudier les conditions de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. Ce dispositif rencontre des difficultés de mise en œuvre sur le terrain depuis sa création et se heurte à l'insuffisante coordination entre médecins conseil et médecins du travail, lesquels poursuivent des objectifs distincts (notamment, les médecins conseils évaluent l'aptitude du salarié à exercer un emploi, quel qu'il soit, tandis que les médecins du travail évaluent l'aptitude du salarié à exercer le poste de travail sur lequel il a été recruté).

Plus les difficultés liées à une reprise du travail sont détectées tôt, par le service médical, le service social, la caisse ou le médecin du travail, plus il est possible d'anticiper des solutions, notamment en permettant au salarié malade de bénéficier, pendant son arrêt maladie, d'actions d'accompagnement ou de conseil

de courte durée pour préparer sa reconversion professionnelle, si son état de santé l'autorise, et éviter la mise en invalidité et l'inaptitude prononcée par le médecin du travail.

Pour ce faire, plusieurs difficultés doivent pouvoir être levées :

- permettre aux différents intervenants médecins et services sociaux de se concerter, en lien avec l'assuré, très en amont de la reprise du travail pour l'accompagner progressivement vers un retour à l'emploi ;
- assouplir les règles d'indemnisation des arrêts maladie de longue durée (supérieurs à 3 mois) pour permettre au salarié malade en voie de désinsertion professionnelle de suivre une action d'évaluation, d'accompagnement, d'information, de conseil afin de préparer sa reconversion professionnelle ;
- permettre aux différents intervenants d'étudier, en lien avec le salarié et le médecin traitant, les dites actions ;
- permettre au médecin conseil de décider d'un maintien, en tout ou en partie, de l'indemnité journalière pendant ces actions.

En matière d'accident du travail et de maladie professionnelle, l'article 100 de la LFSS pour 2009 a introduit un dispositif permettant, après avis du médecin conseil, à la victime d'accéder durant son arrêt de travail, avec l'accord du médecin traitant, à des actions de formation professionnelle continue ou à d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement ou de conseil auxquelles la caisse est partie prenante, tout en étant en arrêt de travail et en continuant à percevoir ses indemnités journalières. Dans ce dispositif, la caisse informe l'employeur et le médecin du travail de sa décision de maintenir l'indemnité journalière (article L. 433-1, alinéa 4).

Ces actions sont proposées à l'assuré par la caisse après que le service social, le service prestations et le service médical aient délibéré en concertation sur le dossier de l'assuré. Le service médical vérifiant pour sa part que la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail. Ainsi, en aucune façon, ces actions ne peuvent conduire à une augmentation de la durée des arrêts de travail, leur objectif étant au contraire de prévenir la précarisation professionnelle et sociale des assurés.

C'est la philosophie de ce dispositif, qui fonctionne pour les AT-MP (cf. bilan de l'expérience du Morbihan dans la catégorie impact financier) qu'il s'agit d'adapter aux salariés en arrêt maladie en voie de désinsertion professionnelle.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

La population visée par ces actions est essentiellement composée d'assurés en arrêts de longue durée²¹ qui le plus souvent ajoutent aux problèmes de santé, le phénomène de sinistrose et « d'enkystement dans l'arrêt de travail ». Pourraient être ainsi prioritaires les personnes en arrêt depuis plus de 3 mois, l'action de conseil ou d'évaluation devant être inférieure à la durée de l'arrêt (afin de ne pas prolonger la durée de l'arrêt), et non rémunérée.

Totalement coupés du monde du travail, sans possibilité de retour dans leur ancien poste ou dans leur activité antérieure, ces assurés doivent être remobilisés pour leur permettre d'entamer la construction d'un nouveau projet professionnel, et pour l'assurance maladie d'interrompre l'arrêt de travail.

Les actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil ont été développées par plusieurs régions (Aquitaine, Auvergne, Bourgogne Franche Comté, Bretagne, Centre, Normandie, Pays de Loire, Rhône Alpes) qui ont pu constater l'efficacité de ces actions pour ramener les assurés vers le monde du travail.

L'objectif de cette mesure est de permettre l'utilisation de la période d'arrêt de travail pour proposer aux assurés en arrêt de longue durée une action courte (1 à 3 mois maximum) de remobilisation physique et psychologique qui leur permettra de mettre fin à leurs arrêts et de retrouver une dynamique professionnelle. La caisse reste maîtresse de la décision de permettre ou non l'action de formation.

Ces actions se situent **en amont du processus de réinsertion professionnelle proprement dit** puisqu'elles interviennent pendant la durée de l'arrêt de travail médicalement justifié. Elles sont souvent menées en collaboration avec l'association nationale pour la gestion du fonds d'insertion

²¹ 20 mois en moyenne selon l'étude du Morbihan mais il s'agit essentiellement de victimes d'ATMP,

professionnelle des handicapés (Agefiph) qui finance une partie du coût pédagogique. Elles sont non rémunérées.

Elles peuvent ultérieurement être suivies d'une action de formation plus longue permettant le reclassement professionnel de l'assuré vers un nouveau métier et / ou un nouveau secteur d'activité ; mais dans ce cas l'assurance maladie n'est pas l'organisateur.

L'assuré peut en avoir l'initiative, mais ces actions peuvent également être suggérées par la caisse après que le service social, le service prestations et le service médical aient délibéré en concertation sur le dossier de l'assuré. Le service médical vérifiant pour sa part que la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail. Ainsi, en aucune façon, ces actions ne peuvent conduire à une augmentation de la durée des arrêts de travail, leur objectif étant au contraire de prévenir la précarisation professionnelle et sociale des assurés.

Ces actions supposent une organisation interservices qui est phase d'aboutissement de déploiement dans toutes les régions.

A ce jour, deux types d'actions sont suivis :

- des bilans de compétence (10 ° de L. 6313-1 du code du travail)
- des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil.

Les actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil sont souvent des stages d'observation en entreprise d'une semaine maximum chacun, non rémunérés.

Les financements des actions sont multiples, co-financement Agefiph *et/ou* DDTEFP *et/ou* FSE. Lorsque l'Agefiph ne finance pas, la CPAM peut utiliser les fonds d'action sociale pour payer l'intégralité du module.

Selon une récente étude réalisée par le Morbihan, le coût de ces dispositifs (y compris coût en ETP interne) représente environ 10% du gain généré par la reprise du travail de l'assuré. La CPAM du Morbihan est capable d'organiser 6 sessions annuelles, pour environ 130 personnes.

Sur la France entière, sur trois trimestres (T4 2009, T1 et T2 2010) ont été décomptés 981 dossiers d'assurés pris en charge au titre d'actions de ce type. En année pleine, il est donc possible d'évaluer à 1 250 personnes environ le nombre de bénéficiaires, au stade de développement actuel du dispositif.

Ce dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle a pour but de couvrir de manière identique les deux risques maladie et AT-MP. Les caisses travaillent sans distinction d'approche selon la nature du risque dont les assurés relèvent. Toutefois, le fait que les textes ne concernent que la branche AT-MP n'est pas favorable au développement rapide du dispositif. Les caisses attendent en effet souvent la mise en cohérence des textes de la branche maladie pour industrialiser le processus engagé. Pour mémoire, les arrêts de travail pour AT-MP ne représentent qu'un tiers des arrêts de travail et il est possible de considérer que les personnes éligibles au dispositif ne seront donc que pour un tiers des victimes d'AT-MP. Le rythme de mise en œuvre du dispositif devrait donc s'accélérer lorsque la disposition législative envisagée pour la branche maladie entrera en vigueur.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure prend place dans la partie 4 de la loi de financement de la sécurité sociale.

Elle comporte des effets directs sur les dépenses des régimes (2° du C du V de l'article LO 111-3 du CSS) par les économies réalisées dans le versement des indemnités journalières dont l'ordre de grandeur peut être estimé à 15 M€ pour la première année puis, à l'issue d'une montée en charge progressive, à 50 M€ par an.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Cette mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Cette mesure est compatible avec le droit communautaire en vigueur.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

- a) Possibilité de codification

Oui, il s'agit de créer un article L323-3-1 dans le code de la sécurité sociale.

Pour des raisons de cohérence entre la rédaction des dispositions applicables aux assurés en arrêt maladie et en arrêt AT-MP, il faudra également toiletter le 4^{ème} alinéa de l'article L 433-1 du même code.

Enfin, il faut prévoir de créer un article L 1226-1-1 dans le code du travail pour préciser que le contrat de travail reste suspendu dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau dispositif (« remobilisation » et maintien des indemnités journalières dans le cadre d'un arrêt maladie non liée à l'exercice d'une activité professionnelle). Il s'agit du pendant de l'article L1226-7 du CT relatif aux victimes d'ATMP, lequel devra également être modifié pour tenir compte des aménagements apportés à l'article L433-1 du CSS.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

- c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure s'appliquera dans les DOM, à Saint Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre et Miquelon sans qu'il y ait besoin de mesure d'application spécifique lorsque le RSA sera en vigueur (1^{er} janvier 2011).

La mesure ne s'appliquera pas à Mayotte, le RSA n'y étant pas encore transposé.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Oui
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

La mesure permettra de générer des économies sur les dépenses d'indemnités journalières de longue durée et sur l'assurance invalidité. Le chiffrage exhaustif est toutefois délicat à fournir.

Pour approcher les économies que procurerait la mesure, il peut être mis en avant l'exemple du rendement des actions de remobilisation précoce menées sur 2 mois dans le seul département du Morbihan dans le cadre de l'application de l'article 100 de la LFSS pour 2009 sur les AT MP.

Le Morbihan est l'un des départements les plus actifs. Les acteurs locaux se sont mis d'accord pour traiter non seulement des cas de personnes en arrêt de travail pour ATMP, mais également pour

maladie non professionnelle. Le Morbihan est aussi le premier département à chiffrer le rendement de ces accompagnements (qui durent 1 à 2 mois avec parfois 1 à 3 semaines de stage en entreprise).

Les gains pour les 12 personnes de la première session 2010 s'élèvent à 110 687 € par an au titre des indemnités journalières maladie et ATMP (2/3 maladie et 1/3 AT) et à 24 281 € par an au titre de l'invalidité pendant plusieurs années. Dans le Morbihan 130 personnes par an bénéficient du dispositif (6 sessions de 2 mois), compte tenu de la capacité d'accueil des prestataires avec lesquels l'action est menée. Le coût de gestion est de 10 %.

Si on considère que la population morbihannaise correspond environ à 1 % de la population française, on aboutirait à une extrapolation (qui a pour vocation de montrer l'intérêt de la mesure plus que de fournir un chiffrage précis) de l'ordre 75 M€. Par prudence, l'échantillon utilisé étant assez peu représentatif, l'économie totale générée par la mesure peut être évaluée sur le long terme à 50 M€, avec une montée en charge pluriannuelle, le temps que se mettent en place les processus administratifs et opérationnels.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014
Assurance maladie		+15	+30	+45	+50

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Cette mesure peut s'apparenter à une mesure d'aide au retour à l'emploi. Coût neutre pour les employeurs, l'indemnité journalière et le complément employeur étant aujourd'hui servis jusqu'à leur terme, en l'absence de mise en œuvre de mesures de préparation à la reconversion professionnelle.

b) impacts sociaux

Cette mesure a un impact bénéfique en termes de prévention de la désinsertion professionnelle.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Cette mesure a un Impact bénéfique en termes de prévention de la désinsertion professionnelle.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

La mise en œuvre de cette mesure nécessitera un travail de concertation important entre les différents intervenants pour permettre un suivi personnalisé de l'assuré.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Pas d'adaptation des systèmes d'information à prévoir.

d) impact budgétaire

Aucun.

e) impact sur l'emploi :

Aucun. La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure sera d'application immédiate

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

La mesure sera mise en œuvre début 2011.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les caisses d'assurance maladie informeront les assurés.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	<p style="text-align: center;">Article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale (nouveau)</p> <p>Le versement de l'indemnité journalière ne fait pas obstacle à ce que l'assuré demande, avec l'accord du médecin traitant, à accéder aux actions de formation professionnelle continue prévues au 10 °) de l'article L. 6313-1 du code du travail ou à des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire participe, sous réserve qu'après avis du médecin conseil, la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail. La caisse fait part de son accord à l'assuré et, le cas échéant, à l'employeur, ce dernier en informant le médecin du travail.</p>
<p>Article L. 433-1 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>La journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit, quel que soit le mode de paiement du salaire, est intégralement à la charge de l'employeur.</p> <p>Une indemnité journalière est payée à la victime par la caisse primaire, à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation prévu à l'article L. 443-2.</p> <p>L'indemnité journalière peut être maintenue en tout ou partie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant, si cette reprise est reconnue par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. Le montant total de l'indemnité maintenue et du salaire ne peut dépasser le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle ou, s'il est plus élevé, le salaire sur lequel a été calculée l'indemnité journalière. En cas de dépassement, l'indemnité est réduite en conséquence.</p> <p>L'indemnité journalière peut également être maintenue, après avis du médecin-conseil, lorsque la victime demande à accéder durant son arrêt de travail, avec l'accord du médecin traitant, aux actions de formation professionnelle</p>	<p>Article L. 433-1 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>La journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit, quel que soit le mode de paiement du salaire, est intégralement à la charge de l'employeur.</p> <p>Une indemnité journalière est payée à la victime par la caisse primaire, à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation prévu à l'article L. 443-2.</p> <p>L'indemnité journalière peut être maintenue en tout ou partie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant, si cette reprise est reconnue par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. Le montant total de l'indemnité maintenue et du salaire ne peut dépasser le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle ou, s'il est plus élevé, le salaire sur lequel a été calculée l'indemnité journalière. En cas de dépassement, l'indemnité est réduite en conséquence.</p> <p>L'article L. 323-3-1 est applicable aux arrêts de travail résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.</p> <p>L'indemnité journalière peut être rétablie pendant le délai mentionné à l'article L. 1226-11 du code du travail lorsque la victime ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée.</p>

<p>continue prévues à l'article L. 6313-1 du code du travail ou à d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire est partie prenante. La caisse informe l'employeur et le médecin du travail de sa décision de maintenir l'indemnité.</p> <p>L'indemnité journalière peut être rétablie pendant le délai mentionné à l'article L. 1226-11 du code du travail lorsque la victime ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée. Le versement de l'indemnité cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie. Lorsque le salarié bénéficie d'une rente, celle-ci s'impute sur l'indemnité journalière. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa.</p> <p>Le droit à l'indemnité journalière est ouvert dans les conditions définies à l'article L. 323-6.</p>	<p>Le versement de l'indemnité cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie. Lorsque le salarié bénéficie d'une rente, celle-ci s'impute sur l'indemnité journalière. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa.</p> <p>Le droit à l'indemnité journalière est ouvert dans les conditions définies à l'article L. 323-6.</p>
	<p style="text-align: center;">Article L. 1226-1-1 du code du travail (nouveau)</p> <p>Le contrat de travail d'un salarié atteint d'une maladie ou victime d'un accident non professionnels demeure suspendu pendant les périodes au cours desquelles il suit les actions mentionnées à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues audit article.</p>
<p style="text-align: center;">Article L. 1226-7 du code du travail (actuel)</p> <p>Le contrat de travail du salarié victime d'un accident du travail, autre qu'un accident de trajet, ou d'une maladie professionnelle est suspendu pendant la durée de l'arrêt de travail provoqué par l'accident ou la maladie.</p> <p>Le contrat de travail est également suspendu pendant le délai d'attente et la durée du stage de réadaptation, de rééducation ou de formation professionnelle que doit suivre l'intéressé, conformément à l'avis de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles. Le salarié bénéficie d'une priorité en matière d'accès aux actions de formation professionnelle.</p> <p>Le contrat de travail est également suspendu au cours de l'arrêt de travail mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale et donnant lieu à une action de formation professionnelle continue prévue à l'article L. 6313-1 du présent code ou à d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire est partie prenante.</p> <p>La durée des périodes de suspension est prise en compte pour la détermination de tous les</p>	<p style="text-align: center;">Article L. 1226-7 du code du travail (modifié)</p> <p>Le contrat de travail du salarié victime d'un accident du travail, autre qu'un accident de trajet, ou d'une maladie professionnelle est suspendu pendant la durée de l'arrêt de travail provoqué par l'accident ou la maladie.</p> <p>Le contrat de travail est également suspendu pendant le délai d'attente et la durée du stage de réadaptation, de rééducation ou de formation professionnelle que doit suivre l'intéressé, conformément à l'avis de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles. Le salarié bénéficie d'une priorité en matière d'accès aux actions de formation professionnelle.</p> <p>Le contrat de travail est également suspendu pendant les périodes au cours desquelles le salarié suit les actions mentionnées à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues à cet article, en application des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 433-1 du même code.</p> <p>La durée des périodes de suspension est prise en compte pour la détermination de tous les avantages légaux ou conventionnels liés à l'ancienneté dans l'entreprise.</p>

avantages légaux ou conventionnels liés à l'ancienneté dans l'entreprise.	
---	--

ARTICLE 45 A - DOTATION AU FIQCS

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et justification de l'intervention

Créé par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 et rassemblant dans un même dispositif financier le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et la Dotation nationale de développement des réseaux (DNDR), le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) a vocation à accroître l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé.

Ses missions visent à contribuer au financement :

- du développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux ;
- des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde ;
- des actions ou des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire ;
- des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé ;
- de la mise en œuvre du dossier médical personnel et, notamment, du développement d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

Le décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 a fixé l'entrée en vigueur du FIQCS au 1^{er} juillet 2007.

La gestion du fonds est assurée au niveau national par le Conseil National de Gestion (CNG), qui définit et gère les orientations stratégiques et la dotation du FIQCS, et par le Conseil National de la Qualité et de la Coordination des Soins (CNQCS), qui délibère sur proposition du CNG²². Au niveau régional, les agences régionales de santé (ARS), depuis le 1^{er} avril 2010, assurent le secrétariat des instances du FIQCS.

Les ressources du Fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, en application de l'article L 221-1-1 du code de la sécurité sociale.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

La présente mesure a pour objet de fixer le montant de ce Fonds pour 2011.

Pour 2011, il est proposé de fixer le montant de la dotation du FIQCS à 250 M€, en légère augmentation par rapport à 2010 afin de tenir compte des nouvelles missions du FIQCS issues de la loi hôpital, patients, santé et territoires tout en continuant à lisser le fonds de roulement. Le montant du plafond de dépenses du fonds proposé est de 296 M€, compte tenu de l'utilisation du fonds de roulement disponible.

Cette proposition permet à la fois :

- de lisser les excédents issus de l'ancien fonds FAQSV (75 M€ fin 2010),
- de doter les ARS de 10 M€ de marges supplémentaires afin de mettre en place les volets ambulatoires des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), de financer les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ambulatoires ainsi que les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS).

Ce budget de 296 M€ est estimé à partir des éléments suivants :

²² Il délibère sur proposition du CNG, sur les orientations stratégiques, la part du fonds affecté au financement d'expérimentations et la dotation nationale et régionale. Il élabore le rapport d'activité annuel.

- Une dotation nationale à 66 M€ (73 M€ en 2009) comprenant :

- Le financement des projets de l'agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (ASIP), en particulier le dossier médical personnel (DMP),
- La mise en œuvre des expérimentations nationales relatives à l'organisation des soins en premier recours.
- L'accompagnement du développement des plans de santé publique.
- La rémunération des bénéficiaires du nouveau contrat d'engagement de service public prévu par la loi hôpital, patients, santé et territoire.
- Les frais de gestion et d'évaluation des politiques du FIQCS et de construction de son système d'information.

- Une dotation régionale en légère augmentation à 230 M€ (217 M€ en 2009) destinée à couvrir notamment :

- Le soutien à la mise en place, par les ARS, de l'organisation des soins de premier recours (financement de la coordination des soins dans les MSP, les centres et pôles de santé, financement d'actions prévues par les CPOM ambulatoires ou les CAQCS),
- Le besoin de financement des réseaux de santé du fait :
 - o des besoins de financement liés à l'effet report (engagements de l'année n-1 à honorer l'année n) ;
 - o des besoins de financement liés à l'impact des plans de santé publique (soins palliatifs, nutrition, addictions, cancer, gérontologie, maladies chroniques), qui prévoient tous un volet de développement des réseaux de santé.
- Le financement de l'implantation des maisons médicales de garde et de dispositifs de régulation médicale.
- le financement d'autres actions visant au maintien de l'activité et à l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure visant à fixer le montant d'une dépense à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie trouve sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du CSS.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

Sans objet car la mesure consiste en la dotation financière d'un dispositif existant qui relève de la compétence des Etats membres.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification :

S'agissant de fixer un montant annuel du Fonds, la mesure n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Le FIQCS intervient dans les quatre départements d'outre-mer ainsi qu'à Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Il ne concerne pas Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte ainsi que les autres collectivités d'Outre-mer

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organisme (s) impacté (s) (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés(en M€) <i>Coût ou moindre recette (signe -), économie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	2009 (rectificatif)	2010 P ou R*	2011	2012	2013
Régimes obligatoires de l'assurance maladie			- 250		

2. Impacts économiques,

Non

3. Impacts sociaux

Non

4. Impacts environnementaux

Non

5. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les assurés

Sans objet

b) impact sur la charge administrative

Aucun impact, la mesure est gérée avec les moyens existants.

c) impact budgétaire

Aucun impact

d) impact sur l'emploi :

Aucun impact

V Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de la mesure

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure est d'application directe. La répartition entre les régimes d'assurance maladie fait l'objet d'un arrêté rétroactif pris en année n+1 pour l'année n.

2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Les dotations du FIQCS sont gérées en régions par les Agences régionales de santé (ARS).

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un **Programme de qualité et d'efficience (PQE)** annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

Le financement des nouveaux projets et le renouvellement de financement dans le cadre du FIQCS sont très encadrés et s'effectuent sur la base d'un cahier des charges et des résultats d'audit et d'évaluation. Les réseaux de santé sont ainsi évalués tous les trois ans, conformément au décret du 2 décembre 2002, et la politique nationale d'évaluation mise en œuvre par la circulaire du 2 mars 2007.

Par ailleurs, le CNG du FIQCS du 4 juillet 2008 a renforcé la politique d'évaluation des réseaux de santé autour de 5 grands axes : coordination des soins, qualité et sécurité des soins, couverture de la population cible dans le territoire de santé, efficience médico-économique, satisfaction des patients. Les indicateurs ont été définis par un groupe d'experts composé des URCAM, des ARH, des DRSM de la CCMSA et des réseaux de santé. Ils visent, en complément de l'évaluation interne, à apprécier l'atteinte des objectifs des réseaux de santé fixés par la convention de financement. Les résultats de cette évaluation sont rapportés dans le rapport d'activité du FIQCS.

ARTICLE 45 B - DOTATION À L'ONIAM

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a créé l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM). Il est financé par une dotation de l'assurance maladie pour la mission de l'office relative à l'indemnisation des accidents médicaux et le VIH. En application du 1° de l'article L 1142-23 du code de la santé publique, cette dotation est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La présente mesure a donc pour objet d'en fixer le montant pour 2011.

Depuis sa création, les dotations de l'assurance maladie à l'office ont été de 70 M€ par an de 2002 à 2004 et de 30 M€ en 2005.

Pour les années 2006 et 2007, aucune dotation de l'assurance maladie n'est apparue nécessaire au vu des dotations déjà votées, le fonds de roulement de l'ONIAM s'établissant à 200 M€ fin 2005 et à 165 M€ fin 2006.

Pour 2008, la dotation de l'assurance maladie s'est élevée à 50 M€, le fonds de roulement de l'ONIAM s'établissant fin 2007 à 98 M€.

Pour 2009, la dotation s'est élevée à 117 M€, le fonds de roulement étant de 76 M€ fin 2008. Le résultat de l'exercice est de 48,3 M€ et le fonds de roulement au 31 décembre 2009 s'élève à 119,8 M€. Les dépenses d'indemnisation ont été moins importantes que prévu (80,3 M€ de dépenses d'indemnisations financées par l'assurance maladie alors que le budget prévoyait 132 M€). En effet, les dossiers payés par l'ONIAM sur cet exercice ont indemnisé essentiellement des taux d'incapacité faibles.

(les montants sont exprimés en M€) :

	2006	2007	2008	2009
CHARGES	50,3	82	94,8	89,2
Indemnisations financées par dotation AM (dont provisions)	45,3	76,3	88,1	80,3
PRODUITS	10,2	12,6	67,7	137,2
Dotation AM	0	0	50	117
Reprise sur amortissement	9,1	11	11	14
Résultat net	-39,9	-69,2	-27	48,3
FDR	165,4	98,2	75,9	119,8

Pour 2010, la dotation a été fixée à 70 M€. Le budget pour 2010 modifié s'élève à 132,4 M€, avec un fonds de roulement prévisionnel à 86,7 M€ (115 M€ avec les provisions).

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Compte tenu du fonds de roulement qui permet d'absorber environ une année d'indemnisations (88 M€ en 2008), il est proposé de fixer la dotation à 45 M€ qui permet de couvrir les dépenses d'indemnisation des victimes du virus de l'hépatite C VHC à la suite d'une transfusion (estimées à 35 M€ en année pleine) et un éventuel surcoût des indemnisations des dépenses d'indemnisation des accidents médicaux et du VIH

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Le 1° de la partie recettes de l'article L1142-23 du code de la santé publique prévoit que le montant de la dotation globale versée par les organismes d'assurance maladie est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Cette mesure visant à fixer le montant d'une dépense à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie trouve sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du CSS.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats-membres.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

- a) Possibilité de codification

S'agissant de fixer une dotation annuelle, la mesure n'est pas codifiée.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

- c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

L'ONIAM intervient dans les DOM, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014
Régimes d'assurance maladie		-45			

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

Sans objet

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure est d'application directe.

2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Sans objet

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Dans le cadre du rapport d'activité de l'office, figurent les délais de traitement des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, les délais moyens de présentation d'une offre par l'ONIAM, le nombre d'offres faites, l'évolution du nombre des dossiers en stock.

ARTICLE 45 C - DOTATION AU FMESPP

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) a été créé par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et les modalités de sa gestion, assurée par la Caisse des dépôts et consignations, ont été définies par le décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001.

À son origine, l'action du FMESPP était axée sur des mesures d'accompagnement social favorisant notamment la mobilité et l'adaptation des personnels dans une perspective de modernisation des établissements de santé.

Les missions du fonds ont ensuite été progressivement élargies afin de permettre un appui plus global à la restructuration et à l'efficience de l'offre de soins.

Désormais, le fonds participe au financement des dépenses de fonctionnement et d'investissement des établissements dans le cadre d'opérations de modernisation et de recomposition.

En outre, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, le fonds reverse aux établissements de santé les sommes dues au titre des dépenses évitées par l'application des accords de bonne pratique et depuis 2009, le fonds finance l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) pour la réalisation de missions de conception des modalités de financement des activités de soins des établissements de santé.

En application du V de l'article 40 de la LFSS pour 2001 : « Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale »

La présente mesure a donc pour objectif de déterminer la dotation des régimes d'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2011 qui s'élèvera à 347 710 000 €. L'augmentation de la dotation du FMESPP pour 2011 par rapport à celle de 2010 est justifiée, à la fois, par la montée en charge du plan hôpital 2012, le développement de la télémédecine et par la diminution du fonds de roulement disponible.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Chaque année, un article en LFSS vient préciser le montant de la dotation au Fonds des régimes d'assurance maladie pour l'année suivante.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

L'article 40 de la LFSS pour 2001 renvoie à une disposition annuelle en LFSS le soin de fixer la dotation FMESPP pour l'année suivante.

Cette mesure visant à fixer le montant d'une dépense à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie trouve sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du CSS.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence nationale.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit et la jurisprudence communautaires.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

- a) Possibilité de codification

Non, il s'agit d'une mesure prise annuellement, le montant de la dotation FMESPP étant évalué selon une évaluation des besoins budgétaires du Fonds pour l'année suivante.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

- c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Le FMESPP intervient dans les quatre départements d'outre-mer ainsi qu'à Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Il ne concerne pas Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte ainsi que les autres collectivités d'Outre-mer.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P	2012	2013	2014
Assurance maladie		347,71			

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

- a) impacts économiques :

Néant

- b) impacts sociaux

Néant

- c) impacts sur l'environnement :

Néant

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques:

Néant

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale :

Néant

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Néant

d) impact budgétaire :

Néant

e) impact sur l'emploi :

Néant

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Aucun texte d'application n'est à prévoir

2. Existence de mesures transitoires ?

Aucune mesure transitoire n'est à prévoir

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants:

Néant

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants:

Néant

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Le FMESPP fait l'objet d'un suivi budgétaire et comptable par la DGOS et la Caisse des dépôts et consignations.

Par ailleurs, la commission de surveillance, prévue par la LFSS de 2001 (article 40), a été réactivée et assurera un suivi spécifique des engagements et décaissements liés au FMESPP et à la bonne gestion des crédits du Fonds.

ARTICLE 45

D - DOTATION À L'EPRUS

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

La fin de la pandémie de grippe A (H1N1) a permis d'établir le bilan définitif des dépenses de l'EPRUS relatives aux produits de santé, aux dispositifs médicaux et à leurs mises en œuvre (logistique et stockage) qui sont financées à parité par l'État et l'assurance maladie. Sur la période 2007–2009, ces dépenses se sont élevées à 573,9 M€. Au sein de ces dépenses, deux opérations sont prises en charge à 100 % par l'État :

- les acquisitions de masques dits « ministériels » en 2010 pour 30,8 M€,
- les dons de vaccins à l'OMS de septembre 2009 pour 69,7 M€.

L'assiette pour établir le plafond de contribution de l'assurance maladie 2007–2009, conformément à l'article L3135-4 du code de la santé publique, est donc de 473,4 M€, le plafond en découlant est de 236,7 M€. Or, les dotations votées en LFSS 2007, 2008 et 2009 se sont élevées à 568,3 M€. Le respect de la parité implique donc une diminution des dotations assurance maladie 2007–2009 de 331,6 M€ et fait l'objet d'une disposition *ad hoc*.

En conséquence de cette mesure l'EPRUS ne bénéficiera en 2010 d'aucun report de crédit de la part de l'assurance maladie.

Les dotations 2010–2012 de l'assurance maladie doivent en conséquence couvrir l'intégralité de la programmation prévisionnelle en produits de santé de l'établissement sur cette même période.

Le montant prévisionnel des produits de santé sur 2010–2012 est estimé à 426,4 M€. Au sein de ces dépenses, deux opérations sont prises en charge à 100% par l'État :

- le reliquat d'acquisitions de masques dits « ministériels » en 2010 pour 7,7 M€,
- les nouveaux dons de vaccins à l'OMS en 2010 pour 17,5 M€.

L'assiette pour établir le plafond de contribution 2010–2012 est donc fixées à 401,2 M€. Les dotations inscrites en PLFSS pour l'EPRUS sur 2010–2012 ne devront en conséquence pas excéder 200,6 M€.

La répartition des ces 200,6 M€ sur trois ans doit coïncider avec les besoins prévisionnels de l'établissement ; les ajustements se faisant par la suite, année par année, au regard de l'évolution du contenu de la programmation et de la réalisation de celle-ci.

La fixation des dotations dont bénéficie l'EPRUS est de la compétence du législateur.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

L'établissement ne dispose pas de ressource autre que les dotations de l'État et de l'assurance maladie ainsi que des reports de crédit des années antérieures et qui seront insuffisants pour couvrir le besoin 2011.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure visant à fixer le montant d'une dépense à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie trouve sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du CSS.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par

ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. ASPECTS JURIDIQUES

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des États membres ?

La mesure est de la seule compétence des États membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'État, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Non, s'agissant de la fixation d'une dotation annuelle.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

L'EPRUS concerne les quatre départements d'outre-mer ainsi que Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Il ne concerne pas Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte ainsi que les autres collectivités d'Outre-mer.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R*	2012	2013	2014
Régimes obligatoires d'assurance maladie		- 20			

La programmation 2010–2012 de l'EPRUS en produits de santé est estimée à 426,4 M€ dont 200,6 M€ sont à la charge de l'assurance maladie. La programmation 2011 de l'EPRUS en produit de santé est estimée à 104 M€ dont 52 M€ sont à la charge de l'assurance maladie.

Cette programmation est cependant susceptible d'être révisée en cas de déclenchement de crises sanitaires conduisant à une mobilisation de l'EPRUS.

Compte tenu de la subvention pour charge de service publique 2011 de 18,8 M€ qui sera versée par l'État à l'EPRUS et des reports de crédit État et assurance maladie de 2010 sur 2011, le montant de la

participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'EPRUS est donc fixé, pour l'année 2011, à 20 M€.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques :

Aucun.

b) impacts sociaux :

Aucun.

c) impacts sur l'environnement :

Aucun.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les assurés :

Aucun.

b) impact sur les employeurs ou cotisants :

Aucun.

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Aucun impact sur la gestion des régimes obligatoires d'assurance maladie.

d) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Aucun.

e) impact budgétaire :

Aucun.

f) impact sur l'emploi :

Aucun.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de la mesure

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Aucun.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Aucun.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

Non

ARTICLE 45 E - DOTATION AUX ARS

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit un article L. 1432-6 nouveau au code de la santé publique, qui dispose que les contributions des régimes d'assurance maladie aux agences régionales de santé sont déterminées annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Il s'agit de l'application du dispositif prévu par l'article 118 de la loi HPST, qui doit permettre de contribuer à assurer un financement des ARS au titre de l'exercice 2011.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

L'article 118 de la loi HPST dispose que les contributions des régimes d'assurance maladie aux agences régionales de santé sont déterminées annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale.

Cette mesure visant à fixer le montant d'une dépense à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie trouve sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du CSS.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

- a) Possibilité de codification

Non, s'agissant d'une disposition annuelle

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure concerne le périmètre d'implantation des ARS, soit la métropole, les quatre DOM et Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Celui-ci ne couvre pas Saint-Pierre-et-Miquelon, Mayotte, et les autres collectivités d'outre-mer.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Aucun au plan comptable, s'agissant de transferts de charges existantes des régimes d'assurance maladie vers les agences régionales de santé.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014
Assurance maladie		-151			

* **P** pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Absence d'impact

b) impacts sociaux

Absence d'impact

c) impacts sur l'environnement

Absence d'impact

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Absence d'impact

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Absence d'impact

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Absence d'impact

d) impact budgétaire

Absence d'impact

e) impact sur l'emploi : effectifs ETP à mobiliser, formation à assurer, compatibilité avec les moyens fixés par la COG (nouvelle allocation des moyens ou recrutement – temporaires ou permanents – nécessaires..)

Absence d'impact

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure nécessite la prise d'un arrêté.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Sans objet

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

En termes d'efficacité, évolution des budgets de gestion conforme aux objectifs assignés à l'ensemble des opérateurs de services publics.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article
	<p>I. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins est fixé à 250 millions d'euros pour l'année 2011. Le montant maximal des dépenses de ce fonds est fixé à 296 millions d'euros pour l'année 2011.</p> <p>II. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 347,71 millions d'euros pour l'année 2011.</p> <p>III. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 20 millions d'euros pour l'année 2011.</p> <p>IV. - Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales est fixé à 45 millions d'euros pour l'année 2011.</p> <p>V. - Le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé est fixé à 151 millions d'euros au titre de leur budget de gestion et à 40 millions d'euros au titre de leurs actions de prévention pour l'année 2011, selon une répartition entre les régimes fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.</p>

ARTICLE 49

PRESCRIPTION DES ACTIONS EN INDEMNISATION DEVANT LE FIVA

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 relatif au Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA) ne précise pas les règles de prescription applicables aux actions en indemnisation menées par les victimes devant le FIVA. En l'absence de dispositions législatives spécifiques, le conseil d'administration du fonds a précisé²³ d'une part que la prescription quadriennale des créances publiques s'appliquait aux actions en indemnisation devant le fonds et d'autre part, que le point de départ de cette prescription était entendu de façon différente selon les pathologies indemnisées : le certificat médical initial pour les plaques pleurales, les épaississements pleuraux et l'asbestose et cinq ans après le certificat médical initial pour les cancers en l'absence de constat d'aggravation. En pratique, le fonds retient le document médical qui fait le lien entre la pathologie et l'exposition à l'amiante.

Or, dans une série d'arrêts rendus les 3 juin et 8 juillet 2010, la Cour de cassation considère que « la prescription quadriennale applicable à la demande d'indemnisation ne peut commencer à courir tant que la consolidation du dommage n'a pas été constatée ». Ainsi, il a remis en cause la pratique actuelle du FIVA.

La position retenue par la Cour de cassation pose un certain nombre de difficultés. En particulier elle conduirait le fonds à traiter de manière différente les victimes de maladies professionnelles et les victimes environnementales dans la mesure où le document retenu pour constater la consolidation ne pourra pas être le même : pour les victimes environnementales, la constatation de la consolidation devrait être réalisée par un médecin désigné par le FIVA alors que la constatation de la consolidation réalisée par la caisse de sécurité sociale pourrait être utilisée pour les victimes reconnues en maladie professionnelle. Or, la constatation de la consolidation organisée par le FIVA interviendra nécessairement après le dépôt de la demande de la victime environnementale, ce qui rendra cette demande imprescriptible dans les faits.

Dans ce contexte, il est proposé d'introduire une disposition à l'article 53 indiquant très précisément les règles de prescription applicables au FIVA.

Par ailleurs, afin que les nouvelles règles bénéficient à l'ensemble des victimes et d'éviter le développement de contentieux préjudiciables au bon fonctionnement du fonds, il est proposé de rendre ces dispositions d'application immédiate et de permettre aux victimes dont la demande avait été rejetée pour prescription par le FIVA (aujourd'hui le FIVA a déclaré prescrits 630 dossiers) de déposer une nouvelle demande dans le délai de trois ans à compter de la publication de la présente loi.

Enfin, lorsque la victime a accepté une offre du FIVA, ce dernier est subrogé dans les droits de la victime et engage alors une procédure en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur (FIE) devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS). Si le TASS reconnaît la FIE, il accorde à la victime notamment une rente majorée en application de l'article L 452-2 du code de la sécurité sociale. Le deuxième alinéa du IV de l'article 53 oblige alors le FIVA à verser la différence à la victime afin que cette dernière soit indemnisée de la même façon que si elle avait choisit de mener elle-même cette procédure contentieuse plutôt que de se diriger vers l'indemnisation amiable versée par le FIVA. Or, la rédaction de cet article est peu claire et conduit à des difficultés d'interprétation. Il convient donc de réécrire cette mesure, en la déplaçant au VI de l'article 53, afin de préciser les conséquences pour la victime de l'action en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur à laquelle le FIVA est partie.

2. Présentation de la mesure retenue

²³ Décision du conseil d'administration du FIVA du 17 juin 2003.

La mesure proposée conduit à instaurer un régime de prescription spécifique pour le FIVA visant d'une part à instituer un point de départ identique pour toutes les victimes et d'autre part à retenir une durée de prescription égale à 10 ans. En cas d'aggravation, la victime disposera d'un nouveau délai de dix ans à compter du constat de l'aggravation pour faire valoir ses droits.

Ce délai de dix ans correspond au vœu de la majorité des organisations syndicales et des associations de victimes et permettra de limiter le nombre de contentieux relatif à la prescription compte tenu du fait que les victimes qui ont choisi une voie contentieuse ne seront plus prescrites pour demander un règlement amiable en cas de non reconnaissance de la FIE. Cela conduira cependant également à permettre aux victimes de multiplier les procédures afin d'obtenir une indemnisation alors même que la création du FIVA répondait à la volonté de créer une voie amiable plus rapide pour les victimes sans nécessité de recourir à un avocat.

Par ailleurs, la disposition fixe le point de départ de la prescription à la date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante afin de conserver le même point de départ de la prescription pour les victimes environnementales et les victimes d'une maladie professionnelle.

En outre, afin que les nouvelles règles bénéficient à l'ensemble des victimes et d'éviter le développement de contentieux préjudiciables au bon fonctionnement du fonds, ces dispositions seront d'application immédiate en tenant compte de la date d'établissement du certificat médical, les certificats médicaux établis avant le 1^{er} janvier 2004 étant réputés l'avoir été à cette date, et permet aux victimes dont la demande avait été rejetée pour prescription par le FIVA de déposer une nouvelle demande dans le délai de trois ans à compter de la publication de la présente loi.

Enfin, le VI de l'article 53 est complété pour préciser les conséquences pour la victime de l'action en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur à laquelle le FIVA est partie, qui étaient peu claires dans la formulation actuelle du IV.

En outre, il convient de préciser qu'une réforme de la gouvernance du FIVA aura lieu en 2011.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure nécessite une disposition législative pour modifier l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Elle conduit à accroître les dépenses d'indemnisation du FIVA lequel est financé par une dotation de la branche accidents du travail et maladie professionnelles du régime général, pour un montant estimé à 25 M€ en 2011 et à 30 M€ en 2012 (2^o du C du V de l'article LO 111-3 du CSS).

Elle est appelée à figurer dans la partie 4 de la loi de financement du code de la sécurité sociale.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à

la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit communautaire et la jurisprudence de la CEDH.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure modifie un article de loi non codifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Le FIVA intervient dans les quatre départements d'outre-mer, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. .

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)		Economie ou recette supplémentaire (signe +)		
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014
FIVA		-25 (1)	-30	-5(2)	-5

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

(1) Ce coût correspond à l'indemnisation des demandes déclarées prescrites à ce jour par le fonds (630 demandes) pour lesquelles les victimes pourraient déposer une nouvelle demande en application de la disposition ouvrant un nouveau droit aux victimes non indemnisées par le fonds dont le certificat médical initial est antérieur à la présente loi et des demandes en attente (350 dossiers). Le coût total estimé à 55M€ est lissé sur deux ans.

(2) En flux l'hypothèse est de considérer qu'il y aurait eu 100 dossiers prescrites par an.

Cette disposition permet également aux victimes qui n'ont pas déposé de demande de le faire. Le surcoût engendré n'est pas déterminable.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux

La clarification des règles de prescription des actions en indemnisation dans la loi assure une plus grande transparence et une sécurité juridique renforcée des décisions du fonds.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées :

a) impact sur les personnes physiques

La mesure est favorable aux victimes de l'amiante, elle allonge la durée de prescription actuelle de 4 ans à 10 ans et permet aux victimes prescrites de déposer une demande dans le délai de trois ans à compter de la publication de la présente loi.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

La mesure est gérée par le FIVA.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Le FIVA va devoir faire face à un nombre de demandes supplémentaires mais sa nouvelle organisation et la mise en place de son nouveau système d'information devrait lui permettre de les traiter.

d) impact budgétaire

Sans objet

e) impact sur l'emploi :

Aucun. La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure est d'application directe.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

La mesure sera mise en œuvre dès le début de 2011.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information sera faite sur le site du FIVA et dans tous les éléments de communication du FIVA aux victimes et aux associations.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article (actuel)	Article (modifié)
<p>Article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 modifié</p> <p>I. - Peuvent obtenir la réparation intégrale de leurs préjudices :</p> <p>1° Les personnes qui ont obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité ;</p> <p>2° Les personnes qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire de la République française ;</p> <p>3° Les ayants droit des personnes visées aux 1° et 2°.</p> <p>II. - Il est créé, sous le nom de "Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante", un établissement public national à caractère administratif, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.</p> <p>Cet établissement a pour mission de réparer les préjudices définis au I du présent article.</p> <p>Il est administré par un conseil d'administration composé de représentants de l'Etat, des organisations siégeant à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des associations nationales d'aide aux victimes de l'amiante et de personnalités qualifiées. Il est présidé par un magistrat.</p> <p>Il emploie des agents régis par les titres II, III ou IV du statut général des fonctionnaires en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition. Il emploie également des agents contractuels de droit public avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Il peut également faire appel à des agents contractuels de droit privé pour occuper des fonctions exigeant une qualification particulière dans le domaine de l'indemnisation des préjudices ou des maladies professionnelles. Les agents contractuels employés par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante sont tenus au secret et à la discrétion professionnels dans les mêmes</p>	<p>Article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 modifié</p> <p>I. - Peuvent obtenir la réparation intégrale de leurs préjudices :</p> <p>1° Les personnes qui ont obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité ;</p> <p>2° Les personnes qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire de la République française ;</p> <p>3° Les ayants droit des personnes visées aux 1° et 2°.</p> <p>II. - Il est créé, sous le nom de "Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante", un établissement public national à caractère administratif, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.</p> <p>Cet établissement a pour mission de réparer les préjudices définis au I du présent article.</p> <p>Il est administré par un conseil d'administration composé de représentants de l'Etat, des organisations siégeant à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des associations nationales d'aide aux victimes de l'amiante et de personnalités qualifiées. Il est présidé par un magistrat.</p> <p>Il emploie des agents régis par les titres II, III ou IV du statut général des fonctionnaires en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition. Il emploie également des agents contractuels de droit public avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Il peut également faire appel à des agents contractuels de droit privé pour occuper des fonctions exigeant une qualification particulière dans le domaine de l'indemnisation des préjudices ou des maladies professionnelles. Les agents contractuels employés par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante sont tenus au secret et à la discrétion professionnels dans les mêmes</p>

<p>conditions que celles qui sont définies à l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.</p> <p>III. - Le demandeur justifie de l'exposition à l'amiante et de l'atteinte à l'état de santé de la victime.</p> <p>Le demandeur informe le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis au I éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, il informe le juge de la saisine du fonds.</p> <p>Si la maladie est susceptible d'avoir une origine professionnelle et en l'absence de déclaration préalable par la victime, le fonds transmet sans délai le dossier à l'organisme concerné au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle. Elle suspend le délai prévu au IV du présent article jusqu'à ce que l'organisme concerné communique au fonds les décisions prises. En tout état de cause, l'organisme saisi dispose pour prendre sa décision d'un délai de trois mois, renouvelable une fois si une enquête complémentaire est nécessaire. Faute de décision prise par l'organisme concerné dans ce délai, le fonds statue dans un délai de trois mois.</p> <p>Le fonds examine si les conditions de l'indemnisation sont réunies : il recherche les circonstances de l'exposition à l'amiante et ses conséquences sur l'état de santé de la victime ; il procède ou fait procéder à toute investigation et expertise utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou industriel. Vaut justification de l'exposition à l'amiante la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, ainsi que le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail et de la sécurité sociale.</p> <p>Dans les cas valant justification de l'exposition à l'amiante visés à l'alinéa précédent, le fonds peut verser une provision si la demande lui en a été faite, il est statué dans le délai d'un mois à compter de la demande de provision.</p> <p>Le fonds peut requérir de tout service de l'Etat, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs</p>	<p>conditions que celles qui sont définies à l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.</p> <p>III. - Le demandeur justifie de l'exposition à l'amiante et de l'atteinte à l'état de santé de la victime.</p> <p>Le demandeur informe le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis au I éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, il informe le juge de la saisine du fonds.</p> <p>Si la maladie est susceptible d'avoir une origine professionnelle et en l'absence de déclaration préalable par la victime, le fonds transmet sans délai le dossier à l'organisme concerné au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle. Elle suspend le délai prévu au IV du présent article jusqu'à ce que l'organisme concerné communique au fonds les décisions prises. En tout état de cause, l'organisme saisi dispose pour prendre sa décision d'un délai de trois mois, renouvelable une fois si une enquête complémentaire est nécessaire. Faute de décision prise par l'organisme concerné dans ce délai, le fonds statue dans un délai de trois mois.</p> <p>Le fonds examine si les conditions de l'indemnisation sont réunies : il recherche les circonstances de l'exposition à l'amiante et ses conséquences sur l'état de santé de la victime ; il procède ou fait procéder à toute investigation et expertise utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou industriel. Vaut justification de l'exposition à l'amiante la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, ainsi que le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail et de la sécurité sociale.</p> <p>Dans les cas valant justification de l'exposition à l'amiante visés à l'alinéa précédent, le fonds peut verser une provision si la demande lui en a été faite, il est statué dans le délai d'un mois à compter de la demande de provision.</p> <p>Le fonds peut requérir de tout service de l'Etat, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs</p>
--	--

juridictionnelles devenues définitives allouant une indemnisation intégrale pour les conséquences de l'exposition à l'amiante.

V. - Le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné au premier alinéa du IV ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite.

Cette action est intentée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.

Celui-ci a la possibilité de se faire assister ou représenter par son conjoint, un ascendant ou un descendant en ligne directe, un avocat ou un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives.

VI. - Le fonds est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes ou organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes.

Le fonds intervient devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, notamment dans les actions en faute inexcusable, et devant les juridictions de jugement en matière répressive, même pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices ; il intervient à titre principal et peut user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi.

Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.

VII. - Le fonds est financé par une contribution de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi de finances, et par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, sur la base d'un rapport d'activité du fonds établi par son conseil d'administration et transmis au

juridictionnelles devenues définitives allouant une indemnisation intégrale pour les conséquences de l'exposition à l'amiante.

V. - Le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné au premier alinéa du IV ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite.

Cette action est intentée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.

Celui-ci a la possibilité de se faire assister ou représenter par son conjoint, un ascendant ou un descendant en ligne directe, un avocat ou un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives.

VI. - Le fonds est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes ou organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes.

Le fonds intervient devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, notamment dans les actions en faute inexcusable, et devant les juridictions de jugement en matière répressive, même pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices ; il intervient à titre principal et peut user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi.

Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.

La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, à l'occasion de l'action à laquelle le fonds est partie, ouvre droit à la majoration des indemnités versées à la victime ou à ses ayants droit en application de la législation de sécurité sociale. L'indemnisation à la charge du fonds est alors révisée en conséquence.

VII. - Le fonds est financé par une contribution de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi de finances, et par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, sur la base d'un rapport d'activité du fonds établi par son conseil d'administration et transmis au

<p>Parlement et au Gouvernement chaque année avant le 1er juillet.</p> <p>VIII. - Paragraphe modificateur.</p> <p>Les dispositions de l'alinéa précédent ne remettent pas en cause la compétence juridictionnelle pour connaître, en appel ou en cassation, des décisions rendues avant la date de publication du décret mentionné au X du présent article par les commissions instituées par l'article 706-4 du code de procédure pénale.</p> <p>IX. - Les demandes d'indemnisation des préjudices causés par l'exposition à l'amiante en cours d'instruction devant les commissions instituées par l'article 706-4 du code de procédure pénale à la date de publication du décret mentionné au X sont transmises au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. Les provisions allouées en application du dernier alinéa de l'article 706-6 du code de procédure pénale sont remboursées par le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante au fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions.</p> <p>X. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Le délai fixé au IV est porté à neuf mois pendant l'année qui suit la publication du décret mentionné à l'alinéa précédent.</p> <p>XI. - Le fonds peut gérer, pour le compte de la Nouvelle-Calédonie, un dispositif d'indemnisation des victimes de l'amiante défini par cette collectivité dans le cadre de ses compétences, dans des conditions fixées par une convention conclue entre le fonds et la Nouvelle-Calédonie.</p>	<p>Parlement et au Gouvernement chaque année avant le 1er juillet.</p> <p>VIII. - Paragraphe modificateur.</p> <p>Les dispositions de l'alinéa précédent ne remettent pas en cause la compétence juridictionnelle pour connaître, en appel ou en cassation, des décisions rendues avant la date de publication du décret mentionné au X du présent article par les commissions instituées par l'article 706-4 du code de procédure pénale.</p> <p>IX. - Les demandes d'indemnisation des préjudices causés par l'exposition à l'amiante en cours d'instruction devant les commissions instituées par l'article 706-4 du code de procédure pénale à la date de publication du décret mentionné au X sont transmises au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. Les provisions allouées en application du dernier alinéa de l'article 706-6 du code de procédure pénale sont remboursées par le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante au fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions.</p> <p>X. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Le délai fixé au IV est porté à neuf mois pendant l'année qui suit la publication du décret mentionné à l'alinéa précédent.</p> <p>XI. - Le fonds peut gérer, pour le compte de la Nouvelle-Calédonie, un dispositif d'indemnisation des victimes de l'amiante défini par cette collectivité dans le cadre de ses compétences, dans des conditions fixées par une convention conclue entre le fonds et la Nouvelle-Calédonie.</p>
---	---

ARTICLE 50

AIDES FINANCIÈRES SIMPLIFIÉES POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DANS LES TRÈS PETITES ENTREPRISES AGRICOLES

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'article 74 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, complète l'article L. 422-5 du code de la sécurité sociale et crée un nouveau dispositif d'aides financières en faveur des entreprises du régime général qui, dans des conditions définies par arrêté, pourront se voir accorder des subventions dès lors qu'elles sont éligibles aux programmes de prévention définis par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou les caisses locales.

La mesure envisagée pour les entreprises agricoles consiste à les faire bénéficier d'une subvention dans les conditions définies par arrêté et éligibles au programme de prévention défini par la Caisse centrale de la mutualité agricole après avis des comités techniques de prévention ; programme qui précisera les risques professionnels et les catégories d'entreprises éligibles, ainsi que les montants financiers susceptibles d'être alloués.

Cette mesure a été débattue par les partenaires sociaux agricoles signataires de l'accord national sur les conditions de travail en agriculture du 23 décembre 2008, qui ont entendu encadrer par le seul niveau national les conditions d'éligibilité des entreprises et en simplifier l'accès.

C'est dans ce contexte que la modification de l'article L. 751-49 du code rural et de la pêche maritime est rendue nécessaire.

Il est également envisagé de rendre les majorations de cotisation réellement plus dissuasives, comme pour le régime général dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, en renforçant le dispositif d'incitation financière par des mesures d'injonction plus efficaces.

Une majoration de la cotisation sera également due par un établissement d'une entreprise sans lui adresser une injonction préalable dès lors qu'une situation de risque exceptionnel aura déjà fait l'objet d'injonctions à cet établissement ou à un autre établissement de l'entreprise. Les situations de risque exceptionnel seront définies par arrêté.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Afin d'élaborer le protocole de mise en œuvre de ce nouveau dispositif et de son évaluation, les partenaires sociaux ont décidé la mise place d'une phase expérimentale dès le début du second semestre 2010. Celle-ci permettra de valider un certain nombre d'options destiné à l'encadrer en 2011 et à conforter son financement.

Il s'agira, à travers l'expérimentation menée par une dizaine de caisses de MSA locales volontaires, sur proposition de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, de valider les risques professionnels prioritaires par secteurs professionnels et les entreprises éligibles, notamment le seuil de l'effectif salarié des TPE. Cette phase peut être menée actuellement conformément à l'article R. 751-155 du code rural et de la pêche maritime.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure impacte les dépenses du fonds national de prévention des risques professionnels du régime des accidents du travail des salariés agricoles pour un montant estimé à 1,2 M€ par an (2° du C du V de l'article LO 111-3 du CSS).

Elle prend donc place dans la partie mesure de dépenses de la loi de financement de la sécurité sociale (article L0.111-3 I D du code de la sécurité sociale).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la compétence des Etats membres

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

- a) Possibilité de codification :

La mesure nécessite la modification des articles L. 751-21 et L. 751-49 du code rural et de la pêche maritime.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes :

Non.

- c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer :

Le champ de compétence du régime d'accidents du travail des salariés agricoles ne s'étend pas aux DOM, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, les salariés agricoles des DOM relevant de la branche AT gérée par les Caisses générales de sécurité sociale (CGSS), ainsi que dans les autres collectivités d'outre-mer.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Non
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Non
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Le coût de cette mesure est estimé à au moins 1,2 M€ par an à partir de 2011.

Ce coût est basé sur les estimations fournies par la CCMSA, dont l'hypothèse médiane de travail proposée aux partenaires sociaux prévoit que 50 % des ressources totales du fonds d'avances (recettes = 2,4 M€) soient affectées aux AFS et les autres 50 % des ressources restent affectés aux contrats de prévention dans le cadre des conventions nationale d'objectifs de prévention.

Cette mesure aura pour effet d'obliger l'employeur à prendre les mesures de prévention et entraînera une diminution des sinistres

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014
Branche AT/MP régime des salariés agricoles		- 1,2	- 1,2	- 1,2	- 1,2

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) Impacts économiques.

La mesure permettra d'améliorer les conditions de travail des salariés des très petites entreprises agricoles qui n'envisagent pas d'investir dans la prévention des risques professionnels. Un retour économique est attendu directement lié à la fidélisation de la main-d'œuvre et à l'augmentation de la productivité.

b) Impacts sociaux : sur l'emploi, la santé, l'inclusion sociale.

La mesure permet d'améliorer l'image des métiers exercés en agriculture en luttant contre les risques professionnels de ce secteur, facteurs de pénibilité au travail et de mieux faire prendre en compte la préservation de la santé au travail de ces salariés par leurs employeurs.

c) Impacts sur l'environnement.

La mesure pourra avoir un impact indirect sur l'environnement, notamment par la prévention du risque chimique lié à l'utilisation des pesticides, le premier principe général de prévention étant de substituer les produits les plus dangereux par des produits moins dangereux.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) Impact sur les assurés :

Les entreprises éligibles à ces mesures n'auront qu'une démarche de signature d'un engagement avec la Caisse de MSA qui versera l'aide sur facture acquittée.

b) Impact sur les employeurs ou cotisants.

L'impact dissuasif de la cotisation supplémentaire devrait permettre de mieux faire prendre en compte l'amélioration des conditions de travail dans les investissements productifs.

Les employeurs pourront bénéficier d'un accompagnement dans la démarche d'évaluation des risques professionnels de leur entreprise devant aboutir à l'élaboration et à la mise à jour du document unique d'évaluation des risques.

c) Impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

La mesure nécessitera la mise en œuvre d'un accompagnement en prévention des risques professionnels, auprès des assurés concernés, par les conseillers en prévention des caisses de MSA, qui procéderont à l'instruction du dossier et disposeront des outils élaborés au niveau national. Les caisses disposent des moyens humains suffisants pour faire face à cette tâche supplémentaire.

Les comités techniques paritaires seront étroitement associés à la mise en œuvre de ces politiques incitatives conformément aux articles R. 751-159 et R. 751-160 du code rural.

d) Impact sur la charge administrative.

Le GIE AGORA qui assure la maîtrise d'ouvrage de l'informatique de la MSA est à même d'assurer la mise en œuvre de la mesure sans surcoût.

e) Impact budgétaire : coût de la mise en œuvre, compatibilité avec les moyens fixés par la COG (autofinancement ou rallonge nécessaire)

La mesure est sans impact budgétaire supplémentaire pour la Mutualité sociale agricole. Elle n'aboutira pas à la mobilisation de main d'œuvre supplémentaire pour le traitement des dossiers.

f) Impact sur l'emploi.

Cf. ci-dessus.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Cette mesure nécessite l'adoption d'un arrêté ministériel, complétant l'arrêté du 15 juillet 1974.

2. Existence de mesures transitoires ?

Une mesure d'expérimentation transitoire est envisagée au cours du second semestre 2010.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants.

La mesure devrait être mise en œuvre dès janvier 2011.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants.

L'information des assurés sera effectuée par les Caisses de Mutualité Sociale Agricole (CMSA) en lien avec les organisations patronales signataires de l'accord sur les conditions de travail en agriculture qui se mobilisent fortement sur ce dispositif.

5. Suivi de la mise en œuvre.

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure est prévue par la consultation de la commission nationale de prévention qui se réunit tous les ans, en fin d'année et donne son avis, conformément à l'article R. 751-154 du code rural et de la pêche maritime, au programme et au budget annuel de prévention des risques professionnels des salariés agricoles.

L'accord national cité ci-dessus prévoit également la mise en place d'une commission paritaire qui a été effectivement installée et veille à la bonne application des propositions formulées dans son accord collectif.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.751-21 du code rural et de la pêche maritime (actuel)	Article L.751-21 du code rural et de la pêche maritime (modifié)
<p>Les caisses de mutualité sociale agricole peuvent accorder des ristournes sur la cotisation ou imposer des cotisations supplémentaires dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de l'agriculture, pour tenir compte selon le cas :</p> <p>1° Soit des mesures de prévention ou de soins prises par l'employeur ;</p> <p>2° Soit des risques exceptionnels présentés par l'exploitation révélés notamment par une infraction constatée en application de l'article L. 611-10 du code du travail ou résultant de l'inobservation des mesures individuelles ou collectives de prévention décidées par application de l'article L. 751-48.</p> <p>Pour l'imposition d'une cotisation supplémentaire, en dehors du cas d'infraction constatée en application de l'article L. 611-10 du code du travail, l'envoi d'une injonction préalable n'est pas exigé en ce qui concerne les dispositions générales de prévention ayant fait l'objet d'un arrêté d'extension du ministre chargé de l'agriculture et les mesures particulières de prévention rendues obligatoires par arrêté du ministre chargé de l'agriculture pour tous les employeurs d'un secteur professionnel déterminé, à moins que ces arrêtés n'en aient disposé autrement.</p> <p>Il en est de même pour l'imposition d'une cotisation supplémentaire plus élevée en cas de récidive dans un délai de trois ans ou en cas de persistance, après l'expiration du délai fixé, de la situation ayant donné lieu à l'imposition d'une cotisation supplémentaire.</p> <p>La cotisation supplémentaire est due à partir de la date à laquelle ont été constatés les risques exceptionnels.</p> <p>Les décisions des caisses sont susceptibles de recours devant la cour nationale mentionnée à l'article L. 751-16.</p> <p>En cas de carence de la caisse, l'autorité administrative peut statuer, sauf recours devant ladite cour.</p>	<p>Les caisses de mutualité sociale agricole peuvent accorder des ristournes sur la cotisation ou imposer des cotisations supplémentaires dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de l'agriculture, pour tenir compte selon le cas :</p> <p>1° Soit des mesures de prévention ou de soins prises par l'employeur ;</p> <p>2° Soit des risques exceptionnels présentés par l'exploitation révélés notamment par une infraction constatée en application de l'article L. 611-10 du code du travail ou résultant de l'inobservation des mesures individuelles ou collectives de prévention décidées par application de l'article L. 751-48.</p> <p>Pour l'imposition d'une cotisation supplémentaire, en dehors du cas d'infraction constatée en application de l'article L. 611-10 du code du travail, l'envoi d'une injonction préalable n'est pas exigé en ce qui concerne les dispositions générales de prévention ayant fait l'objet d'un arrêté d'extension du ministre chargé de l'agriculture et les mesures particulières de prévention rendues obligatoires par arrêté du ministre chargé de l'agriculture pour tous les employeurs d'un secteur professionnel déterminé, à moins que ces arrêtés n'en aient disposé autrement.</p> <p>Il en est de même pour l'imposition découlant d'une répétition dans un établissement dans un délai déterminé de certaines situations particulièrement graves de risque exceptionnel définies par arrêté et qui ont donné lieu à une première injonction à cet établissement.</p> <p>Il en est de même pour l'imposition d'une cotisation supplémentaire plus élevée en cas de récidive dans un délai de trois ans ou en cas de persistance, après l'expiration du délai fixé, de la situation ayant donné lieu à l'imposition d'une cotisation supplémentaire.</p> <p>La cotisation supplémentaire est due à partir de la date à laquelle ont été constatés les risques exceptionnels. Le taux de la cotisation supplémentaire, la durée pendant laquelle elle est due et son montant forfaitaire minimal sont fixés par arrêté.</p> <p>Les décisions des caisses sont susceptibles de</p>

	<p>recours devant la cour nationale mentionnée à l'article L. 751-16.</p> <p>En cas de carence de la caisse, l'autorité administrative peut statuer, sauf recours devant ladite cour.</p>
<p>Article L.751-49 du code rural et de la pêche maritime (actuel)</p> <p>Dans une limite fixée par voie réglementaire, des avances peuvent être accordées par les caisses de mutualité sociale agricole aux employeurs qui souscrivent aux conditions de la convention d'objectifs, préalablement approuvée par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole et fixant un programme d'actions de prévention spécifique à leur branche d'activité. Ces avances pourront être acquises aux employeurs dans les conditions prévues par la convention.</p>	<p>Article L.751-49 du code rural et de la pêche maritime (modifié)</p> <p>Dans une limite fixée par voie réglementaire, des avances peuvent être accordées par les caisses de mutualité sociale agricole aux employeurs qui souscrivent aux conditions de la convention d'objectifs, préalablement approuvée par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole et fixant un programme d'actions de prévention spécifique à leur branche d'activité. Ces avances pourront être acquises aux employeurs dans les conditions prévues par la convention.</p> <p>Les caisses mentionnées au premier alinéa peuvent également accorder, dans des conditions fixées par arrêté, des subventions aux entreprises éligibles dans le cadre de programmes de prévention nationaux définis par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole après avis des comités techniques nationaux. Ces programmes précisent les risques et les catégories d'entreprises éligibles ainsi que les montants financiers susceptibles d'être alloués.</p>

ARTICLE 51

MONTANT DU VERSEMENT ANNUEL DE LA BRANCHE AT-MP À LA BRANCHE MALADIE

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

La sous-déclaration des accidents du travail et surtout des maladies professionnelles se traduit *in fine* par une charge induite pesant sur la branche assurance maladie, maternité, invalidité, décès du régime général de la sécurité sociale. Des soins réalisés en ville ou à l'hôpital lui sont indûment imputés ; elle peut, par exemple, être amenée à verser une pension d'invalidité à la suite d'une incapacité de travail d'origine professionnelle qui devrait normalement être réparée par une rente « accident du travail - maladie professionnelle ».

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, l'article L.176-1 du code de la sécurité sociale prévoit que la branche accidents du travail et maladies professionnelles compense cette charge par un versement annuel.

Parallèlement, des efforts importants sont entrepris pour réduire la sous déclaration : réforme des procédures, amélioration de la qualité du service des caisses, information des praticiens sur les pathologies professionnelles.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Cette mesure vise à compenser le coût résultant pour la branche assurance maladie maternité, invalidité, décès de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Cinq commissions se sont attachées à l'estimation du montant annuel des dépenses résultant de cette sous-déclaration : celle présidée par M. DENIEL en 1997, celles présidées par Mme LEVY ROSENWALD en 1999 et 2002 et celles présidées en 2005 et en 2008 par M. DIRICQ.

Cette dernière commission a conclu dans son rapport à une fourchette évaluée entre 565 M€ et 1015 M€. En conséquence, le versement par la branche AT-MP à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration de ces accidents et maladies a été fixé en 2009 et 2010 à 710 M€ (contre 410 M€ en 2008).

Dans l'attente du rapport de la prochaine commission qui sera remis en 2011 et en l'absence d'élément nouveau, il est proposé de maintenir ce versement à un niveau identique en 2011.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure de dépense prend place dans la loi de financement de la sécurité sociale en application de l'article LO. 111-3 V C. du code de la sécurité sociale.

A noter que l'article L.176-2 de ce même code prévoit que le montant du versement annuel de la branche accidents du travail et maladies professionnelles est fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

Sans objet car la mesure consiste en un versement annuel prévu par une mesure préexistante.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

S'agissant de fixer le montant d'un versement annuel, la mesure n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Le régime général de la sécurité sociale couvre les quatre départements d'outre-mer, Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. Il ne concerne pas les autres collectivités d'outre-mer.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organisme (s) impacté (s) (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) Coût ou moindre recette (signe -), Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010	2011	2012	2013	2014
Régime général, Branche AT-MP		- 710			
Régime général, Branche maladie		+ 710			

* **P** pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Sans objet.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Sans objet.

d) impact budgétaire

Sans objet.

e) impact sur l'emploi :

Sans objet.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Cette mesure est d'application immédiate.

2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Sans objet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

La mesure n'est pas couverte par le programme de qualité et d'efficacité Accidents du Travail-Maladies professionnelles.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Sans objet

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article
	Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 710 millions d'euros pour l'année 2011.

ARTICLE 52 A - DOTATION AU FCAATA

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante a été créé par l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 1999. Il s'adresse aux salariés du régime général ou du régime agricole atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante, aux salariés du régime général ayant travaillé dans certains établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flocage ou de calorifugeage à l'amiante, dans certains chantiers de construction et de réparation navale et dans certains ports, listés par arrêtés.

Il est essentiellement financé par une contribution de la branche accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP) du régime général de la sécurité sociale fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, en application de la LFSS pour 1999 précitée, et d'une fraction du produit des droits de consommation sur le tabac.

Au 31 décembre 2009, 32 840 personnes bénéficiaient du dispositif. Les sorties du dispositif pour cause de départ à la retraite ont légèrement reculé en 2009 (de 20,3 % en 2008 à 17,9 % en 2009) mais devraient progresser à nouveau dès 2010. 33 055 départs en retraite cumulés depuis 1999 ont été comptabilisés en mai 2010.

Les charges supportées par le Fonds devraient rester stables en 2010. Les dépenses devraient ainsi atteindre 925 M€ en 2010, contre 926 M€ en 2009.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Compte tenu des autres ressources dont dispose le Fonds (31 M€ de droits sur les tabacs estimés pour 2011), il est proposé de fixer la dotation pour l'année 2011 à 880 M€ pour le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

Cette dotation devrait permettre le retour à l'équilibre du Fonds en 2011, un résultat négatif d'environ 14 M€ étant prévu pour 2010 et une légère décroissance des charges étant attendue en 2011. Elle est calculée à réglementation constante.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

L'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de LFSS pour 1999 prévoit pour le financement du FCAATA « une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ».

Cette dotation, qui représente une dépense substantielle pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, fixée à 880 M€, trouve sa place en loi de financement (1° du C du V de l'article LO 111-3 du CSS).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Elle relève de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a. Possibilité de codification

S'agissant de fixer une dotation annuelle, la mesure n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Le FCAATA intervient dans les quatre départements d'outre-mer (DOM), à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. Il n'intervient pas dans les autres collectivités d'outre-mer (COM).

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organisme (s) impacté (s) (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) <i>Coût ou moindre recette (signe -), Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	2010	2011 P ou R*	2012	2013	2014
Régime général, Branche AT-MP		-880			

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Sans objet.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Sans objet.

d) impact budgétaire

Sans objet.

e) impact sur l'emploi :

Sans objet.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Cette mesure est d'application immédiate.

2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Sans objet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

La mesure est couverte par le programme de qualité et d'efficience Accidents du Travail-Maladies professionnelles et a un impact direct sur l'indicateur n°9 : part des contributions de la branche AT-MP consacrée à l'indemnisation des victimes de l'amiante.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

Sans objet.

ARTICLE 52 B - DOTATION AU FIVA

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), créé par l'article 53 de la LFSS pour 2001, est financé par une contribution de la branche AT/MP et par une contribution de l'Etat. La contribution de la branche AT/MP est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale sur la base d'un rapport du conseil d'administration du fonds, transmis au Parlement et au Gouvernement au plus tard le 1er juillet.

Depuis sa création, le FIVA a été doté de 2,687 Md€ dont 2,368 Md€ provenant de la branche AT/MP.

Le montant total des dépenses 2009 du FIVA s'élève à 424 M€ dont 417 M€ au titre des indemnisations (provisions incluses).

Au cours de cet exercice, le FIVA a fait 11 157 offres pour un montant moyen de 49 614 € (au lieu de 47 332 € en 2008). Cette augmentation est due à celle des montants moyens versés pour les pathologies graves.

Le résultat de l'exercice est de -5,5 M€ et le fonds de roulement est égal à 354 M€.

Au 31 décembre 2010, le total des dépenses est estimé par le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2010 à 490 M€ (provisions incluses), le résultat de l'exercice à -76 M€ et le résultat cumulé à 218 M€. Ce niveau de dépenses est inférieur aux prévisions du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2010 (600 M€). En effet, les réorganisations qui ont permis d'accélérer les délais de traitement n'ont effectivement été mises en place qu'à mi année 2010 suite à l'agrandissement des locaux du fonds (notamment création, en plus de la cellule d'urgence, d'une cellule contentieux indemnitaire qui a permis de décharger de cette tâche les indemnitateurs). Un report des dépenses devrait donc s'opérer sur l'année 2011.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Ce report des dépenses et de nouvelles dépenses liées aux modifications des règles de prescription des actions devant le fonds (indemnisation des dossiers déclarés prescrits par le fonds estimée à 55 M€ dont 25 M€ en 2011 et 30 M€ en 2012) justifient que la dotation 2011 du fonds soit fixée à 340 M€, soit 25 M€ de plus qu'en 2010, alors même que le fonds de roulement fin 2009 s'élève à 354 M€ et est estimé à 218 M€ fin 2010.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Le VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 prévoit que le FIVA est financé par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles fixée chaque année en loi de financement de la sécurité sociale.

Cette dotation, qui représente une dépense substantielle pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, fixée à 340 M€, trouve sa place en loi de financement (1° du C du V de l'article LO 111-3 du CSS).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats-membres.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

- a) Possibilité de codification

S'agissant de fixer une dotation annuelle, la mesure n'est pas codifiée.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

- c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Le FIVA intervient dans les quatre départements d'outre-mer, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. Il n'intervient pas dans les autres collectivités d'outre-mer.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R	2012	2013	2014
Régime général, branche AT		-340			

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

Sans objet

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure est d'application directe.

2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Sans objet

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

La mesure est couverte par le programme de qualité et d'efficience Accidents du Travail-Maladies Professionnelles.

Elle a un impact direct sur l'indicateur n°9 : part des contributions de la branche AT-MP consacrée à l'indemnisation des victimes de l'amiante.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	<p style="text-align: center;">Article</p>
	<p>I. - Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 880 millions d'euros pour l'année 2011.</p> <p>II. - Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 340 millions d'euros pour l'année 2011.</p>

ARTICLE 54

SUPPRESSION DE LA POSSIBILITÉ D'UNE RÉTROACTIVITÉ DE 3 MOIS DE L'EFFET DES AIDES PERSONNELLES AU LOGEMENT

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Actuellement, un allocataire d'une aide au logement peut bénéficier d'une rétroactivité de 3 mois précédant sa demande s'il remplissait antérieurement les conditions d'octroi de l'aide. Cette règle de rétroactivité se situe à mi-chemin entre l'appréciation des droits aux prestations familiales (ouverture du droit lorsque les conditions d'octroi sont réunies et rétroaction possible pendant 2 ans avant la date de la demande, du fait de la prescription biennale) et les minima sociaux (ouverture du droit à la date du dépôt du dossier sans rétroaction possible).

La mesure proposée consiste à harmoniser la date d'ouverture des droits aux aides personnelles au logement avec celle des minima sociaux.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

S'agissant d'une mesure d'économie, la seule option est dès lors de supprimer la rétroactivité de 3 mois en matière d'aides personnelles au logement (allocation de logement familiale/ALF, allocation de logement sociale/ALS ou aide personnalisée au logement/APL).

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Une disposition législative est nécessaire car les principes généraux d'ouverture du droit aux aides personnelles au logement relèvent du domaine de la loi. La mesure a un impact sur les dépenses de la branche famille (et sur le budget de l'Etat). C'est une mesure d'économie.

La mesure a un caractère législatif puisqu'elle nécessite de modifier des dispositions législatives. Il s'agit des articles L. 542-2 et L. 831-4-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'article L.351-3-1 du code de la construction et de l'habitation, qui autorisent le versement d'une aide au logement dans la limite des trois mois précédant celui au cours duquel la demande est déposée.

La mesure est éligible au projet de loi de financement de la sécurité sociale puisqu'elle a un impact direct sur les dépenses de la branche famille et que les dispositions du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale disposent que peuvent figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale les dispositions ayant un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base. Elle représente une économie pour la branche famille évaluée à 120 millions d'euros en 2011, 100 millions en 2012, 80 millions en 2013 et 60 millions en 2014.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Elle est de la seule compétence des Etats membres

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Oui

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure emporte la modification des articles L. 542-2 et L. 831-4-1 du code de la sécurité sociale et L. 351-3-1 du code de la construction et de l'habitation.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure s'appliquera sans qu'il y ait besoin de mesure d'application spécifique dans les DOM, à St Barthélemy et à St Martin.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

La mesure a été chiffrée par la CNAF à partir d'une estimation du nombre de dossiers d'aide au logement avec versement rétroactif en avril 2010 à la CAF de Lyon. Cette technique par sondage présente des limites :

- d'une part, les demandes d'allocations logement (AL) avec rappels, comptabilisées par la CAF, ne correspondent pas toutes à des dossiers où le demandeur a utilisé la durée de 3 mois prévue par la législation. En effet, il peut par exemple s'agir de dossiers complexes pour lesquels le traitement des droits a été long et justifie de ce fait un rappel. Le chiffrage est donc probablement surestimé.

- d'autre part, il est possible qu'une fois la nouvelle législation connue, les acteurs (bailleurs sociaux et allocataires) s'adaptent et déposent immédiatement leur demande d'aide au logement, afin de ne pas perdre de droits. Il est donc probable que l'adaptation des comportements diminuera le montant des économies attendues pour les années qui suivent l'entrée en vigueur. Par conséquent, la mesure d'économie diminue avec le temps.

Par ailleurs, il n'est pas possible de savoir comment se répartissent les économies entre l'Etat et la branche famille. Une répartition des économies pour moitié pour l'Etat et pour moitié pour la branche famille a donc été retenue, de manière conventionnelle.

En année pleine, l'impact financier de la mesure pourrait représenter une économie de 240 millions d'euros pour la branche famille et pour le budget de l'Etat.

Organisme (s) touché (s) (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en millions d'euros) <i>Coût ou moindre recette (signe -), économie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R*	2012	2013	2014
Branche famille		120	100	80	60

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Pas d'impacts significatifs

b) impacts sociaux

Pas d'impacts significatifs

c) impacts sur l'environnement

Pas d'impacts

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Pertes de droit à prestations ou perte de pouvoir d'achat.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Simplification de gestion pour les organismes payeurs (CAF et CMSA).

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Simplification du traitement des demandes d'AL

d) impact budgétaire

Néant pour les CAF et CMSA

e) impact sur l'emploi : effectifs ETP à mobiliser, formation à assurer, compatibilité avec les moyens fixés par la COG (nouvelle allocation des moyens ou recrutement – temporaires ou permanents – nécessaires...)

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Mesure d'application immédiate, aucun texte réglementaire n'est nécessaire.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Des délais informatiques, mais la CNAF pourra mettre en œuvre la mesure à compter du 1^{er} janvier 2011.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Communication gouvernementale et des organismes payeurs (CAF et CMSA).

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p style="text-align: center;">Article L. 542-2 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>L'allocation de logement est due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement à la demande, l'allocation est versée dans la limite des trois mois précédant celui au cours duquel la demande est déposée.</p>	<p style="text-align: center;">Article L. 542-2 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>L'allocation de logement est due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Toutefois, lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement au mois de la demande, l'allocation est due à compter du premier jour du mois au cours duquel la demande est déposée.</p>
<p style="text-align: center;">Article L. 831-4-1 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>L'allocation de logement est due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement à la demande, l'allocation est versée dans la limite des trois mois précédant celui au cours duquel la demande est déposée.</p>	<p style="text-align: center;">Article L. 831-4-1 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>L'allocation de logement est due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Toutefois, lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement au mois de la demande, l'allocation est due à compter du premier jour du mois au cours duquel la demande est déposée.</p>
<p style="text-align: center;">Article L. 351-3-1 du code de la construction et de l'habitat (actuel)</p> <p>I. - L'aide personnalisée au logement est due à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies.</p> <p>Toutefois, cette aide est due à l'occupant d'un logement-foyer de jeunes travailleurs ou à l'occupant de certains logements-foyers répondant à des conditions fixées par décret à partir du premier jour du premier mois civil pour lequel cet occupant acquitte l'intégralité de la redevance mensuelle prévue par le titre d'occupation, sous réserve que les autres conditions d'ouverture du droit soient réunies à cette date.</p> <p>De la même façon, les dispositions prévues au premier alinéa ne s'appliquent pas aux personnes dont le logement a fait l'objet d'un arrêté d'insalubrité ou de péril lorsque, dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 521-2, elles reprennent le paiement du loyer ou de toute autre somme versée en contrepartie de l'occupation de ce logement ou lorsqu'elles sont relogées.</p> <p>Lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement à la date de la demande, l'aide n'est due que dans la limite des trois mois précédant celui au cours duquel la demande est déposée.</p>	<p style="text-align: center;">Article L. 351-3-1 du code de la construction et de l'habitat (modifié)</p> <p>I. - L'aide personnalisée au logement est due à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies.</p> <p>Toutefois, cette aide est due à l'occupant d'un logement-foyer de jeunes travailleurs ou à l'occupant de certains logements-foyers répondant à des conditions fixées par décret à partir du premier jour du premier mois civil pour lequel cet occupant acquitte l'intégralité de la redevance mensuelle prévue par le titre d'occupation, sous réserve que les autres conditions d'ouverture du droit soient réunies à cette date.</p> <p>De la même façon, les dispositions prévues au premier alinéa ne s'appliquent pas aux personnes dont le logement a fait l'objet d'un arrêté d'insalubrité ou de péril lorsque, dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 521-2, elles reprennent le paiement du loyer ou de toute autre somme versée en contrepartie de l'occupation de ce logement ou lorsqu'elles sont relogées.</p> <p>Lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement au mois de la demande, l'aide n'est due qu'à compter du premier jour du mois au cours duquel la demande est déposée.</p>

ARTICLE 55

MODIFICATION DE LA DATE D'OUVERTURE DU DROIT À L'ALLOCATION DE BASE DE LA PRESTATION D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant est destinée à prendre en charge le coût lié à l'entretien de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à son troisième anniversaire. A la création de la PAJE, il a été décidé de verser l'allocation de base à compter du premier jour du mois de la naissance de l'enfant, c'est-à-dire dès le mois où les conditions d'ouverture de droit sont réunies.

Or, la plupart des autres prestations familiales – allocations familiales, complément familial, allocation de soutien familial, aides au logement, prime à la naissance ou à l'adoption et complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant – sont versées à compter du mois suivant celui où les conditions d'ouverture de droit sont réunies. L'allocation pour jeune enfant, à laquelle l'allocation de base a succédé, suivait d'ailleurs ce régime.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

S'agissant d'une mesure d'économie, la seule option consiste à aligner la date d'ouverture du droit à l'allocation de base sur le droit commun, en revenant ainsi au texte proposé initialement par le Gouvernement lors de la LFSS pour 2007²⁴.

La mesure prévoit ainsi de fixer la date d'ouverture du droit de l'allocation de base au premier jour du mois civil suivant la naissance ou l'arrivée au foyer du ou des enfants.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure a un caractère législatif puisqu'elle nécessite de modifier des dispositions législatives. Il s'agit des articles L. 531-3 et L. 552-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoient des dispositions dérogatoires par rapport au droit commun pour l'allocation de base de la PAJE.

La mesure est éligible au projet de loi de financement de la sécurité sociale puisqu'elle a un impact direct sur les dépenses de la branche famille et que les dispositions du 2^e du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale disposent que peuvent figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale les dispositions ayant un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base. Elle représente une économie pour la branche famille évaluée à 64 M€ par an.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

²⁴ Par amendement déposé par Madame Clergeau, la LFSS pour 2007 a modifié la règle de la date d'ouverture pour l'allocation de base en prévoyant un versement de l'allocation à compter du jour de la naissance ou de l'arrivée de l'enfant et non pas à compter du mois suivant.

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Oui

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure implique la modification des articles L. 531-3 et L. 552-1 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure sera applicable dans les DOM, à St Barthélemy, à St Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon sans disposition spécifique.

La PAJE n'existe pas à Mayotte.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Oui
-Saint-Martin et Saint Barthélémy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

La mesure concerne les bénéficiaires de l'allocation de base de la PAJE. Ces bénéficiaires perdront en moyenne un demi mois d'allocation de base, soit la moitié de 178 euros. Avec 800 000 naissances annuelles, l'économie serait de l'ordre de 64 M€ par an en année pleine.

<u>Organisme (s) impacté (s)</u> (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) <i>Coût ou moindre recette (signe -), économie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	2010 (rectificatif)	2011 <i>P ou R*</i>	2012	2013	2014
Branche famille		+ 64	+ 64	+ 64	+ 64

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Pas d'impact significatif

b) impacts sociaux

Pas d'impact significatif

c) impacts sur l'environnement

Aucun

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Perte en moyenne de 88 euros le mois de la naissance de l'enfant.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Aucun

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Une modification des systèmes informatiques des CAF est nécessaire. Le système Cristal sera modifié avant l'entrée en vigueur de la mesure prévue pour le 1^{er} avril 2011.

d) impact budgétaire

Aucun pour les CAF et les CCMSA.

e) impact sur l'emploi : effectifs ETP à mobiliser, formation à assurer, compatibilité avec les moyens fixés par la COG (nouvelle allocation des moyens ou recrutement – temporaires ou permanents – nécessaires...)

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure est d'application immédiate.

Elle nécessitera un décret simple de toilettage (abrogation du deuxième alinéa du D 531-3 du code de la sécurité sociale).

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Compte tenu des délais informatiques, elle pourra être mise en œuvre au 1^{er} avril 2011, pour tous les enfants nés ou adoptés à partir de cette date.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Communication gouvernementale et institutionnelle (CAF et CMSA)

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p>Article L. 531-3 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>L'allocation de base est attribuée, à compter de la date de la naissance du ou des enfants, au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond. Elle est versée jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel l'enfant atteint l'âge limite prévu au premier alinéa de l'article L. 531-1.</p> <p>L'allocation est versée à compter de la date de l'arrivée au foyer, pour chaque enfant adopté ou confié en vue d'adoption. Dans ce cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1, mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. La durée de versement de l'allocation est égale à celle définie à l'alinéa précédent.</p> <p>Le plafond de ressources est celui défini à l'article L. 531-2.</p> <p>Plusieurs allocations de base ne peuvent se cumuler que pour les enfants issus de naissances multiples ou en cas d'adoptions multiples simultanées.</p>	<p>Article L. 531-3 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>L'allocation de base est attribuée, à compter du premier jour du mois civil suivant la naissance du ou des enfants, au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond. Elle est versée jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel l'enfant atteint l'âge limite prévu au premier alinéa de l'article L. 531-1.</p> <p>L'allocation est versée à compter du premier jour du mois civil suivant l'arrivée au foyer, pour chaque enfant adopté ou confié en vue d'adoption. Dans ce cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1, mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. La durée de versement de l'allocation est égale à celle définie à l'alinéa précédent.</p> <p>Le plafond de ressources est celui défini à l'article L. 531-2.</p> <p>Plusieurs allocations de base ne peuvent se cumuler que pour les enfants issus de naissances multiples ou en cas d'adoptions multiples simultanées.</p>
<p>Article L. 552-1 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>Les prestations servies mensuellement par les organismes débiteurs de prestations familiales sont dues, à l'exception de l'allocation de soutien familial versée dans les conditions prévues au cinquième alinéa de l'article L. 523-1, de l'allocation de base, du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge ou lorsqu'il est fait usage de l'option prévue au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4 et de l'allocation journalière de présence parentale, à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Elles cessent d'être dues à partir du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies, sauf en cas de perception du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, du complément de libre choix d'activité de cette dernière prestation</p>	<p>Article L. 552-1 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Les prestations servies mensuellement par les organismes débiteurs de prestations familiales sont dues, à l'exception de l'allocation de soutien familial versée dans les conditions prévues au cinquième alinéa de l'article L. 523-1, de l'allocation de base, du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge ou lorsqu'il est fait usage de l'option prévue au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4 et de l'allocation journalière de présence parentale, à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Elles cessent d'être dues à partir du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies, sauf en cas de perception du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, du complément de libre choix d'activité de cette dernière prestation</p>

<p>lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge ou de décès de l'allocataire, de son conjoint ou d'un enfant à charge, auxquels cas elles cessent d'être dues au premier jour du mois civil qui suit le décès.</p> <p>Les changements de nature à modifier les droits aux prestations mentionnées au premier alinéa prennent effet et cessent de produire leurs effets selon les règles respectivement définies pour l'ouverture et l'extinction des droits, sauf s'ils conduisent à interrompre la continuité des prestations.</p>	<p>lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge ou de décès de l'allocataire, de son conjoint ou d'un enfant à charge, auxquels cas elles cessent d'être dues au premier jour du mois civil qui suit le décès.</p> <p>Les changements de nature à modifier les droits aux prestations mentionnées au premier alinéa prennent effet et cessent de produire leurs effets selon les règles respectivement définies pour l'ouverture et l'extinction des droits, sauf s'ils conduisent à interrompre la continuité des prestations.</p>
--	--

ARTICLE 57

TRANSFERT AU FSV DU FINANCEMENT DU MINIMUM CONTRIBUTIF VERSÉ PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL, LA CCMSA ET LE RSI

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le minimum contributif, servi par le régime général (CNAVTS) et les régimes alignés, permet de relever les pensions de base des assurés du secteur privé qui justifient de la durée d'assurance tous régimes requise pour l'application du taux plein, ou qui se voient attribuer le taux plein au titre de l'âge (à 65 ans pour la génération 1950) ou de l'inaptitude (à 60 ans pour la génération 1950), mais dont les salaires reportés au compte sont faibles.

La réforme des retraites contenue dans la loi du 21 août 2003 a en outre instauré une majoration du minimum contributif, laquelle, en vertu de l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009, ne bénéficie qu'aux assurés totalisant au moins 120 trimestres effectivement cotisés. La LFSS pour 2009 a également prévu que le minimum contributif serait écrêté si le montant total des pensions de l'assuré dépassait un certain montant, qui sera fixé par décret, en rapport avec l'objectif de 85 % du SMIC de pension globale pour une carrière complète inscrit à l'article 4 de la loi de 2003.

Le minimum contributif constitue ainsi un important mécanisme de solidarité intra-générationnelle garantissant aux retraités les plus modestes ayant obtenu le taux plein un meilleur niveau de prestations vieillesse. Son financement est aujourd'hui assuré par les régimes eux-mêmes.

La réforme des retraites, qui prévoit l'affectation de 3,5 Md€ de ressources nouvelles au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), est l'occasion de renforcer la dimension de solidarité nationale du système par répartition et de poursuivre la clarification du financement des avantages retraites par la distinction des dépenses qui ont un caractère contributif et doivent donc être assurées par les régimes sur la base des cotisations des assurés, de celles qui relèvent de la solidarité et ont donc vocation à être financées sur une base plus large que les cotisations.

Cette démarche s'inscrit d'ailleurs dans la logique de transfert déjà engagée par la LFSS pour 2010 qui a prévu dans son article 70 le financement par le FSV des validations gratuites de trimestres au titre des périodes d'arrêt maladie, maternité, AT/MP et invalidité jusque là prises en charge par le régime général et les régimes alignés.

Par ailleurs, la mise en œuvre de l'écrêtement prévu à l'article 80 de la LFSS pour 2009 s'avère complexe pour les caisses de retraite : des travaux sont en cours pour permettre, ainsi que le prévoit l'article 76 de la LFSS pour 2009 (article L. 161-1-6 du code de la sécurité sociale), des échanges dématérialisés de données sur le montant des pensions entre l'ensemble des régimes dont a relevé l'assuré ; des règles de coordination entre régimes servant le minimum contributif devront également être introduites pour le calcul. L'échéance du 1^{er} janvier 2011 prévue initialement ne pourra pas être tenue dans de bonnes conditions pour les assurés.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Dès lors que le FSV est désigné comme l'affectataire des nouvelles recettes, il est logique de procéder à un transfert de charges, et non de recettes, entre ce Fonds et les régimes de base qu'il finance. Dans cette perspective, il est proposé que le FSV prenne en charge une partie des dépenses engagées par le régime général et les régimes alignés au titre du minimum contributif, lequel contribue à améliorer le niveau de pension des retraités les plus modestes. Cela permettra tant d'améliorer les soldes des régimes concernés que de clarifier le financement des avantages vieillesse relevant d'une logique de solidarité intra-générationnelle. Les options qui auraient consisté à augmenter les prises en charge qui existent déjà ont été écartées (périodes assimilées en particulier), parce qu'elles ne sont pas à la hauteur des recettes transférées.

L'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale qui répertorie les dépenses à la charge du FSV sera complété en conséquence.

Le coût effectif du minimum contributif n'apparaît pas aujourd'hui directement dans les comptes des régimes. Pour que la mesure puisse entrer en vigueur dès 2011, le choix est donc fait de déterminer dans la LFSS le montant de la participation du Fonds.

La répartition est fondée sur les estimations statistiques disponibles pour l'année 2009, selon lesquelles les montants versés s'élèveraient à 5,4 Md€ pour la CNAV, 0,6 Md€ pour le régime des salariés agricoles, et 0,2 Md€ pour le RSI.

En conséquence, en 2011, le texte prévoit que 3 Md€ seront transférés au régime général ; 0,4 Md€ au régime des salariés agricoles et 0,1 Md€ au régime social des indépendants. Ainsi, l'intégralité des nouvelles recettes du FSV sera affectée au financement du minimum contributif, ce qui permettra de prendre en charge environ 56 % de la dépense des régimes selon les données statistiques disponibles.

A terme, dans la mesure où les systèmes d'information comptable des régimes concernés auront évolué pour identifier clairement les dépenses engagées au titre de ce dispositif, la participation du Fonds sera exprimée en pourcentage de la dépense réelle, et non plus en valeur.

Par ailleurs, pour assurer une mise en œuvre dans de bonnes conditions de l'article 80 de la LFSS pour 2009, il est proposé de reporter de 6 mois l'échéance initialement prévue : l'écèlement entrera ainsi en vigueur le 1^{er} juillet 2011.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Le transfert du financement du minimum contributif a un impact sur les recettes des régimes obligatoires de base ainsi que sur les dépenses du FSV, concourant à leur financement. Il trouve donc sa place en loi de financement (2° du C et 2° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale).

Le report de l'entrée en vigueur de l'écèlement du minimum contributif entraîne un coût pour les régimes concernés, et trouve à ce titre sa place en loi de financement (même article du code).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Le transfert du financement du minimum contributif est codifié à l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, qui fixe les dépenses de solidarité prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure de report de l'écrêtement du minimum contributif concerne les régimes intervenant dans les DOM, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'impact financier de la mesure est directement déterminé par l'article de la LFSS pour l'exercice 2011. L'amélioration du solde de la CNAV à hauteur de 3,4 Md€ prend en compte la prise en charge par le fonds, pour un montant de 3 Md€, des prestations servies par la CNAV ainsi que la prise en charge pour un montant de 0,4 Md€ des prestations servies par le régime des salariés agricoles, celui-ci étant intégré financièrement au régime général.

En 2012, l'impact sera fonction de la fixation de la quote-part des dépenses réelles prise en charge par le FSV. Cette quote-part sera fixée de façon à assurer une contribution globale du FSV à hauteur des recettes transférées à l'occasion du RDV 2010, à savoir 3,7 Md€ en raison de l'entrée en vigueur différée de l'une des mesures prévues (cf. autre article du présent projet de loi). L'impact financier croît ensuite au rythme de la dépense de minimum contributif (estimée ici à 4 % par an).

Le report de l'entrée en vigueur de l'écrêtement du minimum vieillesse conduit à perdre le rendement de cette mesure sur une demi-année. Comme ce rendement est estimé à 70 M€, dont 30 M€ pour la CNAV, le surcroît de dépenses est de 35 M€ pour l'ensemble des régimes de base, et de 15 M€ pour la CNAV.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P*	2012	2013	2014
FSV		- 3 500	- 3 700	- 3 845	- 4 000
CNAV		+ 3 400-15 = 3 385	+ 3 590	+ 3 730	+ 3 880
RSI		+ 100	+ 110	+ 115	+ 120
Autres régimes de base		-20			

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

La mesure proposée n'a pas d'impact économique.

b) impacts sociaux

Seule la mesure de report de l'entrée en vigueur de l'écrêtement du minimum contributif a un impact social, dans la mesure où elle repousse la mise en œuvre d'une mesure d'économie portant sur les assurés.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Le transfert du financement du minimum contributif n'a pas d'impact sur les personnes physiques puisqu'il consiste uniquement en un transfert de charge du régime général (RG) et des régimes alignés vers le FSV, sans modification du dispositif existant en direction des assurés.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

A terme, le transfert du financement du minimum contributif exige de produire de façon régulière des données comptables afin d'évaluer le coût réel de la prestation. Un échange d'informations devra être organisé entre le FSV et les régimes concernés par la mesure. La qualité des données fournies devra être vérifiée.

Le report de l'entrée en vigueur de l'écrêtement du minimum contributif permet de laisser 6 mois supplémentaires aux régimes de sécurité sociale pour mettre au point, ainsi que le prévoit l'article 76 de la LFSS pour 2009, des échanges dématérialisés de données sur le montant des pensions entre l'ensemble des régimes dont a relevé l'assuré ; par ailleurs, des règles de coordination entre régimes servant le minimum contributif devront également être introduites pour le calcul.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Si, pour l'exercice 2011, la contribution du FSV au financement du minimum contributif est fixée en niveau par la loi de financement sur la base de données statistiques, il importe pour les années ultérieures d'adapter les systèmes d'information comptable des régimes afin que puisse être isolé le montant des dépenses effectivement engagées au titre du minimum contributif. Cette information permettra de déterminer la part de la dépense réelle prise en charge par le Fonds.

d) impact budgétaire

Aucun impact budgétaire.

e) impact sur l'emploi :

Aucun impact sur l'emploi.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure législative de transfert du financement est directement applicable pour 2011. Pour les années ultérieures, la loi de financement fixera la quote-part des dépenses réelles prise en charge par le FSV.

2. Existence de mesures transitoires ?

La mesure proposée transfère au FSV la charge d'une partie du minimum contributif servi par le régime général et les régimes alignés. De manière transitoire, et en raison de l'absence de données comptables sur la dépense réellement engagée au titre de la prestation, le montant de la participation du Fonds pour 2011 est directement fixé par la loi de financement.

A terme, lorsque les systèmes d'information des régimes permettront d'isoler les montants effectivement versés en vertu du minimum contributif, la contribution du fonds correspondra à une fraction, exprimée en pourcentage, de la dépense réelle.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

L'application de la mesure pour 2011 ne soulève pas de difficulté, la contribution du FSV étant fixée ex ante dans la loi de financement.

A terme, il conviendra néanmoins de faire évoluer les systèmes d'information des caisses afin que puisse être isolé le montant versé par les régimes au titre du minimum contributif et de calculer ainsi la part de la dépense réelle prise en charge par le Fonds.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Il n'y a pas à prévoir de dispositif d'information en direction des assurés, la mesure n'ayant aucune incidence sur eux.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Le PQE « retraites » comprend un indicateur (n° 3-3) relatif à la part des nouvelles pensions du régime général portées au minimum contributif. Cet indicateur ne sera pas modifié par la mesure proposée qui a trait uniquement aux modalités de financement du minimum contributif.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Il n'apparaît pas pertinent de prévoir un nouvel indicateur spécifique dans le PQE pour une mesure de transfert.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 135-2 du code de la sécurité sociale (actuel)	Article L. 135-2 du code de la sécurité sociale (modifié)
<p>Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse au titre du premier alinéa de l'article L. 135-1 sont les suivantes :</p> <p>1° Le financement des allocations mentionnées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au dernier alinéa de l'article L. 643-1 ; - au chapitre V du titre 1er du livre VIII ; - à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ; <p>2° (Paragraphe supprimé)</p> <p>3° Les sommes correspondant au service, par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ; b) Des majorations de pensions pour conjoint à charge ; <p>4° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural, dans la durée d'assurance :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Des périodes de service national légal de leurs assurés ; b) Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 321-4-2, L. 351-3, L. 351-9, L. 351-10 et L. 351-10-2 du code du travail, des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 322-4 du même code, de l'allocation de préparation à la retraite mentionnée à l'article 125 de la loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991) et de la rémunération prévue au quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3 du code du travail ; c) Des périodes de chômage non indemnisé visées au 3° de l'article L. 351-3 du présent code ; d) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a 	<p>Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse au titre du premier alinéa de l'article L. 135-1 sont les suivantes :</p> <p>1° Le financement des allocations mentionnées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au dernier alinéa de l'article L. 643-1 ; - au chapitre V du titre 1er du livre VIII ; - à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ; <p>2° Une partie, fixée par la loi de financement de la sécurité sociale, des sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 ;</p> <p>3° Les sommes correspondant au service, par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ; b) Des majorations de pensions pour conjoint à charge ; <p>4° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural, dans la durée d'assurance :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Des périodes de service national légal de leurs assurés ; b) Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 321-4-2, L. 351-3, L. 351-9, L. 351-10 et L. 351-10-2 du code du travail, des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 322-4 du même code, de l'allocation de préparation à la retraite mentionnée à l'article 125 de la loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991) et de la rémunération prévue au quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3 du code du travail ; c) Des périodes de chômage non indemnisé visées au 3° de l'article L. 351-3 du présent code ; d) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a

<p>bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail ;</p> <p>e) Des périodes de versement de l'allocation de congé solidarité prévue à l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer.</p> <p>5° Les sommes correspondant à la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural des réductions de la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 ci-après ;</p> <p>6° Les sommes correspondant au paiement par les organismes visés aux articles 1002 et 1142-8 du code rural des majorations des pensions accordées en fonction du nombre d'enfants aux ressortissants du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles ;</p> <p>7° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base des périodes de volontariat du service national de leurs assurés ;</p> <p>8° Les frais de gestion administrative du fonds correspondant à des opérations de solidarité ;</p> <p>9° Les dépenses attachées au service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.</p> <p>Les sommes mentionnées aux a, b, d et e du 4° et au 7° sont calculées sur une base forfaitaire dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Les sommes mentionnées au c du 4° sont calculées sur une base forfaitaire déterminée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.</p>	<p>bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail ;</p> <p>e) Des périodes de versement de l'allocation de congé solidarité prévue à l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer.</p> <p>5° Les sommes correspondant à la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural des réductions de la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 ci-après ;</p> <p>6° Les sommes correspondant au paiement par les organismes visés aux articles 1002 et 1142-8 du code rural des majorations des pensions accordées en fonction du nombre d'enfants aux ressortissants du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles ;</p> <p>7° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base des périodes de volontariat du service national de leurs assurés ;</p> <p>8° Les frais de gestion administrative du fonds correspondant à des opérations de solidarité ;</p> <p>9° Les dépenses attachées au service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.</p> <p>Les sommes mentionnées aux a, b, d et e du 4° et au 7° sont calculées sur une base forfaitaire dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Les sommes mentionnées au c du 4° sont calculées sur une base forfaitaire déterminée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.</p>
<p align="center">Article 80 de la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 (actuel)</p> <p>V.-Le I du présent article est applicable aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} avril 2009. Les II et III sont applicables aux pensions prenant effet à une date fixée par décret, et au plus tard au 1^{er} janvier 2011.</p>	<p align="center">Article 80 de la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 (modifié)</p> <p>V.-Le I du présent article est applicable aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} avril 2009. Les II et III sont applicables aux pensions prenant effet à une date fixée par décret, et au plus tard au 1^{er} juillet 2011.</p>

ARTICLE 59

FONDS DE PERFORMANCE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Les actions transversales des caisses des régimes de sécurité sociale en matière de gestion administrative (diagnostics et projets communs en matière de ressources humaines, de développement durable, d'interopérabilité informatique, d'attentes des usagers...) existent mais ne font pas systématiquement l'objet d'un pilotage et d'une conduite structurés.

Pourtant, dans de nombreux domaines, leur gestion est conditionnée par des contraintes ou des orientations similaires de la convention d'objectifs et de gestion (COG) liant chacune des caisses nationales à l'Etat : réduction des effectifs, emploi des seniors et des personnels en situation de handicap, exigences en matière de développement durable, de rationalisation de l'immobilier, etc.

Dans des domaines où les objectifs sont communs, les acteurs sont susceptibles de financer des études comparables, de conduire des projets très proches avec des planifications différentes et des risques d'incompatibilité des solutions retenues.

A plusieurs reprises la mission d'évaluation et de contrôle (MECSS) de l'Assemblée nationale²⁵, a souligné, qu'en dépit d'efforts récents de travail commun, les démarches de modernisation demeurent éclatées entre les régimes et leurs branches. La Cour des comptes a aussi régulièrement fait part de la nécessité de renforcer les mutualisations d'activité et la transversalité des démarches.²⁶

Pour des raisons d'efficacité et d'efficience, ces actions transversales doivent donc impérativement être coordonnées.

Or, il manque un instrument souple d'intervention pour encourager des projets de modernisation ayant un intérêt pour l'ensemble de la sécurité sociale ou pour expertiser des projets d'envergure de type répertoire commun aux organismes de protection sociale. Les évaluations réalisées par la tutelle ne sont pas par ailleurs seules suffisantes pour contribuer efficacement au développement de la performance du service public de la sécurité sociale.

En l'absence d'instance dédiée et surtout de financement prévu à cet effet, les progrès de gestion des actions communes à tous les opérateurs ne peuvent être portés à un rythme accéléré alors que l'attente en matière d'amélioration de l'organisation et des outils de gestion exige des actions rapides de rationalisation des organisations et de réduction des coûts.

La mise en place d'une coordination systématique inter-régimes et interbranches serait de nature à produire des économies d'échelle et des effets de levier pour les plus petits opérateurs par la production de solutions communes, au premier rang dans le domaine du développement de l'interopérabilité des systèmes d'information entre organismes de sécurité sociale qui exige d'étroits travaux conjoints.

Il est ainsi proposé la création d'une instance, le fonds de performance, fonds sans personnalité morale, géré par l'Union des caisses de sécurité sociale (UCANSS).

Outre les économies attendues, cette instance donnera un cadre et un financement à ces actions de pilotage et de gestion transversales de la sécurité sociale. Elle permettra de hiérarchiser les sujets et d'harmoniser les solutions et leur planning de mise en œuvre.

Le fonds de performance aura vocation à financer les travaux d'accompagnement à la modernisation présentant un intérêt transversal pour les organismes et régimes de sécurité sociale et à contribuer au

²⁵ Rapport de la MECSS en 2004 sur l'organisation et les coûts de gestion dans les branches de la sécurité sociale et rapport de la MECSS en 2007 sur les suites données aux observations de la MECSS

²⁶ Notamment rapport 2004 sur l'application des lois financement de la sécurité sociale, chapitre sur l'organisation territoriale et fonctionnelle des branches et recommandations récurrentes sur les gains de productivité et tout dernièrement le rapport 2010 sur l'application des lois financement de la sécurité sociale qui préconise dans le chapitre sur l'informatique de l'assurance maladie du régime général un pilotage stratégique coordonné des systèmes d'information.

financement des dépenses de fonctionnement nécessaires pour donner suite aux conclusions des missions de contrôle et d'évaluation.

La participation financière des différents opérateurs appuiera leur nécessaire engagement dans la démarche de mutualisation des projets. Les dépenses du fonds seront imputées sur les budgets de gestion administrative des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de la Caisse nationale du régime social des indépendants, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, ainsi que des régimes spéciaux dans des conditions définies par arrêté ministériel.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Il aurait pu être envisagé une instance de co-pilotage Etat/sécurité sociale sur une base purement contractuelle. Cependant, la nécessité de mobiliser en même temps tous les nombreux acteurs et leurs apports financiers est de nature à nécessiter une disposition législative.

La création d'un Fonds sous la forme d'un établissement public n'a pas été retenue afin de ne pas créer une structure administrative supplémentaire, génératrice de coût pour sa propre gestion.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Ce fonds de performance trouve sa place en loi de financement en raison de son impact sur les dépenses des régimes concernés (2° du C du V de l'article LO 111-3 du CSS) : ce fonds et les actions qu'il conduira seront directement financés par les régimes, avec un coût prévisionnel pour 2011 de 5 M€ par an. Dans le même temps, il est attendu de ces actions des économies substantielles dès la deuxième année, estimées à terme à 50 M€ par an.

Visant ainsi à améliorer substantiellement l'efficacité de la gestion des différents régimes, la mesure peut en outre être regardée comme modifiant les règles d'organisation et de gestion interne des régimes obligatoires de base tout en ayant un impact sur leur équilibre financier (3° du C du V du même article).

Il convient enfin de noter que cet article complète, au II, les missions de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) qui ont été fixées par la LFSS pour 2002. La LFSS pour 2008 a également modifié les dispositions du code de la sécurité sociale relatives à l'UCANSS (conclusion d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et l'UCANSS notamment).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Un article fixant l'objet et le financement du Fonds sera ajouté au titre I du livre I du code de la sécurité sociale. L'article L 224-5 du code de la sécurité sociale relatif à l'UCANSS sera complété par un alinéa précisant qu'elle assure la gestion administrative et comptable du Fonds.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure ne concerne que les régimes intervenant dans les DOM, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P ou R*	2012	2013	2014
Tous régimes de base		- 5	- 5	- 5	- 5
Fonds de performance		+ 5	+ 5	+ 5	+ 5
Retour sur investissement attendu			+ 30	+ 50	+ 50

* P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

Les montants prélevés sur les budgets des opérateurs sont inscrits en recettes du Fonds pour un total prévisionnel de 5 M€.

Les économies produites par les travaux du Fonds de performance, seront mesurables à partir de la deuxième année d'existence.

Les économies de gestion sont évaluées à 0,5 % du Fonds national de gestion administrative des caisses concernées. Sur la base d'une dépense de gestion administrative d'un peu plus de 10,5 milliards d'euros (en fonctionnement et investissement) pour le seul régime général, principal financeur de la mesure, une économie de 0,5 % équivaut à 50 M€. La projection a été minorée à 30 M€ pour la première année où les effets en seront mesurables (2012). Elle a été portée à 50 M€ les années suivantes.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Le Fonds de performance doit permettre des économies budgétaires substantielles.

b) impacts sociaux

L'objectif est celui d'une meilleure uniformité et qualité du service rendu aux assurés, aux cotisants et aux employeurs.

c) impacts sur l'environnement

Les actions financées par le fonds de performance peuvent contribuer au développement durable.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Néant.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

L'impact du fonds sera directement perceptible pour les caisses de sécurité sociale. A titre d'exemples, les Fonds serait amené à contribuer à :

- l'urbanisation des systèmes d'information et, ce faisant, à la meilleure interopérabilité des données (gains sur les coûts informatiques mais aussi sur la productivité par un traitement amélioré de l'information),
- dans le même domaine, la mutualisation des commandes sur les matériels informatiques,
- en matière de ressources humaines, disposer de diagnostics partagés voire de plan d'actions partagés entre tous les opérateurs,
- convergence des outils et des pratiques de gestion des usagers : accueil téléphonique, gestion des courriers électroniques par exemple ;

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Très faible.

Le Fonds est conçu pour que sa charge administrative soit la plus modeste possible : il n'aura pas la personnalité juridique et sera géré par l'UCANSS afin de ne pas créer de structure nouvelle.

d) impact budgétaire

Les recettes du fonds seront constituées d'apports des régimes imputés sur leurs budgets de gestion administrative tels que définis par les conventions d'objectifs et de gestion (COG) qui lient ces régimes à l'Etat.

e) impact sur l'emploi :

Le fonds de performance sera géré par l'UCANSS avec ses moyens, tels que définis par la COG qui la lie avec l'Etat pour la période 2009/2012.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Un décret simple sera nécessaire pour fixer les modalités de gestion du fonds et un arrêté pour fixer le montant annuel de la dotation.

2. Existence de mesures transitoires ?

Aucune.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

La mesure entrera en vigueur suite à la publication des textes réglementaires nécessaires au cours du premier trimestre 2011.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

Les dépenses de gestion administrative sont suivies dans le cadre des COG. Par ailleurs, une évaluation du retour sur investissement est prévue pour l'ensemble des actions financées par le Fonds de performance.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p>Article (actuel)</p>	<p>Article du code de la sécurité sociale (nouveau)</p> <p>« <i>CHAPITRE IV QUATER</i></p> <p>« <i>PERFORMANCE DU SERVICE PUBLIC DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</i></p> <p>Art. L. 114-23.</p> <p>Le fonds de performance de la sécurité sociale finance des actions concourant à la modernisation et à l'amélioration de la performance du service public de la sécurité sociale, notamment la réalisation d'études, d'audits ou de projets, et contribue aux dépenses de fonctionnement résultant des missions de contrôle et d'évaluation des organismes de sécurité sociale.</p> <p>Les dépenses du fonds sont imputées sur les budgets de gestion des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de la Caisse nationale du régime social des indépendants, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ainsi que des régimes spéciaux dans des conditions fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.</p> <p>Les modalités de gestion du fonds sont déterminées par décret.</p> <p>2° L'article L. 224-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>Elle assure la gestion administrative et comptable du fonds mentionné à l'article L. 114-23.</p>
--------------------------------	---

ARTICLE 60 SANCTION DES ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES PENDANT LES ARRÊTS DE TRAVAIL EN MALADIE

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

La présente proposition vise à sanctionner les personnes qui exercent pendant leur arrêt maladie une activité non autorisée et rémunérée.

Actuellement, lorsque cette situation est constatée, les caisses ne peuvent que recouvrer l'indu, sur le fondement de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale (CSS) qui prévoit que le versement de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire de s'abstenir de toute activité non autorisée, sans pouvoir y ajouter une sanction financière.

Dans un contexte où les dépenses de soins de ville sont notamment tirées par la dynamique des indemnités journalières qui croissent à hauteur de +4,9 % sur les sept premiers mois de 2010, cette mesure doit permettre, d'une part, de sanctionner les arrêts maladie non justifiés et doublés d'activité rémunérée et, d'autre part, d'étendre ainsi l'effet dissuasif des pénalités financières sur le champ des indemnités journalières (IJ).

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

L'article L. 323-6 du CSS, qui prévoit la seule retenue des IJ, notamment en cas d'activité non autorisée « rémunérée » est inadapté car la simple retenue des IJ n'est pas suffisamment dissuasive.

Il convient donc de modifier cet article afin de permettre, outre la retenue des IJ, la possibilité de prononcer une pénalité financière prévue par le L. 162-1-14 du même code.

Ce dernier article prévoit que le montant de la pénalité, qui est prononcé par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, est fonction de la gravité des faits reprochés et proportionnel aux sommes concernées, lorsqu'elles sont déterminées, dans la limite de 50 % de celles-ci.

La modification de l'article L.323-6 doit permettre aussi de clarifier le fait que la retenue des indemnités journalières par la caisse en cas de reprise d'une activité non autorisée est fondée sur la disparition de l'une des conditions que doit remplir l'assuré pour bénéficier du service des indemnités journalières et ne constitue donc pas une pénalité.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure de lutte contre la fraude, génératrice d'économies, prend place dans la partie 4 de la loi de financement de la sécurité sociale (article LO.111-3 I D du CSS) du code de la sécurité sociale.

Elle comporte des effets directs tant sur les recettes des régimes et organismes, par les pénalités nouvelles qu'elle permettra de recouvrer, estimées à 4,3 millions d'euros (2° du B du V de l'article LO 111-3 du CSS), que sur leurs dépenses par la diminution attendue de l'ampleur de la fraude en ce domaine (2° du C du V du même article).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

III. Aspects juridiques

4. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

- a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen.

5. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

- a) Possibilité de codification :

La mesure nécessite la modification de l'article L.323-6 du code de la sécurité sociale.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

- c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure est applicable dans les DOM, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Non
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Cette mesure permettra une économie en dissuadant la demande d'IJ ou en en sanctionnant la perception frauduleuse.

La CNAMTS n'ayant lancé que très récemment des actions sur le thème du cumul d'activités rémunérées avec le bénéfice d'indemnités journalières, le niveau de ce type de fraude n'est pas connu.

On peut formuler néanmoins l'hypothèse que cette fraude soit au moins aussi courante et importante en termes de volume que la falsification de pièces pour obtenir les indemnités journalières. Celle-ci a représenté 8,6M€ en 2008 d'après le rapport annuel de la CNAMTS prévu au L.114-9 du code de la sécurité sociale.

Avec un taux de pénalité encourue de 50 %, une économie minimale de 4,3M€ peut être envisagée.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010 (rectificatif)	2011 P	2012	2013	2014
Tous régimes	0	4,3	4,3	4,3	4,3

- P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Aucun impact.

b) impacts sociaux

Toute mesure de lutte contre la fraude conforte l'attachement des assurés à notre système de protection sociale en renforçant l'équité.

c) impacts sur l'environnement : Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

- Renforcer la lutte contre les arrêts maladie abusifs ou injustifiés vis-à-vis des assurés dans l'illégalité
- Obliger les assurés en arrêt de travail à se conformer à leurs obligations (ceux-ci ne peuvent percevoir des indemnités journalières et un salaire pour les mêmes périodes).

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

La mesure créera une modeste charge de travail supplémentaire pour les caisses d'assurance maladie qui devront, au-delà de la récupération de l'indu, mettre en œuvre le dispositif de pénalités financières.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Aucune adaptation des systèmes d'information n'est nécessaire.

d) impact budgétaire

La mesure est mise en œuvre dans le cadre des enveloppes de crédits allouées par les conventions d'objectifs et de gestion.

e) impact sur l'emploi :

Aucun

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure est d'application directe.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

La mesure sera mise en œuvre dès le premier trimestre 2011.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information des assurés et des employeurs sera assurée par les caisses d'assurance maladie par voie de presse et par le site Ameli

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

La mesure, en facilitant la sanction des fraudes, impactera l'indicateur 5.4 relatif à la lutte contre la fraude du PQE maladie.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L323-6 du code de la sécurité sociale (actuel)	Article L.323-6 du code de la sécurité sociale (modifié)
<p>Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire :</p> <p>4° De s'abstenir de toute activité non autorisée.</p> <p>En cas d'inobservation volontaire des obligations ci-dessus indiquées, la caisse peut retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières dues.</p>	<p>Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire :</p> <p>4° De s'abstenir de toute activité non autorisée.</p> <p>En cas d'inobservation volontaire des obligations ci-dessus indiquées, la caisse peut retenir, tout ou partie des indemnités journalières dues. En outre, si l'activité mentionnée au 4° a donné lieu à une rémunération, il peut être prononcé une pénalité financière dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14.</p>

ANNEXE

AVIS DES DIFFERENTS CONSEILS CONSULTÉS

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM ainsi que le conseil central d'administration de la MSA et la commission AT-MP du régime général ont rendu un avis sur le PLFSS. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés ci-dessous :

ACOSS

Le conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale a émis un avis défavorable au PLFSS pour 2011.

Avis favorable : 6 voix (UPA, 3 personnes qualifiées)

Avis défavorable : 12 voix (CGT, CFDT, CFTC, FO, 1 personne qualifiée)

Prise d'acte : 2 voix (CFE-CGC)

Abstention : 10 voix (CGPME, MEDEF, UNAPL)

CNAF

Le conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales a émis un avis défavorable au PLFSS pour 2011.

Avis favorable : 3 voix (UPA)

Avis défavorable : 19 voix (CGT, FO, CFTC, UNAF, UNAPL, 2 personnes qualifiées)

Prise d'acte : 11 voix (CFE-CGC, CGPME, MEDEF)

Abstention : 1 voix (1 personne qualifiée)

CNAVTS

Le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés a émis un avis défavorable au PLFSS pour 2011.

Avis défavorable : 6 voix (CGT, CFDT)

Prise d'acte : 23 voix (FO, CFTC, CFE-CGC, MEDEF, CGPME, UPA, personnes qualifiées)

CNAMTS

Le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a émis un avis défavorable au PLFSS pour 2011.

Avis favorable : 4 voix (UPA, 1 personne qualifiée)

Avis défavorable : 19 voix (CGT, CFDT, FO, CFTC, FNMF, FNATH, UNAF, UNAPL, CISS, 1 personne qualifiée)

Prise d'acte : 9 voix (CFE-CGC, MEDEF)

Abstention : 3 voix (CGPME)

CAT-MP

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles du régime général a émis un avis défavorable au PLFSS pour 2011.

Avis favorable : 1 voix (UPA)

Avis défavorable : 8 voix (CGT, FO, CFDT, CFTC, MEDEF, CGPME)

Prise d'acte : 1 voix (CFE-CGC)

CCMSA

Le conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole a émis un avis défavorable au PLFSS pour 2011. Son avis circonstancié est joint à cette annexe.

RSI

Le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants a voté en faveur du PLFSS pour 2011, deux membres du conseil s'étant abstenus. Son avis circonstancié est joint à cette annexe.

UNCAM

Le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie a émis un avis défavorable au PLFSS pour 2011. Il s'est exprimé par 5 voix contre, 5 voix contre, 4 voix pour et 1 abstention.

Le vote du collège du régime général est le suivant : 5 voix contre (CGT, CFDT, FO, CFTC), 5 prises d'acte (MEDEF, CFE-CGC), 1 voix pour (UPA) et 1 abstention (CGPME°).

Le vote du collège du régime social des indépendants est le suivant : 3 voix pour. Il a formulé l'avis circonstancié joint à cette annexe.

Le collège de la MSA a formulé l'avis circonstancié joint à cette annexe.

Autres consultations

1. Commission de compensation :

La commission a été consultée sur l'article 20 relatif à la suppression de la compensation généralisée maladie. Elle a émis un avis favorable par 9 voix (CCMSA, RSI, CANSSM, CNMSS, CCAS RATP, DSS, DB) contre 5 (CNAMTS, ENIM, CRPCEN) et 5 abstentions (CPRP SNCF, FSPOEIE, Banque de France, CNBF).